

PÓSTERS

Sesión 1

Jueves, 8 de noviembre - 9.00-10.00 h

Alcohol y drogadicción

P1 BEBEDORES ABUSIVOS Y DEPENDIENTES AL ALCOHOL: PREVALENCIA PUNTUAL EN UNA AMPLIA COHORTE DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA

C. Montón Franco, B. Bolívar, M. Martínez Cañavate, C. Vicens Caldentey, M. Sánchez Arteaga y S. March Llull

CS Casablanca (Zaragoza), Unidad de Investigación del IACS, Unidad Docente de MFyC (Granada), CS Rafael Alberti (Madrid), CS Son Serra (Mallorca), Unidad de Investigación de Atención Primaria (Mallorca). Aragón. Correo electrónico: jabellon@terra.es

Objetivos. Comprobar si hay diferencias interprovinciales en la prevalencia de problemas con el alcohol en Atención Primaria.

Tipo de estudio. Transversal de prevalencia.

Ámbito de estudio. AP.

Sujetos. Muestra aleatoria de 5.441 pacientes que acudieron a la consulta de 243 médicos de familia, pertenecientes a 41 centros de salud (urbanos y rurales) de 7 provincias Españolas (Málaga, Granada, Madrid, Zaragoza, Logroño, las Palmas y Mallorca).

Mediciones e intervenciones. A todos se pasó el cuestionario AUDIT para detectar problemas con el alcohol. La prevalencia entre provincias fueron comparadas antes y después de ajustar por los posibles factores de confusión (regresión logística múltiple multinivel): edad, sexo, estado civil, nivel educativo, raza, país de nacimiento, situación laboral, dificultades económicas y salud física (SF-12).

Resultados. La prevalencia de problemas con el alcohol en conjunto varió en las provincias entre el 3,2% y el 8,5%. Los bebedores abusivos entre el 2,5% y 6,8% y los dependientes al alcohol entre el 0,7% y 1,9%. Tomando como referencia Las Palmas, en los problemas con el alcohol en conjunto y después del ajuste, se mantuvieron diferencias interprovinciales en Málaga (OR = 2,30; IC_OR = 1,37-3,86) y Mallorca (OR = 0,50; IC_OR = 0,26-0,95); respecto a bebedores abusivos en Málaga (OR = 2,41; IC_OR = 1,35-4,29), mientras que sobre dependientes al alcohol no hubo diferencias ni antes, ni después del ajuste.

Conclusiones. Existen diferencias entre provincias para la prevalencia de problemas con el alcohol en atención primaria, que no son explicables por los factores de confusión más comunes.

P2 MANEJO DE PACIENTES CON DEPENDENCIA A TABACO, ALCOHOL Y DROGAS ILEGALES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA ¿HACEMOS LO NECESARIO?

E. Fernández Liz, F. Orfila Pernas, N. Moreno Millán y F. Luque Mellado

Servei d'Atenció Primària Muntanya de Barcelona. ICS. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: efernandez.pbcn@ics.scs.es

Objetivos. Conocer qué se hace desde la atención primaria en pacientes con adicción a tabaco, alcohol y drogas ilegales para mejorar los procesos de detección, derivación y reinserción de los pacientes.

Tipo de estudio. Transversal. Elaboración de un cuestionario que incluye las dimensiones de screening, registro, tratamiento, derivaciones externas y formación. Fuente de datos del registro: programa informático de gestión de la historia clínica.

Ámbito de estudio. 9 Equipos de Atención Primaria.

Sujetos. a) Encuesta: Médicos de familia y enfermeras de 5 equipos de atención primaria urbanos. b) Registro: Pacientes fumadores, alcohólicos y drogodependientes incluidos en el programa informático. Período de análisis: año 2005.

Mediciones e intervenciones. Encuesta.

Resultados. a) Encuesta: Del total de participantes, 38 (62,3%) respondieron la encuesta. Del total de encuestas recibidas, los médicos y enfermeras preguntan rutinariamente sobre consumo de tabaco el 86,8%; alcohol 60,5%; drogas 42%; registran tabaco el 78,9%; alcohol 73,6%; drogas 68,4%. Realizan consejo de deshabitación el 97%. Derivan a recursos especializados fuera del distrito: tabaco 65,7%; alcohol 57,8%; drogas 27%. b) Registro: Un 40% de la población había sido cribada respecto a tabaco, con una prevalencia de fumadores del 10%. En un 26% se cribó el consumo de alcohol, con un 0,7% de bebedores de riesgo, y en un 12% se cribaron drogas, siendo la cocaína la más prevalente (0,07%).

Conclusiones. Es necesario enfatizar el registro de consumo de tabaco, alcohol y drogas. La sensación de estigmatización de los pacientes conlleva utilizar recursos fuera del distrito. Es esencial homogeneizar los criterios de diagnóstico y derivación interdisciplinares, con criterios claros y efectivos.

P3 OPINIÓN DEL PACIENTE ADICTO A DROGAS RESPECTO A LA ATENCIÓN PRESTADA POR EL MÉDICO DE FAMILIA

L. Vázquez Fernández, G. Díaz Grávalos, M. Valiño López, Á. Aldana Díaz, J. Quintáns Moreiras e I. Casado Górriz

Centro de Salud Cea. Cea (Ourense). Galicia. Correo electrónico: gdgravalos@hotmail.com

Objetivos. Investigar la percepción que los pacientes adictos a drogas (PAD) tienen sobre la asistencia que les ofrece el médico de familia (MF).

Tipo de estudio. Estudio cualitativo realizado entre enero y junio de 2007.

Ámbito de estudio. Provincia de Ourense.

Sujetos. Pacientes incluidos en el programa Proyecto Hombre de Ourense que aceptaron ser entrevistados. Se utilizó el criterio de saturación para alcanzar la muestra necesaria.

Mediciones e intervenciones. A los pacientes incluidos se les realizó entrevista semiestructurada, por un mismo investigador, donde se analizaban aspectos autobiográficos y su experiencia con el MF. Se realizó análisis de contenido de las grabaciones tras transcripción literal de las entrevistas. **Resultados.** Se incluyeron 10 individuos, todos ellos varones. La edad media era 32,5 años, con edad de comienzo entre 12 y 27 años. La media de exposición a drogas era 12 años, siendo más frecuentes alcohol, heroína y cocaína. Los PAD atribuyen su inicio a la influencia de las amistades. La relación con el MF fue prácticamente inexistente, o bien tangencial por secundarismos de la adicción. Ninguno se planteó al MF como opción de tratamiento de la adicción.

Conclusiones. Entre los PAD no se contempla la figura del MF como referente en la terapia deshabitadora. Los datos que aportan los pacientes no parecen indicar que la actitud del MF sea la adecuada, ya que no existe implicación frente al problema.

Anticoagulación/Antiagregación

P4 PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA, ¿PODEMOS HACER MÁS?

R. Bartolomé Resano, F. Bartolomé Resano y M. Bartolomé Resano

CS Rochapea (Pamplona), CS Burlada, CS Milagrosa (Pamplona). Pamplona.

Navarra.

Correo electrónico: rbartolomer@telefonica.net

Objetivos. -Identificar el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) presente en el momento del diagnóstico. -Evaluar si era aconsejable profilaxis con heparinas (HBPM).

Tipo de estudio. Observacional descriptivo.

Ámbito de estudio. Zona básica de salud urbana; población: 20.000 habitantes.

Sujetos. Pacientes con ETV durante los últimos 7 años confirmada por ecografía; n = 41 (20 hombres, 21 mujeres); edad (x = 65,7 años, s = 20,1 años).

Mediciones e intervenciones. Consulta de historia clínica. Evaluación siguiendo la guía de Profilaxis de Enfermedad Tromboembólica en Patología Médica - PRETEMED (2003).

Resultados. *Procesos médicos: -1p: embarazo/puerperio (2,4%). -2p: neoplasia (24,4%); insuficiencia renal crónica (7,3%); insuficiencia cardíaca congestiva (9,8%); trombofilia (22%). -3p: accidente cerebrovascular con plejía (9,8%). -4p: infarto agudo de miocardio (2,4%). *Fármacos: -1p: tamoxifeno/raloxifeno (2,4%), anticonceptivos orales (9,8%). -2p: quimioterapia (2,4%). *Procesos locales: inmovilización EEII (0%). *Otras: -1p: edad > 60 años (73,2%), IMC > 28 (22%), Tabaquismo > 35 cigarrillos/día (2,4%), -2p: encamamiento > 4 días (19,5%). Factores de riesgo (FR) no mostrados eran 0%; p = puntos. *Puntuación riesgo: alto (> 4p: 19,5%); medio (4p: 12,2%, sólo procesos médicos: 0%); bajo (1-3p: 68,3%). *Subgrupos: edad: trombofilias (x = 43,4 años, s = 22,6 años), sin trombofilias (x = 72 años, s = 14,3 años). Prevenibles sin trombofilias, ETV coincidió con diagnóstico: > 4p: 18,8%.

Conclusiones. -la incidencia de ETV es muy baja actualmente en Atención Primaria; realizamos profilaxis, sobre todo en inmovilización de EEII. -un 18,8% presentaban riesgo que recomendaba heparina. Es bajo pero era detectable. -estamos cada vez más atentos a detectar procesos médicos, ya que en pocos casos se detectaron FR como ICC, IRC o EPOC agudizado, pero destacan casos de neoplasia, en los que podemos mejorar. -FR complementarios detectados fueron edad, encamamiento y obesidad. Debemos identificarlos con atención, asociados a algún proceso médico.

P5 IMPLEMENTACIÓN DE NUEVOS RECURSOS: IMPLANTACIÓN DE LOS COAGULÓMETROS PORTÁTILES PARA EL CONTROL DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL

J. Gaceo Santos, D. Fierro González, M. Serrano Martín, M. De Paz Suárez, M. Fuertes Alonso y M. Gallastegui Aspiazú

CS La Cabrera. Truchas. Castilla y León.

Correo electrónico: dfierrog@gmail.com

Objetivos. Mejorar la accesibilidad. Mejorar la eficiencia reduciendo los costes. Mejorar la satisfacción evitando desplazamientos de pacientes descompensados.

Tipo de estudio. Ciclo de mejora continua con metodología de trabajo de "Plan de Mejora PDCA"; solicitaron coagulómetros portátiles y sistema informático apropiado a la Gerencia de Área.

Ámbito de estudio. Medio de montaña y una población muy envejecida; plan para evitar desplazamientos al hospital en transporte sanitario para control de su INR o, en su caso, una espera de 6 horas por los resultados vía fax. Evaluación de resultados tras 26 meses.

Sujetos. Población diana: pacientes de la Zona Básica de Salud en tratamiento con ACO.

Mediciones e intervenciones: Formación del equipo en manejo del coagulómetro (taller). Formación del equipo en manejo del material informático (taller) Distribución temporal entre demarcaciones (reunión de equipo).

Resultados. Tras 26 meses de utilización, hay 59 pacientes dentro del programa, 81 si consideramos éxitos y fines de tratamiento. Se realizan una media de 44 determinaciones por mes. El 100% de pacientes reciben

ajuste de dosis por su médico de primaria (85% previo). El 10% de pacientes descontrolados se remiten a Atención Especializada (90% previo). El 13% de pacientes debe abandonar su demarcación para realizar el control (64% previo). Pacientes inmovilizados: determinación domiciliaria. **Conclusiones.** La introducción de coagulómetros portátiles supone una reducción del gasto derivado de los transportes programados (mejora de eficiencia). Los pacientes se desplazan menos dentro de la ZBS para la extracción de sangre (mejora accesibilidad). El tiempo de espera por resultado se reduce a dos minutos (mayor satisfacción). Plan de mejora: reducir desplazamientos dentro ZBS.

P6 GRADO DE CONTROL DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ACO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL QUE UTILIZA COAGULÓMETROS PORTÁTILES

D. Fierro González, M. Serrano Martín, J. Gaceo Santos, M. Fuertes Alonso, M. De Paz Suárez y M. De La Iglesia Barrientos

CS La Cabrera. León. Truchas. Castilla y León.

Correo electrónico: dfierrog@gmail.com

Objetivos. Comprobar el grado de control de los pacientes con ACO. Valorar las tomas dentro de rango adecuado para el diagnóstico respectivo de cada paciente. Identificar y caracterizar el perfil de edad, sexo y diagnóstico de los pacientes.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo observacional.

Ámbito de estudio. Medio de montaña y con una población muy envejecida; se implantó en marzo 2005 el coagulómetro portátil para control INR. Datos recogidos entre marzo 2005-mayo 2007.

Sujetos. Población diana: 1380 individuos adultos. Se seleccionan todos los pacientes que actualmente están en tratamiento con ACO (n = 59 pacientes).

Mediciones e intervenciones. nº de tomas en el periodo de estudio, nº de tomas por encima de rango, nº de tomas por debajo de rango, último INR, mayor INR, menor INR, edad, sexo, diagnóstico de inclusión, dosis semanal.

Resultados. N = 59 pacientes; 37,29% hombres, edad media 77,64 años; 62,71% mujeres, edad media 76,38 años. El 62% de los pacientes están bien controlados, INR medio de 2,43. Un 11% están por encima (INR medio 3,81) y un 27% están por debajo (INR medio 1,59). El 51'21% de las 1156 tomas realizadas en el periodo de estudio (media 20 tomas/paciente) están en rango terapéutico, el 20,59% por encima y el 28,20% por debajo. Un 76,27% de pacientes tienen diagnóstico de ACxFA, 6,78% ACV, 6,78% válvula protésica. La dosis media es de 14,52 mg/sem (mediana 13 mg/sem) de acenocumarol.

Conclusiones. La mayoría de pacientes presentan un buen control de su anticoagulación. Asimismo la mayoría de las mediciones están en rango terapéutico. El diagnóstico fundamental por el que reciben ACO es ACxFA.

P7 CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE POR VÍA ORAL

J. Bernad Suárez, C. Viñes Silva, J. Gerhard Pérez, A. Vázquez Durán, L. Bernad Marín y C. Santamaría Colomer

CAP Dr. Masiera. Vilassar de Mar. Cataluña.

Correo electrónico: jesusbernadsuarez@camfic.org

Objetivos. Conocer la sensación de calidad de vida del paciente en TAO Comparar nuestra población con una comunidad modelo.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal observacional.

Ámbito de estudio. CAP semi urbano.

Sujetos. Pacientes en TAO con al menos 4 iNRs en el último año.

Mediciones e intervenciones. Realización del test Sawicki, adaptado transculturalmente para España por Sánchez González, R. Consta de 32 preguntas que dimensionan cinco aspectos de la vida diaria. Satisfacción, autoeficacia, estrés, limitaciones diarias y alteraciones sociales. Cada pregunta se responde según una escala tipo likert de 6 respuestas. 1. nada; 2. muy poco; 3. poco; 4. algo; 5. bastante; 6. mucho. La encuesta se pasó durante febrero-marzo 2007. Se usó E-cap y EXCEL.

Resultados. La población total_17.018; Población en TAO = 151; Test admitidos = 29 (11 hombres). Edad media = 77,39 (DE 7,61) (Rango 62-98); n = 29;n.control = 223 Satisfacción = media = 1,78;DE = 1,34; estudio control = media = 1,91; DE = 0,93 Autoeficiencia = media = 4,48; DE

= 1,67; estudio control = media = 4,98; DE = 0,96 Estrés = media = 2,75; DE = 1,85; estudio control = media = 2,56; DE = 0,94 Limitaciones diarias = media = 2,21; DE = 1,72; estudio control = 1,67; DE = 0,84 Alteraciones sociales = media = 1,76; DE = 1,34; estudio control = 1,33, DE = 0,62.

Conclusiones. El perfil de usuario de TAO es persona de 77 años con muy poca satisfacción con el tratamiento, bastante autosuficiente, poco estresada, poco limitada y con muy pocas alteraciones sociales. La comparación con el grupo control da una similitud en los resultados. Habría que crear estrategias para aumentar la satisfacción del usuario.

P8 PROGRAMA DE ANTICOAGULACIÓN ORAL EN UN CENTRO DE SALUD. VALORACIÓN INICIAL

J. García Torán, N. Escrivá Matoses, Y. Torres García, V. Dapaena Ramos, J. Molina Igual y M. Ibáñez Casaña

Centro de Salud de Manises. Manises. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: Garcia_juator@gva.es

Objetivos. Analizar resultados iniciales de un programa de anticoagulación oral (AO) puesto en marcha en un centro de salud (CS).

Tipo de estudio. Descriptivo trasversal.

Ámbito de estudio. Zona básica de salud (29.915 h.).

Sujetos. Cien primeros pacientes incluidos desde marzo 2007.

Mediciones e intervenciones. Analizamos edad, sexo, barrio procedencia, patología, INR (razón normalizada internacional o índice anticoagulación) de dos últimos y dos primeros controles, para cada paciente, en hospital y CS respectivamente, y fármaco. Usamos el programa SintromMac-Plus.

Resultados. El 48% son hombres. El 72% tienen de 70 a 79 años (un 8% tienen menos de 59 años). Un 42% proceden del casco nuevo y un 34% del antiguo (menos poblado pero más envejecido). La fibrilación auricular (46%) y las prótesis valvulares (22%) son los procesos más prevalentes. Comparando los INRs entre hospital y CS de procesos que deben estar entre 2-3 (74%) hallamos que en hospital un 54% está en rango terapéutico óptimo y en el CS un 44%; en las que requiere un INR entre 2,5-3,5 (26%) un 46% y 34% respectivamente. Acenocumarol se usó en 92% casos.

Conclusiones. Predominan pacientes intervalo 70-79 años. Fibrilación auricular y prótesis valvulares son procesos más frecuentes. Los resultados iniciales del CS son algo inferiores al hospital referencia. Para ampliar el presente estudio, estamos pendientes de otros resultados (encuesta de satisfacción y revisión con otras series). Para mejorar resultados proponemos, de momento, seguir con una formación específica e integrar el programa usado en la historia clínica informatizada de cada consulta.

P9 ANTICOAGULANTES ORALES: UN NUEVO RETO EN NUESTRO SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CRÓNICO

M. Badenes Mezquita, C. Rambla Vidal, O. Estesio Hontoria, C. Bayona Faro, M. Moya Moreno y N. Montes Romero

ABS Valls Urbà. Valls. Cataluña.

Correo electrónico: mariabad@camfic.org

Objetivos. Asumir el control de la anticoagulación oral dentro del seguimiento global del paciente crónico en Atención Primaria.

Descripción. Inicialmente, cuatro médicos del centro (referentes turno mañana y tarde) asistieron a formación en servicio hematología hospital referencia. Elegimos para iniciar experiencia pacientes en programa atención domiciliaria, estabilizados, con niveles INR en normalidad. Actualmente estamos incorporando pacientes ambulatorios (no domiciliarios). La enfermera, adecuadamente adiestrada, obtiene muestra e inmediatamente, con aparato registro portátil, obtiene INR, que introduce en programa informático para que facultativo pueda interpretarlo y confeccionar hoja de dosificación, que administrativo entrega a familiar del paciente durante horario laboral Centro. Las pérdidas (pacientes no hallados en domicilio) fueron 4,3% en los seis primeros meses, por hospitalización o fallecimiento. Únicamente dos veces se precisó vitamina K por INR > 6.

Conclusiones. Es factible abordar el seguimiento de la anticoagulación del paciente estabilizado si disponemos de franja horaria estipulada. El control en Primaria permite mayor flexibilidad horaria y accesibilidad para paciente y facilita el tratamiento de aquellos con dificultades de movili-

zación, con aceptable coste-beneficio. Nuestro programa informático es de sencillo manejo, calcula automáticamente, según INR, dosificación, modificable por facultativo. Aunque presenta algunas deficiencias a solventar: la dosis total es semanal, pero con toma diaria mínima de 1 miligramo, cosa que nos limita proponer alternativas. No debe el programa dominar al facultativo sino a la inversa. Debemos acostumbrar a la familia a avisar en caso de hospitalización o fallecimiento. Paulatinamente, más médicos y enfermeros se han ido incorporando al programa, con el fin de que cada equipo asuma el seguimiento de sus pacientes estabilizados.

P10 PERFIL DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN UN CENTRO URBANO DE ATENCIÓN PRIMARIA

P. Luque Martí, A. Isach Subirana, M. Sánchez-Oro Vallès, E. Tàpia Barranco, F. Pallarés Jiménez y M. Torres Sentís

ABS Reus 2. Reus. Cataluña.

Correo electrónico: pcluque@gmail.com

Objetivos. Conocer el perfil de los pacientes en tratamiento anticoagulante oral (TAO), actualmente en control hospitalario, candidatos a realizarlo en el área básica de salud. (ABS).

Tipo de estudio. Estudio descriptivo trasversal.

Ámbito de estudio. Atención Primaria de salud.

Sujetos. 32.892 habitantes de una ABS urbana.

Mediciones e intervenciones. edad, sexo, indicaciones de TAO y factores de riesgo asociados.

Resultados. De 178 pacientes en TAO: 91 hombres (51,12%) y 87 mujeres (48,87%), la media de la edad es de 72,65 ± 11,21 años. Indicaciones de TAO: 19 IAM (10,9%) con diferencia estadísticamente significativa entre sexos (p = 0,045), 11 miocardiopatía dilatada (6,3%), 122 fibrilación auricular (70,1%), 9 TVP (5,2%), 9 TEP (5,2%), 32 valvulopatía mitral (18,3%) y 18 prótesis valvular mecánica (10,3%). Factores de riesgo asociados: 136 HTA (77,3%), 62 diabetes (36%), 79 dislipemia (45,1%), 17 tabaquismo (9,7%), 96 obesidad (54,9%). Un 27,6% presenta cardiopatía isquémica (47 pacientes).

Conclusiones. La media de edad es de 72,6 años, la principal indicación de TAO es la fibrilación auricular. HTA, la obesidad y la dislipemia son los factores de riesgo más prevalentes en nuestro medio. El médico de familia puede controlar a la mayoría de pacientes anticoagulados, manteniendo la coordinación con el servicio de hematología de referencia que continuará controlando a los pacientes con prótesis mecánicas valvulares y situaciones de alto riesgo tromboembólico.

P11 ¿DAMOS MÁS SINTROM® AL HACERNOS CARGO DE SU CONTROL?

I. Valencia Pedraza, A. Montero Alvarado, S. Espinoza Luna, I. Zamora Casas, M. Forés Chacori y R. Viñas Vidal

ABS Santa Eulàlia Sud. L'Hospitalet de Llobregat. Cataluña.

Correo electrónico: 27598izc@comb.es

Objetivos. 1) Conocer el grado de adecuación de la profilaxis tromboembólica (PTE) en los pacientes con fibrilación auricular crónica (ACxFA) de nuestra área básica de salud y 2) Observar si esta adecuación mejora después de que en el ABS iniciemos el control del tratamiento con anticoagulantes (ACO).

Tipo de estudio. Primera parte: estudio descriptivo trasversal, Segunda parte: estudio de intervención antes-después.

Ámbito de estudio. ABS urbana.

Sujetos. Todos los pacientes diagnosticados de ACxFA el 31.12.05. Criterios de exclusión: prótesis valvular y falta de datos. En la segunda parte excluimos los pacientes fallecidos o trasladados a fecha 01.05.07.

Mediciones e intervenciones. Edad, sexo, realización o no de ecocardiograma y resultado, factores de riesgo de accidente vascular cerebral (AVC), tipo de PTE y adecuación (según la guía de la VII Conferencia de Consenso en tratamiento antitrombótico y trombolítico del American College of Chest Physicians) al inicio y 18 meses después.

Resultados. Primera parte: N = 152, mujeres 54,6%, edad 75,4 (DE + 11), consta ecocardiograma 48%, factores de riesgo de AVC: ictus o embolia previos 20,4%, > 75 años 56,6%, HTA 65,1%, baja función del ventrículo izquierdo 3,9%, valvulopatía reumática 9,2%, DM tipo 2 29,6% y car-

diopatía isquémica 17,8%. Tipo de PTE: ACO 65,1%, AAS 20,4%, clopidogrel 4,6%, trifusal o dipiridamol 2,6%, ningún tratamiento 7,2%. Adecuación según ACCP 63,2%. Segunda parte: N = 128, adecuación antes: 66;4%, después 75,8%, diferencia 9,38% (IC 95% 2,91-12,1), p = 0,004.

Conclusiones. La mayoría de nuestros pacientes reciben una adecuada PTE, y ésta mejora significativamente al hacernos cargo del control de los ACO, pero debemos buscar estrategias que nos hagan mejorar todavía más.

P12 ESTÁN BIEN CONTROLADOS NUESTROS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA?

F. Margalef Pallares, L. Ríos Valles, D. Jiménez García, M. Marcillas Gómez, P. Romera Cid y T. Bordell Sierra

CAP Cambrils. Unitat Docent MfC. Grup Sagessa. Cambrils. Cataluña. Correo electrónico: fmargalef@grupsgassa.com

Objetivos. Conocer el perfil de los pacientes con tratamiento anticoagulante oral (TAO) y las causas de no control.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo retrospectivo.

Ámbito de estudio. Año 2006 Área básica de salud urbana, con 30.000 usuarios.

Sujetos. visitas realizadas para control de tratamiento anticoagulante (TAO), excluyendo las 3 primeras visitas de inicio del tratamiento.

Mediciones e intervenciones. Variables : edad, sexo, motivo del TAO, grado de control, causas de no control. Paquete estadístico SPSS 13.0.

Resultados. Se han realizado 1.470 visitas a 150 pacientes para control del TAO (9,8 visitas/año). 53,3% son mujeres. Edad media 72,5 años. Motivos del TAO: fibrilación auricular 127 (72,9%), infarto agudo de miocardio 9, accidente vascular cerebral 9, tromboembolismo pulmonar 5, trombosis venosa profunda 5. El 60,8% de visitas tenían el Cociente Internacional Normalizado (INR) dentro de márgenes, sin diferencias significativas entre sexos (p = 0,21). De las visitas fuera de rango (576), en el 40,79% consta el motivo, siendo los procesos agudos (80) la causa más frecuente (gastroenteritis 75%, CVA 15%), seguida de 75 por cambios de medicación (antibióticos 36,9%, antigripales 8% y acetil cisteína 5,3%). Registrados 8 eventos hemorrágicos leves (epistaxis y/o hematomas).

Conclusiones. El porcentaje de pacientes fuera de rango en nuestro centro es inferior al de otros estudios. Las infecciones agudas, fundamentalmente gastroenteritis, son el motivo más frecuente de mal control. Deberíamos valorar los antibióticos prescritos en el paciente con TAO.

P13 CONTROL AMBULATORIO DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL, PERFIL DE LOS PACIENTES Y GRADO DE ACEPTACIÓN Y SATISFACCIÓN

A. Escobar Oliva, J. Soler Solé, J. Teruel Peinado, J. Ojuel Solsona, I. Bagán Parra y M. Ruiz Meseguer

ABS Badalona 7 La Salut. Badalona. Cataluña. Correo electrónico: 26435jos@comb.es

Objetivos. Determinar qué tipo de pacientes en tratamiento anticoagulante oral (TAO) se controlan en un centro de atención primaria y conocer el grado de aceptación y satisfacción después de 10 meses de su implementación.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Centro de Atención Primaria urbano con población asignada de 30.000 pacientes.

Sujetos. Todos los pacientes, excluyendo domiciliarios e itinerantes, citados en seis semanas consecutivas para control del TAO.

Mediciones e intervenciones. Datos demográficos, enfermedad por la que necesitaban TAO y factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Se preguntó a los pacientes si estaban contentos con el control ambulatorio, si lo preferían al hospitalario y qué problemas habían tenido.

Resultados. Se estudiaron 68 pacientes (83% de los elegibles). La edad media fue 73 años, con un 25% mayor de 79 años. 43% mujeres. 76.5% recibían TAO por ACxFA, 13% por antecedentes de AVC o IAM. La prevalencia de los FRCV fue: DM: 43%, HTA: 84%, DL: 50%, tabaquismo activo 15%. 63% presentaba 2 o más FRCV. Todos los pacientes se mostraron contentos de realizar los controles en el centro de salud, y sólo uno prefería el control hospitalario. El único problema detectado fue una es-

pera mayor de 1 hora. Sólo el 4% olvidó alguna vez acudir al control.

Conclusiones. En la mayoría de los casos se controlan ambulatoriamente pacientes mayores con ACxFA y múltiples FRCV. Destaca la excelente aceptación, atribuible por un lado al difícil acceso a nuestro hospital de referencia y a la agilidad en la gestión de las incidencias en el ambulatorio.

Sesión 2

Jueves, 8 de noviembre - 10.30-11.30 h

Atención a la mujer/embarazo

P14 KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE EN LA MUJER INCONTINENTE

E. Ras Vidal, J. Martí Carbonell, M. Marlés Escolda, D. Rodríguez Marcos, I. Garro Tejero y E. Rodríguez Sánchez

Vilanova 2. Vilanova i la Geltrú. Cataluña. Correo electrónico: temescar@teleline.es

Objetivos. Evaluar la afectación de la calidad de vida de las mujeres incontinentes en atención primaria.

Tipo de estudio. Estudio transversal descriptivo.

Ámbito de estudio. ABS urbana.

Sujetos. Muestra aleatoria 136 mujeres edad superior o igual 45 años que acudieron a consulta espontánea al centro, calculada riesgo alfa 0,05 y precisión ± 8%.

Mediciones e intervenciones. Detección incontinencia urinaria (IU) cuestionario ICIQ-SF, clasificación IU cuestionario IU-4, percepción salud escala visual analógica (EVA) y calidad de vida King's Health questionnaire (KHQ) 21 ítems distribuidos en 9 dimensiones. Análisis estadístico: Ji cuadrado.

Resultados. Edad media 66,73 ± 10,35 años. Prevalencia puntual IU 47,1%. Tipo IU: 56,3% mixta, 31,3% esfuerzo y 12,5% urgencia. 52,6% percibe su estado de salud como regular-malo. King's total 27,14 ± 24,8. Dimensiones: Percepción estado de salud 39,70 ± 16,38, limitación vida diaria 20,81 ± 22,06, limitación vida social 24,19 ± 22,44, limitación relaciones 11,02 ± 17,93, emociones 33,8 ± 32,8, sueño-vitalidad 24,4 ± 26,5, impacto 44,9 ± 29,14. Por grupos de edad las dos dimensiones más afectas: 45-54 (58,7 ± 33 impacto, 45,4 ± 21,9 percepción estado de salud), 55-64 (44,5 ± 29 impacto, 41,0 ± 18,7 percepción estado de salud), 65-74 (43,6 ± 30,5 impacto, 38,8 ± 11,7 percepción estado de salud), > 75 (38,5 ± 24,8 impacto, 36,0 ± 14,9 percepción estado de salud). Asociación lineal estadísticamente significativa p < 0,05 entre edad y pérdida orina, p < 0,02 presencia IU asocia peor percepción de salud.

Conclusiones. El KHQ es un cuestionario útil en la identificación de síntomas en IU y en cuantificar el impacto que producen en su calidad de vida. Por ello creemos que es necesario profundizar desde la atención primaria en la investigación de la afectación que produce la IU.

P15 INTERVENCIÓN SANITARIA Y SOCIAL EN UNA POBLACIÓN DE MUJERES PROSTITUIDAS

M. Noguero Álvarez, V. Royo Martínez, M. Miguel Abanto, A. Góngora Marín, M. Caparrós de la Jara y M. Calaborro Puerto

Centro de Salud Cuzco. Fuenlabrada. Madrid. Correo electrónico: marnoguero@wanadoo.es

Objetivos. Intervenir sobre el colectivo de mujeres prostituidas del municipio, promoviendo la educación sanitaria. Fomentar su acceso a la asistencia sanitaria y otros recursos institucionales, y su integración social.

Descripción. Iniciamos un proyecto educativo dirigido a mujeres prostituidas y un trabajo interinstitucional con la Casa de la Mujer y las ONGs Cáritas y APRAMP para prestar asistencia individual y prevención grupal de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y embarazos no deseados a las mujeres que ejercen en clubs y calles de nuestro municipio. Además la Concejalía de Servicios Sociales impulsó una Comisión de Salud que interviniera en este colectivo, participando nuestra Gerencia, Atención Especializada, Salud Pública, Policía Local, Policía Nacional, Casa Mujer,

Cáritas y APRAMP; para definir las posibilidades de actuación de cada entidad y elaborar un circuito común. En el Área estamos desarrollando un protocolo clínico específico entre Primaria y Especializada, siendo ya 5 los Centros de Salud implicados en la asistencia sanitaria a las mujeres. Hemos realizado 2 charlas en una cafetería del Polígono donde se concentra el mayor núcleo; sobre ETS, Métodos Anticonceptivos, Recursos Sociales, y Relajación, asistiendo 18 y 14 mujeres. Hemos prestado asistencia a unas 40 mujeres, siendo un colectivo sin hábito preventivo, muy cambiante, y en situación de ilegalidad y explotación.

Conclusiones. Hemos avanzado mucho en el acercamiento y desarrollo de planes específicos para la atención del colectivo, generando una dinámica interinstitucional para continuar el trabajo. Nuestra intervención está teniendo impacto en esta población especialmente vulnerable y con muchas necesidades en materia de salud y asistencia sanitaria.

P16 ESTUDIO DEL SESGO DE GÉNERO EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS: ¿TRATAMOS DE FORMA DIFERENTE A HOMBRES Y MUJERES EN NUESTRAS CONSULTAS?

N. Acero Guasch, R. Bordallo Aragón, R. Rodríguez Barrios, M. López Sánchez, P. Vega Gutiérrez y F. Muñoz Cobos

CS El Palo. Málaga. Andalucía.

Correo electrónico: nieves_acero@hotmail.com

Objetivos. Comparar la realización de intervenciones de seguimiento clínico según el género, en pacientes diabéticos (DM), EPOC y de riesgo cardiovascular (RCV) adscritos a un cupo.

Tipo de estudio. Longitudinal (2005-2006).

Ámbito de estudio. Centro de Salud urbano.

Sujetos. Personas con diabetes mellitus tipo 2 (n = 143), EPOC (n = 41), o con factores de RCV (n = 353) adscritos a un cupo (TAES 2318) en 2005 y 2006.

Mediciones e intervenciones. Realización de HbA1c, exploración de pies y fondo de ojo en pacientes con DM. Realización de espirometría, registro hábito tabáquico, consejo antitabaco en pacientes EPOC. Cálculo del RCV mediante tabla SCORE y registro de factores de riesgo para pacientes con riesgo cardiovascular.

Resultados. DM: 60,1% varones, 39,9% mujeres. Realizada al menos una HbA1C (2005-2006): 57,6%-68,24% varones, 61,4%-75,44% mujeres. Exploración de pies: 72,9%-70,59% varones, 75,4%-78,95% mujeres. Fondo de ojo: 34%-40% varones, 34%-33,33% mujeres. EPOC: 90% varones, 10% mujeres. Realización espirometría anual (2005-2006): 32%-40,54% varones, 25%-25% mujeres. Registro hábito tabáquico: 93%-97,3% varones, 75%-100% mujeres. Fumadores activos: 51%-51% varones; 50%-50% mujeres. Consejo antitabaco en fumadores: 57,8%-52,6% varones; 50%-100% mujeres. RCV: 56% varones, 44% mujeres. Varones: 20% fumadores, 45% dislipemia, 63,6% hipertensión, 34,3% diabéticos. Mujeres: 11% fumadoras, 42% dislipemia, 57% hipertensión, 24% diabetes. Cálculo del RCV mediante tabla SCORE 2005-2006: 27%-29% varones; 23,3-37,4% mujeres.

Conclusiones. Se captan menos mujeres con diabetes, EPOC y RCV (a valorar con la prevalencia). Existen diferencias en las intervenciones, con tendencia a la corrección.

P17 EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL YÓDICO Y LA FUNCIÓN TIROIDEA EN UNA POBLACIÓN DE GESTANTES SANAS

W. Audi, M. Rivas, M. Moreno, E. García, T. Ureña y P. Santiago

Unidad Docente de Medicina de Familia de Jaén y Servicio de Endocrinología del CH de Jaén. Jaén-Ubeda. Andalucía.

Correo electrónico: medicin@terra.es

Objetivos. Evaluación de estado nutricional yódico y función tiroidea en población de gestantes sanas.

Ámbito de estudio. Gestantes en AP.

Sujetos. Gestantes sanas en los tres trimestres de embarazo.

Mediciones e intervenciones. Suplemento con distintas dosis de IK. Variables: dosis de IK, tipo sal consumida, yoduria, función tiroidea, autoinmunidad.

Resultados. Encontramos yoduria incrementada progresivamente a lo largo del embarazo. Suplementamos 69 y 73 gestantes con 100 y 200 mcg/día de IK, respectivamente. No aparecen diferencias significativas en la yoduria según dosis administrada, aunque hay tendencia al alza con do-

sis de 200 #mg/día. No existe correlación entre sal consumida y yoduria, aunque ésta es mayor en las que toman sal yodada frente a sal común y marina. Observamos valores de T4 libre y T3 libre progresivamente decrecientes a lo largo del embarazo. La TSH incrementa significativamente a lo largo de los tres trimestres. Los valores de hormonas tiroideas no se correlacionan con TSH, con dosis de IK administrada, ni con la yoduria. La tiroglobulina aumentó paralelamente al volumen tiroideo. No existe correlación entre positividad de anticuerpos y dosis de IK administrada.

Conclusiones. La nutrición yódica es insuficiente en las gestantes estudiadas, apareciendo alto porcentaje de mujeres con yodurias inferiores a 150 #mg/l (mínimo recomendado por la OMS). El porcentaje de mujeres que consumen sal yodada no alcanza los objetivos mínimos para conseguir una yodoprofilaxis adecuada. Es importante el grado de hipo-T4libre materna, aunque posiblemente no sea un marcador fiable en la valoración de la función tiroidea durante el embarazo. La suplementación con IK durante el embarazo no modifica autoinmunidad ni función tiroidea.

P18 SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS DE CITOLOGÍA

R. Jiménez Liñán, M. Navarro Martos, L. Manzanares Olivares y G. Robles Pérez

Centro de Salud de Cenes de la Vega. Cenes de la Vega. Granada. Andalucía.

Correo electrónico: rjlinan@hotmail.com

Objetivos. Obtener datos para valorar la satisfacción de las usuarias del proceso de screening del cáncer ginecológico en una ZBS.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Centro de Salud rural.

Sujetos. 115 mujeres a las que se les realiza citología cervicovaginal.

Mediciones e intervenciones. 115 encuestas anónimas autoadministradas tras la realización de la prueba, con 12 ítems, complementados con 3 ítems realizados en encuesta telefónica tras recibir los resultados.

Resultados. Se realizó la encuesta a 115 mujeres con una edad media de 36,7 ± 9,6 (20-64): Información sanitaria previa un 80,9%, y no un 15,7% Atención puntual 96,5%, no puntualidad en 1,7%. Consideraron el espacio de consulta adecuado un 98,3%, no el 0,9%. Valoraron un trato respetuoso el 99,1%, no el 0,9%. Encontraron privacidad en la atención el 95,7%, no el 4,3%. Técnica adecuada en 99,1%, no en 0,9%. Exploración indolora en 87% y dolorosa en 12,2%. Respecto a las ideas previas, un 92,2% consideraron la prueba mejor y un 7,8% peor. El 98,3% recomendaría la prueba frente al 1,7% que no. El tiempo en obtener los resultados fue adecuado en un 79,1% e inadecuado en un 2,6%. La claridad del resultado se valoró como buena en 78,3% y como mala en 2,6%. En general, la calidad de la atención recibida se percibió como buena en 80%, regular en 1,7% y mala en ningún caso.

Conclusiones. La encuesta revela un alto grado de satisfacción de las usuarias de la prueba.

P19 PARTICIPACIÓN DE LA MUJER INMIGRANTE EN LA CONSULTA DE CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Pinilla Macarro, O. Colet Villar, D. García Vidal, M. Ruiz Batalla y Y. Reillo Marqués

ABS Baix Penedès Interior. Arboç. Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: mpinilla@xarxatecla.net

Objetivos. Conocer la presencia y perfil de la mujer inmigrante en el cribado de cáncer de cérvix.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo retrospectivo.

Ámbito de estudio. Consulta de cribado de cáncer de cérvix en la consulta de un médico de cabecera de un Área Básica de Salud rural con 10.100 habitantes (4797 mujeres mayores de 15 años) e índice de inmigración de 11,8%. Se inició en mayo de 2003, con periodicidad semanal.

Sujetos. Mujeres inmigrantes que solicitaron citología entre mayo de 2003 y diciembre de 2006 del total de 1602 citologías realizadas.

Mediciones e intervenciones. Año de citología, edad, procedencia, revisiones anteriores, menopausia, número de hijos, número de abortos, antecedentes ginecológicos, método anticonceptivo y resultado de citología.

Resultados. Solicitan citología 113 (7% sobre total) y acuden el 81%. 39,8% proceden de países del Este. 42% no citología anterior. 74% no antecedentes ginecológicos. 89% edad fértil (36,5 años DE 9,8). 78% tienen hijos: 31% 1 hijo. 28% han abortado alguna vez: 16% más de 2. Utilizan

método anticonceptivo 74,6; los más utilizados: hormonal 25,4% y preservativo 25,4%. Participación en el programa 23,9% 2004 a 39,8% en 2006. 69% citologías normales y 4% displasia cervical.

Conclusiones. La mujer inmigrante participa poco en el cribado de cáncer de cérvix a pesar de ser un grupo de riesgo. Perfil: mujer sin antecedentes ginecológicos, en edad fértil y con hijos que utilizan algún método anticonceptivo y con citología normal.

P20 EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE MUJERES QUE ACUDEN A LAS CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

R. Rodríguez Avellaneda, G. López Torres, C. Osorio Martos, A. De los Ríos Álvarez, M. Valverde Morillas y M. Gómez García

CS Cartuja. Granada. Andalucía.
Correo electrónico: ginelop@yahoo.es

Objetivos. Estudiar los hábitos sexuales: edad de inicio de relaciones(EI), nº de parejas (NP), frecuencia coital (FC) y satisfacción(S) de una muestra de mujeres que acuden a la consulta a demanda y/o programada de Atención Primaria (AP).

Tipo de estudio. Entrevista a mujeres seleccionadas de forma aleatoria entre las usuarias de servicios de AP. La muestra se ha dividido en dos grupos (> 25 y < 25 años) para realizar comparación de proporciones independientes.

Ámbito de estudio. Atención Primaria, consulta del Centro de Salud.

Sujetos. Mujeres consultantes en AP.

Mediciones e intervenciones. La satisfacción sexual se analizó con una escala de Likert entre 1 (mínima satisfacción) y 5 (máxima satisfacción).

Resultados. En < 25 años, es significativamente menor la EI $p < 0,0001$ (IC: 9,8-35,4), hay mayor número de parejas (con 2 o más) $p = 0,0425$ (IC: 1-37,5). La FC es menor en > 25 años en dos categorías: < 1 ($p = 0,0079$ IC: 6,2-27,2) y > 3 ($p = 0,0002$ IC: 4-29,1). La S es mayor en las < 25 años: Nivel 5 $p = 0,0239$ (IC: 1,3-23,9).

Conclusiones. A menor edad de la paciente, la EI descendiendo, se ha tenido mayor número de parejas, se tienen más relaciones sexuales y parece haber mayor S, lo que se debe tener en cuenta para realizar intervenciones, terapias, talleres... en relación a la esfera sexual.

P21 CUMPLIMIENTO EN LA TOMA DE SUPLEMENTOS DE CALCIO Y/O VIT D EN LA MUJER POSMENOPÁUSICA (ESTUDIO CUPOS)

J. Sanfélix Genovés, V. Gil Guillén y V. Giner Ruiz

Centro de Salud de Nazaret. Departamento 5 CV. Grupo Locomotor SVMFIC. Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante. REDIAPP-CV, Unidad de Investigación, Docencia y Práctica Clínica Departamento 18 CV. Centro de Salud Ciudad Jardín, Departamento 19 CV. Valencia. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: jsanfelix@comv.es

Objetivos. Estimar el cumplimiento de los suplementos del calcio y/o vitamina D indicados en osteoporosis en la mujer postmenopáusica y evaluar los factores asociados al buen cumplimiento.

Tipo de estudio. Estudio observacional, transversal y multicéntrico.

Ámbito de estudio. Comunidad Valenciana y Baleares.

Sujetos. Muestreo no probabilístico de casos consecutivos de mujeres postmenopáusicas que acuden a Centros de Salud en tratamiento farmacológico para la osteoporosis (OP).

Mediciones e intervenciones. La información recogida por el investigador se extrae de la historia clínica y de una encuesta estructurada.

Resultados. La edad media de las mujeres de la muestra (n: 896) fue de 64,1 años (IC 95%: 63,5-64,6), 649 mujeres (72,4% 69,5-75,4) tomaban calcio y/o vitamina D. El 50,0% (46,4-53,6) eran buenas cumplidoras (Haynes-Sackett), el 61,5% (58,3-64,8) presentó un buen conocimiento de la OP (test de Batalla) y su actitud hacia el cumplimiento fue buena en el 20,6% (17,7-23,4) (test de Morisky-Green). El 34,7% (31,4-38,0) presentaban problemas relacionados con la tolerabilidad. El análisis multivariante, resultó en un modelo significativo ($p < 0,001$) en el que se relacionaron con el buen cumplimiento: la actitud parcialmente buena (OR = 2,0), la buena actitud (OR = 18,7) y la tolerabilidad (OR = 2,6), lo que explicó un 68,6% del total de la variabilidad del cumplimiento.

Conclusiones. Sólo 2 de cada 4 mujeres fueron buenas cumplidoras. Las mujeres con una buena actitud hacia los suplementos de calcio y/o vit D, frente a las que no la tienen; y las que no presentan problemas de tolerabilidad, frente a las que los presentan, tienen 19 veces y 2,5 veces respectivamente, más probabilidad de ser buenas cumplidoras.

P22 ESTUDIO DE LA TASA DE MUJERES QUE PERMANECEN CON EL DIU HASTA EL MOMENTO DE SU RECAMBIO EN UN CENTRO DE SALUD DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL

C. Osorio Martos, J. Novo Martín, G. López Torres, A. Hernández Carmona, B. Salueña Baquedano y M. Esteva Rosado

Centro de Salud Almanjajar. Granada. Andalucía.
Correo electrónico: topmed@hotmail.com

Objetivos. En 2002 un grupo de médicos de familia puso en marcha la inserción de dispositivos intrauterinos (DIUs) en un Centro de Salud. Conocer cual ha sido la tasa de mujeres que permanecen con el DIU hasta el momento de su recambio.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo de DIUs insertados desde junio de 2002 a diciembre de 2006. Se han estudiado las variables: edad en la inserción, embarazos previos, tiempo de uso en meses, tipo de DIU, retirada y motivo de la extracción y aparición de complicaciones. Información obtenida del consentimiento informado que la mujer cumplimenta previa la inserción e historia digital diaria.

Ámbito de estudio. Centro de Salud urbano con población joven y características de transformación social.

Sujetos. Población adscrita al Centro de Salud de Almanjajar.

Mediciones e intervenciones. Se ha medido el número de mujeres a las que se retiró el DIU por caducidad de éste.

Resultados. Insertados un total de 295 DIUs a 279 mujeres, con seguimiento de 269. Edad media de 30 años (11 a 46 años), media de 1,6 embarazos previos El tiempo de uso total ha sido de 446,33 meses, con una media 21,86 y moda de 22 meses. Se han retirado 100, de las cuales sólo 9 han sido por recambio tras caducidad del DIU Nuestro índice de Perl ha sido de 1,34.

Conclusiones. El DIU ha sido un método anticonceptivo demandado por la población y con buenos resultados. No obstante en la mayoría de los casos se ha retirado antes de cumplir su caducidad.

P23 ESTUDIO DE LA TASA DE MUJERES QUE HAN EXPULSADO EL DIU EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

C. Osorio Martos, J. Novo Martín, G. López Torres, M. Agrela Cardona, Y. García Iglesias y R. Rodríguez Avellaneda

Centro de Salud Almanjajar. Granada. Andalucía.
Correo electrónico: topmed@hotmail.com

Objetivos. En 2002 un grupo de médicos de familia puso en marcha la inserción de dispositivos intrauterinos (DIUs) en un Centro de Salud. Conocer cual ha sido la tasa de mujeres que han presentado como complicación la expulsión del DIU.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo de DIUs insertados desde junio de 2002 a diciembre de 2006. Se han estudiado las variables: edad en la inserción, embarazos previos, tiempo de uso en meses, tipo de DIU, retirada y motivo de la extracción y aparición de complicaciones. Información obtenida del consentimiento informado que la mujer cumplimenta previa la inserción e historia digital Diaria.

Ámbito de estudio. Centro de Salud urbano con población joven y características de transformación social.

Sujetos. Población adscrita al Centro de Salud de Almanjajar a la que se le ha insertado un DIU desde junio de 2002 a diciembre de 2006.

Mediciones e intervenciones. Se ha calculado la tasa de mujeres que presentó expulsión del DIU.

Resultados. Insertados un total de 295 DIUs a 279 mujeres, con seguimiento de 269. Edad media de 30 años (11 a 46 años), media de 1,6 embarazos previos. Un total de 244 DIUs de cobre de alta carga, 24 DIUs de Levonorgestrel y 1 Ginefix. El tiempo de uso total ha sido de 446,33 meses, con una media 21,86 y moda de 22 meses. Nuestro índice de Perl ha sido de 1,34. Se han retirado 100, de las cuales sólo 14 han sido por expulsión estimándose una tasa de 4,93.

Conclusiones. La tasa de DIUs expulsados en nuestra población de estudio ha sido baja.

P24 ESTUDIO DE LOS MOTIVOS DE RETIRADA DEL DIU EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

J. Novo Martín, C. Osorio Martos, G. López Torres, L. Aguilar Navas, M. De Prado Hidalgo y M. Esteva Rosado

Centro Salud Almanjajar. Granada. Andalucía.
Correo electrónico: topmed@hotmail.com

Objetivos. Conocer cuáles han sido los diferentes motivos de retirada del DIU durante el tiempo de seguimiento.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo de DIUs insertados desde junio de 2002 a diciembre de 2006. Se han estudiado las variables: edad en la inserción, embarazos previos, tiempo de uso en meses, tipo de DIU, retirada y motivo de la extracción y aparición de complicaciones. Información obtenida del consentimiento informado que la mujer cumplimenta previa la inserción e historia digital Diraya.

Ámbito de estudio. Centro de Salud urbano con población joven y características de transformación social.

Sujetos. Población adscrita al Centro de Salud de Almanjayar.

Mediciones e intervenciones. Se han estudiado los diferentes motivos de retirada del DIU por embarazo, deseo de gestación expulsión, recambio, infección por actinomices, alteraciones menstruales y dolor o molestias.

Resultados. Insertados un total de 295 DIUs a 279 mujeres, con seguimiento de 269. Edad media de 30 años (11 a 46 años), media de 1,6 embarazos previos. Un total de 244 DIUs de cobre de alta carga, 24 DIUs de Levonorgestrel y 1 Ginefix. El tiempo de uso total ha sido de 446,33 meses, con una media 21,86 y moda de 22 meses. Se han retirado 100, la causa más frecuente recogida alteraciones menstruales por exceso (20), el deseo de gestación (13), recambio por caducidad (9) y dolor (6). Las complicaciones 6 embarazos, expulsiones 14 (tasa 5,20%), colonización por Actinomices (5), ninguna enfermedad inflamatoria pélvica.

Conclusiones. El motivo de retirada más frecuente fue por alteraciones menstruales.

Sesión 3

Jueves, 8 de noviembre - 12.00-13.00 h

Atención al adolescente (I)

P25 CONSUMO DE DROGAS INSTITUCIONALIZADAS (TABACO Y ALCOHOL), ENTRE ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE UNA PROVINCIA ANDALUZA

J. Lara Serrano, P. Sara María, L. Pérula De Torres, J. Fernández García y F. Pérez Jiménez

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba. Córdoba. Andalucía.

Correo electrónico: jujelase@hotmail.com

Objetivos. Aproximación al estilo de vida adolescente según: hábitos tóxicos (tabaco y alcohol). -Frecuencia de consumo y consideración como droga. -Frecuencia de consumidores activos, edad inicio y forma de consumo. -Experimentación de intoxicaciones etílicas y edad inicio. -Frecuencia de consumo principales bebidas alcohólicas. -Razón fundamental consumo, ejemplo del entorno social. -Consideración de tóxicos para el organismo, y órganos que dañan.

Tipo de estudio. Observacional descriptivo, transversal o de prevalencia.

Ámbito de estudio. -Temporal: curso escolar 2005/2006. -Geográfico: una provincia andaluza.

Sujetos. -Población diana: adolescentes de 13 a 15 años. -Población de estudio: niños escolarizados en 2º ESO. -Muestra: tamaño de 1064 alumnos, pertenecientes a 22 centros educativos (públicos y privados), muestreo aleatorio polietápico.

Mediciones e intervenciones. -Fuente de información: cuestionario auto-cumplimentado de 57 preguntas (validado OMS y España).

Resultados. -Han consumido alguna vez: tabaco: 42,9%, alcohol: 67,1%. -Consideración como droga: tabaco: 64,6%, alcohol: 35,4%. -Consumidores activos: tabaco: 29,6%, alcohol: 51,7%. -Edad media de inicio: tabaco: 12,6 años, alcohol: 12,4 años. -Forma de consumo: fines de semana o varias veces al mes (combinados). -Razón fundamental: autoafirmación y rebeldía, o por curiosidad. -Ejemplo entorno: tabaco: 73,4% (padre), alcohol: 87,9% (padre). -Consideración tóxico para organismo: tabaco: 99,2% (principalmente pulmones), alcohol: 95,7% (hígado). -Emborracharse: 21% lo han experimentado. Edad media: 12,8 años.

Conclusiones. -Son drogas de alto consumo, especialmente el alcohol, el cual no es considerado como droga por la mayoría. -La edad media de inicio se sitúa entre 12 y 13 años (también para la primera "borrachera"), principalmente los fines de semana o varias veces al mes (combinados), como acto de autoafirmación social y rebeldía juvenil, o curiosidad. -La mayoría recibe ejemplo en su entorno social (sobre todo figura paterna), y los consideran tóxicos, especialmente pulmones (tabaco), e hígado (alcohol).

Esta investigación cuenta con el apoyo económico (beca de ayuda) de: Junta de Andalucía (beca de investigación 2006). Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (beca proyecto de investigación Samfyc 2006).

P26 VIOLENCIA ESCOLAR: ACECHANDO A UN COMPAÑERO

A. Cerezo Jiménez, A. Agüero Martínez, M. De Puig Roca, P. Bosch de Puig, G. Monraba Doménech y A. Sabench Suriñach

Programa Salut i Escola Regió Sanitària de Girona. Girona. Catalunya.

Correo electrónico: p416umpu@pgirona.scs.es

Objetivos. Proporcionar la información necesaria a los estudiantes de 3º y 4º de ESO para que puedan contribuir a la prevención de la violencia escolar.

Descripción. Actualmente se habla del aumento de agresividad por parte de los adolescentes en el ámbito educativo. El bullying afecta a un 7-10% de la población escolar, el 25% de los alumnos se han sentido amenazados alguna vez y el 5,7% de los estudiantes reconocen agredir cada semana algún compañero. Hemos planteado hacer una intervención en alumnos de 3º y 4º de ESO a través de la enfermera del programa Salut i Escola. La intervención se hace en las aulas. Va dirigida indistintamente al agresor, a la víctima o al grupo clase. Nuestros objetivos son distintos en cada caso. Intentamos cambiar la actitud agresiva e intolerante del agresor. Ofrecemos habilidades sociales y estrategias afectivas de auto-protección para la víctima. Que el grupo se plantee la posibilidad de aceptar una actitud activa con la desaprobación de la violencia. Se utiliza una presentación en PowerPoint, donde se explican tipos de acoso y cómo actuar. Informamos de forma objetiva con el fin de inducir a la reflexión.

Conclusiones. La utilización de técnicas basadas en talleres interactivos propicia a hablar abiertamente del acoso, a tomar conciencia de las acciones, a reflexionar y a actuar en consecuencia.

P27 ACERCANDO LA SALUD A LOS JÓVENES

M. De Puig Roca, A. Agüero Martínez, A. Cerezo Jiménez, C. Graboleda Poch, G. Monraba Doménech y A. Sabench Suriñach

Programa Salut i Escola Regió Sanitària de Girona. Girona. Catalunya.

Correo electrónico: p416umpu@pgirona.scs.es

Objetivos. Educación para la salud. Prevenir para ayudar a reconocer y afrontar riesgos y peligros sin coartar el desarrollo: Salud afectivo-sexual. Consumo de drogas, alcohol, tabaco y otras adicciones. Trastornos relacionados con la alimentación. Salud mental. Pretendemos una normalización y socialización adecuada.

Descripción. Acercamos la salud a los jóvenes mediante el proyecto "Salut i Escola" de colaboración entre el Departament d'Educació y el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Se desplaza una enfermera al Instituto de Enseñanza Secundaria 4 horas a la semana para trabajo: Colectivo/grupal: Charlas. Talleres y/o Individual: Consulta abierta: Entrevista personal. Correo electrónico La consulta abierta es un espacio de diálogo, libre y confidencial donde los adolescentes pueden informarse, educarse y orientarse en aspectos generales de salud y/o en aspectos de su propia salud, con el objetivo de: Proporcionar una asistencia sanitaria eficaz. Conseguir el mantenimiento de la salud y una orientación anticipada. Acompañar el desarrollo físico, cognitivo y emocional de manera saludable. Coordinar recursos. Detectar problemas y derivar a los profesionales colaboradores.

Conclusiones. La comprensión y la ayuda profesional en el crecimiento, puede ser fundamental para potenciar capacidades y aptitudes en algunos adolescentes con situaciones complejas y puede favorecer una buena gestión de sus impulsos Para mejorar la salud de los adolescentes tiene que haber una implicación activa de todas las personas que intervienen en su proceso de crecimiento físico, psíquico y social: padres, profesores y profesionales de la salud.

P28 LOS PELIGROS DE DECORAR EL CUERPO

A. Agüero Martínez, M. Mauri Junqué, A. Cerezo Jiménez, M. De Puig Roca, G. Monraba Doménech y A. Sabench Suriñach

Programa Salut i Escola Regió Sanitària de Girona. Girona. Catalunya.
Correo electrónico: p416umpu@pgirona.scs.es

Objetivos. Presentar un taller informativo a alumnos de 3º y 4º. de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO), con la finalidad de dar a conocer todo lo relacionado con las técnicas del "Body Art".

Descripción. Actualmente están de moda entre los adolescentes piercings y tatuajes. En los estudios dedicados a realizar estas técnicas, a pesar de que la higiene suele ser adecuada en la mayoría de los casos, la información que dan es escasa y hace que encontremos en las consultas complicaciones por una mala técnica o secuelas de las mismas. Identificamos la necesidad de informar sobre técnicas del "Body Art" desmitificando su inocuidad. Se utiliza una presentación en PowerPoint, donde se explica la técnica correcta, limitaciones en la práctica y consecuencias que pueden tener para el organismo. La finalidad es formarles e informarles de forma objetiva como consumidores responsables para que tomen una decisión razonada, justificada y crítica. Taller realizado por enfermeras de Salut i Escola en 6 centros de ESO desde el curso escolar 2005-06 provocando sorpresa y discusión sobre el tema.

Conclusiones. Los alumnos, cada vez más jóvenes, aprenden a tomar decisiones con seguridad, una vez reflexionadas y argumentadas. La atracción que causan los tatuajes y piercings aumenta obligándonos a actuar de manera preventiva. El taller se ha valorado como método de trabajo muy eficaz.

P29 HÁBITOS DE OCIO Y COMUNICACIÓN ENTRE LOS ADOLESCENTES DE UNA PROVINCIA ANDALUZA

S. Palenzuela Paniagua, J. Lara Serrano, L. Périola de Torres, J. Fernández García y F. Pérez Jiménez

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba. Córdoba. Andalucía.
Correo electrónico: sarapalen@hotmail.com

Objetivos. Aproximación al estilo de vida adolescente según: -Empleo de tiempo libre y hábitos de ocio -Sentimientos de soledad o felicidad. -Facilidad para la comunicación con su entorno.

Tipo de estudio. Observacional descriptivo, transversal o de prevalencia.
Ámbito de estudio. Ámbito temporal: curso escolar 2005/2006. Ámbito geográfico: una provincia andaluza. Estudio financiado por Junta de Andalucía y Samfyc.

Sujetos. Población diana: adolescentes de 11 a 13 años. Población de estudio: niños escolarizados en 6º de primaria. Muestra: tamaño muestral de 1012 alumnos pertenecientes a 27 centros educativos (públicos y concertados), muestreo aleatorio polietápico.

Mediciones e intervenciones. Fuente de información: cuestionario auto-cumplimentado de 57 preguntas (creado OMS, validado España).

Resultados. Comunicación más fácil con madre. -Chicos con: padre, hermano y tutor. -Chicas con: madre, hermanas y amigas. 86% tiene facilidad para hacer amigos (más fácil chicas). 46,5% están todos los días con los amigos después de clase (más los chicos). 86,6% tiene amigo íntimo. 20,1% tiene novio/a. 7,1% se sienten solos frecuentemente. En días de colegio: 67,8% ven la televisión más de 2 horas diarias. 27,3% juegan a la consola más de 1 hora diaria. 25,7% juegan al ordenador más de 1 hora al día. 18,6% usan el teléfono móvil más de 1 hora al día. 45,3% leen más de una hora diaria. 77,9% se sienten felices. 67,7% les gusta ir al colegio (más en centros concertados). 56% creen tener un buen rendimiento escolar.

Conclusiones. Mejor relación con madre. Facilidad para la relación con amigos, escaso sentimiento de soledad. Les gusta ir al colegio (sobre todo concertados), y creen tener buen rendimiento. Alto consumo de televisión y libros. Uso de ordenador y consolas es mayor en centros públicos y fines de semana. En general se sienten felices.

P30 LA INFLUENCIA DE PADRES EN LOS ADOLESCENTES

F. García Martín, M. Rodríguez Martínez, C. Gil Muñoz, L. Briongos Figuero, C. Loriente Lobo y V. Casado Vicente

HU Río Hortega. Valladolid. Castilla y León.
Correo electrónico: fergarmart@hotmail.com

Objetivos. Conocer la influencia de pares en los adolescentes en cuanto a amigos que practican comportamientos de riesgo.

Tipo de estudio. Estudio transversal (descriptivo observacional), mediante cuestionario de perfil de salud de los adolescentes (CHIP-AE).

Ámbito de estudio. Atención Primaria.

Sujetos. Muestreo: 303 adolescentes (12-19 años) escolarizados en la ZBS.

Mediciones e intervenciones. Procesamiento de los datos SPSS 14.0®. Resultados cuantitativos: media aritmética y desviación estándar, (IC 95%). Resultados cualitativos: porcentaje (IC 95%).

Resultados. El 2,6% de los adolescentes encuestados afirman formar parte de una banda, Amigos que fuman cigarrillos: todos/la mayoría 16,7%, algunos 45,3%, ninguno 37,6%. Amigos que beben alcohol: todos 16,1%, la mayoría 28,8%, algunos 27,4%. Amigos que fuman porros: todos/la mayoría 4%, algunos 29,8%, ninguno 64,2%. Amigos que toman otras drogas: la mayoría 0,7%, algunos 6,7%, ninguno 92%. Amigos que tienen relaciones sexuales: todos/la mayoría 12%, algunos 32,8%, ninguno 54,8%.

Conclusiones. La influencia de pares es la variable que más se correlaciona con los comportamientos de riesgo de los adolescentes. Según la Encuesta Nacional de Salud 2007 el 60% de los adolescentes de 16 a 24 años nunca ha fumado y el 23.65 nunca ha bebido. Cuando se les pregunta sobre su propio consumo las cifras son mucho más altas en cuanto a nunca haber consumido, que cuando son preguntados por el consumo de sus amigos. Ya sea porque minimicen su propio consumo o que su entorno sea de riesgo, ambas situaciones indican la necesidad de incrementar las actividades de promoción y prevención.

P31 ESTUDIO SOBRE EL DOLOR DE ESPALDA EN ALUMNOS DE 1º Y 2º DE LA E.S.O.

F. Del Río Fernández, E. Gutiérrez Piedra, J. Jiménez Hernández, C. Blázquez Martín, M. Martín Mazo y M. Fraile Jiménez

Centro de Salud Ávila Estación. Ávila. Castilla y León.
Correo electrónico: friof@telefonica.net

Objetivos. 1. Determinar la prevalencia de dolor de espalda en alumnos de 1º y 2º de ESO.

2. Establecer qué porcentaje del peso corporal representa la mochila y si se detecta relación con el dolor de espalda.

Tipo de estudio. Transversal.

Ámbito de estudio. Instituto de Enseñanza Secundaria.

Sujetos. Escolares de 1º y 2º de ESO.

Mediciones e intervenciones. -Encuesta sobre la existencia de dolor de espalda en los 12 meses anteriores, número de días y necesidad de consulta médica. -Determinación de peso y talla de los alumnos de 1º y 2º de ESO y peso de la mochila, de forma aleatoria. (186 alumnos) -Análisis de los resultados por medio de coeficientes de correlación, chi cuadrado y prueba normal.

Resultados. -La frecuencia de alumnos con dolor de espalda declarado en los últimos 12 meses en la muestra es de 81,76% -El porcentaje de alumnos que consultaron a su médico fue de 29,76% -El peso medio de la mochila de 6,7 Kg un 13,8% del peso corporal. -No se aprecia correlación entre dolor de espalda y peso de la mochila. -El peso medio de la mochila no difiere entre los que han tenido dolor de espalda y los que no.

Conclusiones. 1. El dolor de espalda es un síntoma muy prevalente en la muestra de escolares entre 12 y 14 años. 2. El peso de la mochila en relación con el peso corporal está por encima de lo recomendado por las sociedades científicas. 3. No se aprecia asociación entre el peso de la mochila y declarar haber tenido dolor de espalda en los últimos 12 meses.

P32 LA SATISFACCIÓN CON LA SALUD Y LA AUTOESTIMA COMO VARIABLES DEL PERFIL DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES

B. García González, C. Loriente Lobo, J. Santos Pastor, A. Gómez Muñoz, F. García Martín y V. Casado Vicente

CS Parquesol. GAP Valladolid-Oeste. Valladolid. Castilla y León.
Correo electrónico: veatrixgg@hotmail.com

Objetivos. Determinar los niveles de satisfacción con la salud y autoestima de los adolescentes.

Tipo de estudio. Estudio transversal (descriptivo observacional), mediante el cuestionario perfil de salud de adolescentes (CHIP-AE).

Ámbito de estudio. Atención Primaria. ZBS urbana. Escolar.

Sujetos. Muestra aleatoria por conglomerados de 303 alumnos de 12-19 años escolarizados en los Institutos de Enseñanza Secundaria.

Mediciones e intervenciones. Procesamiento de datos SPSS 14.0[®]. Resultados cuantitativos: media aritmética y desviación estándar; cualitativos: porcentaje, IC 95% y $p < 0,05$.

Resultados. 49,8% hombres, 50,2% mujeres, edad media 14,30 años (DE 1,579). Se sienten llenos de energía (84,8%), resisten muy bien las enfermedades (78,8%), se recuperan rápido (74,7%), tienen muy buena forma física (68,6%) y consideran su salud muy buena o excelente (74,6%). Piensan que tienen muchas cualidades positivas (80%), cosas por las que sentirse orgullosos (81,3%), les gusta ser como son (88,4%), están satisfechos con su vida (90%) y se sienten aceptados (94%). En general están bastante satisfechos, sin embargo también debe ser destacado que las percepciones regulares y negativas de su salud y autoestima oscilan entre un 6% y un 31%.

Conclusiones. La satisfacción con el estado de salud incluye una percepción positiva de la salud en general y una alta autoestima. Según la ENS 2006 el 88,35% de los adolescentes está satisfecho con su salud. Una elevada satisfacción con la salud a estas edades actúa como factor de protección y se relaciona con menores comportamientos de riesgo futuros. La detección precoz de niveles bajos de autoestima y mala percepción de la salud podría ponernos sobre la pista de adolescentes de riesgo.

P33 ACTIVIDAD SEXUAL EN ADOLESCENTES

G. Almonacid Canseco, B. García González, F. García Martín, C. Loriente Lobo, J. Santos Pastor y V. Casado Vicente

Centro de Salud Parquesol. Valladolid. Castilla y León.
Correo electrónico: gemma_almonacid@hotmail.com

Objetivos. Determinar la relación entre despistaje de actividad sexual y actividades de prevención y promoción de la salud sexual en adolescentes de una zona básica de salud.

Tipo de estudio. Estudio observacional descriptivo transversal. Resultados cuantitativos: media aritmética y desviación estándar; cualitativos: porcentaje. IC 95% y $p < 0,05$. Procesamiento datos SPSS 14.0[®].

Ámbito de estudio. Adolescentes de ZBS urbana, nivel socioeconómico medio.

Sujetos. Muestra 303 adolescentes de 12 a 19 años escolarizados, ZBS urbana.

Mediciones e intervenciones. Cuestionario perfil de salud de adolescentes (CHIP-AE). Revisión de recogida en historia clínica de realización de recomendaciones sobre actividades preventivas y de promoción de la salud PREVINPAD (AEPap)/PAPPS (semFYC) y de Cartera de Servicios de A.P. de la Consejería de Sanidad.

Resultados. Edad media 14,30 años (DE 1,579), hombres 49,8%, mujeres 50,2%. Cuestionario salud: 16,2% ha mantenido relaciones, edad media inicio 15 años, 4,2% no utilizaron método anticonceptivo y los que si preservativo 87,2%; embarazo 2%. Datos historia clínica: Actividad sexual 12%; Prevención ETS 17%; Consejo anticoncepción 17%; Consejo sexualidad-ETS 16%.

Conclusiones. Nuestros resultados indican un riesgo menor que los del SIVFRENT-J 2005: 28% relaciones sexuales y 8,4% sin protección, que podrían explicarse por la edad menor de nuestra población. El registro en la historia clínica es muy escaso (10-17%) que podría explicarse porque los adolescentes son poco frecuentadores, cuando consultan rara vez acuden solos y porque los profesionales no tenemos sistematizada esta intervención. La obtención de datos sobre la actividad sexual en adolescentes es importante para prevenir problemas de salud y mejorar la relación médico-paciente.

P34 ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN Y PREVENCIÓN SECUNDARIA EN ADOLESCENTES

G. Almonacid Canseco, C. Loriente Lobo, B. García González, M. Rodríguez Martínez, F. García Martín y V. Casado, Vicente

Centro de Salud Parquesol. Valladolid. Castilla y León.
Correo electrónico: gemma_almonacid@hotmail.com

Objetivos. Determinar el nivel de realización de las actividades de protección y prevención secundaria en adolescentes de una zona básica de salud.

Tipo de estudio. Estudio observacional descriptivo transversal. Muestreo aleatorio por conglomerados. Resultados cualitativos: porcentaje. IC 95% y $p < 0,05$. Porcentaje máximo de pérdidas: 24% (por no pertenencia al centro de salud, historia desaparecida, etc.).

Ámbito de estudio. Adolescentes de una ZBS urbana, joven y de nivel socioeconómico medio.

Sujetos. 303 adolescentes de 12 a 19 años escolarizados en una ZBS urbana.

Mediciones e intervenciones. Revisión del registro de realización de recomendaciones sobre actividades preventivas PREVINPAD (AEPap)/PAPPS (semFYC) y de Cartera de Servicios de Atención Primaria de la Consejería de Sanidad, en historias clínicas de adolescentes incluidos en un estudio del perfil de salud.

Resultados. Se encuentran registrados en historia clínica: Calendario vacunal 99%; Vacuna TV 99%; Vacuna DT 98%; Salud bucodental 79%; Exploración bucodental 87%; Peso 88%; Talla 89%; Percentil/IMC 66%; Tensión arterial 72%; Audición 82%; Visión 86%; Columna 80%; Auscultación cardíaca 81%; Desarrollo puberal 72%.

Conclusiones. La obtención de datos sobre el registro de las actividades preventivas en adolescentes es importante para valorar la calidad de nuestra prestación preventiva, clave en Atención Primaria. Además orienta la intervención y sirve para evaluar las coberturas de los actuales programas de prevención. En nuestro caso el registro de inmunizaciones (99%) es excelente. El registro de datos de evaluación del desarrollo físico y técnicas de cribado es más variable, y va desde un 66% (Percentil/IMC) hasta un 89% (Talla).

Sesión 4

Jueves, 8 de noviembre - 13.30-14.30 h

Atención al adolescente (II)

P35 CONSUMO DE ALCOHOL EN PREADOLESCENTES (12-15 AÑOS)

A. Gomis Barrio, M. Solana Hoz, A. Ballester Solivellas, A. Roca Casas y J. Llobera Canaves

Centro de Salud Es Trencadors. S'Arenal de Lluçmajor. Palma de Mallorca. Illes Balears.
Correo electrónico: incatoni@yahoo.es

Objetivos. Conocer la edad de inicio de consumo de los adolescentes, las motivaciones que les llevan al consumo y los conocimientos de los efectos del alcohol.

Tipo de estudio. Estudio transversal y descriptivo.

Ámbito de estudio. De ámbito local realizado en dos institutos de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) de una zona de salud turística con un centro de salud docente.

Sujetos. Un total de 426 adolescentes de entre 12 y 15 años, de 1º y 2º de ESO de dos institutos de enseñanza secundaria, uno en la costa y el otro en el pueblo, del mismo municipio.

Mediciones e intervenciones. Mediciones principales: mediante cuestionario anónimo con 24 ítems se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, curso actual, edad de inicio del consumo y de su primera borrachera, tipo de bebida alcohólica y lugar de consumo, conocimientos y fuentes de información sobre el alcohol, motivos para el consumo y conocimientos sobre los efectos nocivos.

Resultados. Media edad: 13,51 ± 0,6 años. Un 49,1% varones. La edad de inicio del consumo era de 12 a 14 años en un 65,9% de los encuestados y un 9,4% tenían menos de 12 años. El 24,7% se había emborrachado alguna vez. El 96% conoce el fenómeno del botellón. De entre las fuentes de información destacan los amigos % y los medios de comunicación. El 57,7% considera que el alcohol es una droga. Casi el 90% declaraban que el alcohol es perjudicial para la salud y lo relaciona con problemas socio-laborales, y cerca del 100% con accidentes de tráfico.

Conclusiones. La gran mayoría de nuestros preadolescentes ha probado el alcohol, algunos a edades muy tempranas. Alegan curiosidad y diversión, aunque conocen que el alcohol es una droga.

P36 LA CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS COMO FACTOR PROTECTOR DE LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES

A. Gómez Muñoz, B. García González, G. Almonacid Canseco, C. Loriente Lobo, F. García Martín y F. Casado Vicente

CS Parquesol. Valladolid. Castilla y León.
Correo electrónico: alichuspi@hotmail.com

Objetivos. Determinar la capacidad de resolución de problemas como parte del perfil de salud de los adolescentes.

Tipo de estudio. Estudio transversal (descriptivo observacional) mediante cuestionario CHIP-AE®.

Ámbito de estudio. Atención primaria.

Sujetos. Muestra aleatoria por conglomerados: 303 adolescentes de 12 a 19 años escolarizados en una ZBS joven, de nivel socio-económico medio.

Mediciones e intervenciones. Procesamiento mediante SPSS 14.0®. Los resultados cuantitativos se expresan como media aritmética y desviación estándar (IC 95%) y los resultados cualitativos mediante porcentaje (IC 95%).

Resultados. 21,6% es muy improbable/improbable que pidan consejo a otras personas, el 27,3% es muy improbable/improbable que vea el lado positivo de la situación, el 60,3% es probable o muy probable que intenten encontrar culpables, el 91,7% intenta solucionar los problemas directamente con el amigo, para el 24,8% es muy improbable/improbable que explique sus sentimientos a un amigo, un 90% intenta tranquilizarse, un 88,2% piensa y desea que no hubiese pasado y el 41% recurre a la familia o persona adulta.

Conclusiones. La subdimensión resolución de problemas refleja la forma en la que los adolescentes tratan un hipotético problema desde una perspectiva constructiva y forma parte de la dimensión de resistencia que incluye los estados y comportamientos que reducen la posibilidad de problemas de salud. Promocionar la capacidad de resistencia y por ende de resolver problemas actúa como factor protector de salud. Conocer la situación de partida nos permite intervenir en estos aspectos y coordinar esfuerzos tanto en el sector educativo como en el sanitario.

P37 ACERCÁNDONOS AL ADOLESCENTE: CONSULTA JOVEN EN UN INSTITUTO

A. Roca Casas, C. Niñez Jiménez, M. Ortega Cutillas, M. Carro Presedo y M. Salamanca Seguí

Centro de Salud Es Trencadors. Arenal Lluçmajor. Illes Balears.
Correo electrónico: aroca@ibsalut.caib.es

Objetivos. Promocionar conductas y hábitos saludables en adolescentes y facilitarles la relación con Atención Primaria.

Tipo de estudio. Tipo de estudio: Descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Ámbito: Instituto de Educación Secundaria (IES) de nuestra zona de salud.

Sujetos. Sujetos: Alumnos del IES entre 11 y 18 años (718).

Mediciones e intervenciones. Mediciones: Fecha de consulta, sexo, edad, curso, acude sólo o acompañado, tema de consulta, actuación. Intervenciones: Cada semana un sanitario atiende consultas en el IES durante 90 minutos, desde hace 2 años. Los alumnos acuden sin cita previa (con consentimiento del profesor).

Resultados. El primer año se realizaron 134 consultas. El perfil de los consultantes fue: 13,46 años; alumnos de 1º de Enseñanza Secundaria ESO (74,6%), varones (61,2%). El 42,5% acudió acompañado. Los temas más demandados fueron sexualidad (59,7%) y drogas (57,3%). El siguiente año acudieron 242 alumnos (incremento del 80%). Edad: 14,11 años; mujeres (72,7%); mayoritariamente de tercero y primero de ESO (35,5% y 24,4%, respectivamente). El 81,4% acudió acompañado, el 52,9% en grupos (> 3 personas). Las consultas más frecuentes fueron: 68,2% sexualidad, 16,5% drogas, y 2,9% alimentación y enfermedades relacionadas. Las visitas/día oscilan entre 2 y 29 (moda 6). Sobre sexualidad, el 58,7% preguntaron por anticoncepción; 8,4% sobre enfermedades de transmisión sexual y el 4,2% acerca de embarazo no deseado. Sobre drogas preguntaron por cannabis (45%), tabaco (22,5%) y cocaína (10%) fundamentalmente.

Conclusiones. La acogida fue muy satisfactoria (padres, alumnos y profesores). Actividad muy gratificante para los profesionales. Las inquietudes

se centran en sexualidad y drogas. Incremento progresivo de la participación en esta actividad.

P38 MORBILIDAD SENTIDA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LOS ADOLESCENTES

M. Gil Muñoz, J. Santos, A. Botrán Velicia, M. Rodríguez Martínez, M. De Lorenzo y V. Casado

CS Parquesol. Valladolid. Castilla y León.
Correo electrónico: pamenchu@gmail.com

Objetivos. La morbilidad sentida de enfermedades infecciosas entre los adolescentes.

Tipo de estudio. Estudio transversal (descriptivo observacional) sobre perfil de salud de los adolescentes.

Ámbito de estudio. adolescentes de 12 a 19 años escolarizados de una ZBS urbana.

Sujetos. muestra aleatorizada de 296 adolescentes.

Mediciones e intervenciones. Procesamiento mediante SPSS 14.0® Para resultados cuantitativos media aritmética y desviación estándar (IC 95%), resultados cualitativos: porcentaje e IC 95%.

Resultados. N: 303. Hombres 49,8%, mujeres 50,2%. Edad media 14,3. 84,7% han tenido algún catarro (11%: 4 o más veces), anginas 79,4%, otitis 20,3%, 17,1% bronquitis y 4,3% han tenido neumonía. 62,3% han presentado diarrea o revuelto de estomago; 6,6% infecciones genito-uritarias, ETS 0,7%, 49,2% de las chicas refieren haber sufrido EIP, mononucleosis 1,7%, hongos 4% e infecciones cutáneas (4,6%). Caries 38,7% (3,4% como mínimo 5), o enfermedades graves (apendicitis, pericarditis, dermatitis y pielonefritis) 3,3%.

Conclusiones. Al comparar los resultados obtenidos con la morbilidad atendida del mismo grupo poblacional se observan importantes discrepancias; así, patologías muy frecuentes han precisado poca atención por parte del equipo de atención primaria, como es el caso de las infecciones respiratorias altas (84,7% de morbilidad sentida frente a 11,8% de morbilidad atendida,) y las digestivas (62,3% sentida y 1,42% atendida) ; también se observa esta tendencia en procesos menos frecuentes pero menos banales como la EPI (49,2% sentida frente a ninguna atendida en nuestro grupo de edad). El resto de procesos (neumonías, mononucleosis, ETS, etc.) presentan una buena correlación entre ambas morbilidades.

P39 ESTUDIO ANTROPOMÉTRICO EN ADOLESCENTES

E. Escarda Fernández, E. González Martínez, I. Fernández Galante, M. Muñoz Moreno, A. Almaraz Gómez y E. González Sarmiento

CS Rondilla 2 y H. Clínico Universitario. Valladolid. Castilla y León.
Correo electrónico: espe269@hotmail.com

Objetivos. Descripción antropométrica de los adolescentes de una población urbana. Porcentaje de obesidad en dicha población.

Tipo de estudio. Estudio de campo descriptivo transversal estratificado de adolescentes de 14 a 18 años pertenecientes a los cursos 3º y 4º de ESO y 1º y 2º de bachillerato de los institutos de un núcleo urbano.

Ámbito de estudio. La elección de los institutos participantes fue al azar y estratificado en públicos y privados.

Sujetos. Se obtuvieron 557 individuos, de los cuales, accedieron a la medición un total de 461.

Mediciones e intervenciones. Se midió talla, peso, índice de masa corporal (IMC), perímetro de cintura, tensión arterial y porcentaje de grasa. Estadísticamente se obtuvieron valores z-score para cada variable, en función de la edad y sexo. Para la valoración del estado nutricional se utilizó el IMC.

Resultados. Los estudiados pertenecían 351 a instituciones privadas y 206 a públicas, de ellos, 53,5% eran hombres. Mostraron como media en las variables: edad de 15,68 años, talla de 1,7 m, peso de 62,2 kg, IMC de 24,6 kg/m², perímetro cintura de 72,5 cm, tensión arterial de 125,8/71 mmHg y porcentaje de grasa de 24,6%. Un 11,9% sufren sobrepeso y un 5,2% obesidad. El 9,1% presentan bajo peso; un 15% de las mujeres frente a un 4,5% de los varones.

Conclusiones. -Para una población semejante, comparando con el estudio "enkid", hemos observado aumento del porcentaje de sobrepeso frente a un descenso en el de obesidad. -Resalta el porcentaje con bajo peso, que además es significativamente mayor en mujeres.

P40 LAS ENFERMEDADES MÉDICO-QUIRÚRGICAS Y PSICOLÓGICAS DE LARGA DURACIÓN EN LOS ADOLESCENTES

A. Botrán Velicia, B. García González, C. Gil Muñoz, G. Almonacid Canseco, M. De Lorenzo Calzón y V. Casado Vicente

CS Parquesol. GAP Valladolid-Oeste. Valladolid. Castilla y León.
Correo electrónico: aquoporina@yahoo.es

Objetivos. Determinar la morbilidad sentida de las enfermedades médico-quirúrgicas de larga duración y de las enfermedades psicológicas en los adolescentes.

Tipo de estudio. Estudio transversal (descriptivo observacional) sobre el perfil de salud de los adolescentes (CHIP-AE®). Muestreo aleatorio por conglomerados. N: 303.

Ámbito de estudio. Atención primaria. Escolar. ZBS urbana, joven y de nivel socioeconómico medio.

Sujetos. Adolescentes de 12 a 19 años escolarizados en los centros de enseñanza públicos de la ZBS.

Mediciones e intervenciones. Procesamiento datos SPSS 14.0®. Resultados cuantitativos como media aritmética y desviación estándar, y cualitativos en forma de su porcentaje; IC 95% y $p < 0,05$.

Resultados. Edad media 14.3 años (DE 1,579) 49,8% hombres, 50,2% mujeres. El 44% refiere tener problemas de visión, 29% acné, 24% esclerosis, 21,2% asma, 15,3% problemas músculo-esqueléticos, 12,7% gingivitis, 10,3% anemia, 9% migrañas, 8,6% enfermedades cardíacas, 3,7% deformidades, 1,3% hepatitis y 0,3% diabetes con problemas durante el último año. El 12,3% problemas de aprendizaje-concentración, 7,7% problemas psicológicos, emocional o de conducta y 1,6% trastornos comportamiento alimentario.

Conclusiones. Observamos que las enfermedades de larga duración más prevalentes en adolescentes son en general procesos banales, a excepción del asma y la diabetes. La morbilidad sentida en nuestra población es similar a la reflejada en la Encuesta Nacional de Salud 2006 respecto a la diabetes, sin embargo el asma es mucho mayor. De forma similar ocurre con las enfermedades psicológicas, que son muy elevadas en los encuestados. La comparación con la morbilidad atendida en nuestra ZBS nos indica que los adolescentes acuden con poca frecuencia a la consulta de su médico de familia.

P41 INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES EN NUESTRA POBLACIÓN

M. Coll Perona, N. Curós Bernet, A. Gordillo Lupión, J. Ojuel, C. Domenech Turà y M. Palacios

ABS Badalona 4 y 5. Badalona. Cataluña.
Correo electrónico: 38530ncb@comb.es

Objetivos. Valorar conocimientos, hábitos y actitudes de las prácticas sexuales de la población de 4º de educación secundaria obligatoria (ESO) de dos áreas básicas de salud de Badalona. Valorar cambios en conocimientos, hábitos y actitudes después de una intervención educativa.

Tipo de estudio. Estudio de intervención comunitaria.

Ámbito de estudio. Ámbito urbano.

Sujetos. Estudiantes de 4º ESO de dos institutos.

Mediciones e intervenciones. Estudio incluido en el marco de la campaña educativa de salud del Ayuntamiento de Badalona conjuntamente con el ABS. En una primera fase se pasó un cuestionario con las preguntas referentes a sexualidad del estudio FRESC seguido de un taller educativo en el aula. Dos meses más tarde se repitió el mismo cuestionario para valorar el efecto de la intervención.

Resultados. -77 alumnos (62.3% chicas) en el instituto de la Asunción (84% chicos) en Badalona-9. Edad media 15,5 años. -41,3% de alumnos de la Asunción han mantenido relaciones sexuales con penetración y 76% de los de Badalona-9. -Se observan diferencias significativas en el conocimiento de que el preservativo disminuye el placer después de la intervención ($p = 0,041$). -Aumento del uso del preservativo después de la intervención en el instituto Badalona-9 ($p = 0,047$).

Conclusiones. La intervención realizada ha comportado una modificación en el conocimiento sobre el preservativo y esto comporta una modificación en el hábito (mayor uso del preservativo). Los conocimientos previos son adecuados.

P42 BULLYING. VIOLENCIA EN LAS ESCUELAS DE SECUNDARIA

J. Santos Pastor, C. Magaña Santos, V. Casado Vicente, C. Avellaneda Martínez, R. Labajo Robledo y C. Castaño Yubero

Carbonero El Mayor. Carbonero El Mayor. Segovia. Castilla y León.
Correo electrónico: jcsantospastor@terra.es

Objetivos. Conocer el grado de violencia y de amenazas que sufre los adolescentes en el entorno escolar.

Tipo de estudio. Estudio ecológico transversal sobre perfil de salud. Muestra aleatoria por conglomerados.

Ámbito de estudio. Adolescentes de 14 a 20 años en todos los IES urbanos.

Sujetos. Sujetos 422.

Mediciones e intervenciones. Cuestionario CHIP-AE. Análisis datos SPSS® 11. Resultados cuantitativos: media aritmética y desviación estándar. Resultados cualitativos: porcentaje. IC 95%. Test χ^2 para la comparación de variables cualitativas, prueba t-Student y ANOVA para la comparación de dos o varias variables cuantitativas.

Resultados. 44,5% varones, 55,5% mujeres, edad media 16,7 (DE 1,46). En el último mes: un 3,6% ha llevado algún arma para defenderse, un 4,6% ha formado parte de una banda juvenil organizada, un 9,1% han amenazado con herir a alguien, un 8,2% ha atacado físicamente a alguien, un 10,5% ha destruido algo que no le perteneciera. Un 13,8% no se siente seguros en la escuela y un 12,0% en su barrio.

Conclusiones. Debe reseñarse el grado de violencia y de amenazas que sufren nuestros adolescentes en las aulas, si bien el grado de amenazas es menor que otros estudios nacionales (33%), la violencia física es mayor (7%). Hay que tener en cuenta que la violencia es fruto en muchos casos de una serie de comportamientos de riesgo individual (tabaco, alcohol, drogas). Es significativo cómo los adolescentes perciben más violencia en el entorno escolar que en el comunitario.

P43 SEGURIDAD VIAL EN LOS ADOLESCENTES

J. Santos Pastor, C. Magaña Santos, V. Casado Vicente, R. Labajo Robledo, C. Avellaneda Martínez y J. Gómez de Caso Canto

Carbonero El Mayor. Segovia. Castilla y León.
Correo electrónico: jcsantospastor@terra.es

Objetivos. Conocer las conductas de riesgo en relación a la seguridad vial de los adolescentes.

Tipo de estudio. Estudio ecológico transversal de prevalencia.

Ámbito de estudio. Adolescentes de 14 a 20 años en IES urbanos.

Sujetos. Muestra 422 sujetos.

Mediciones e intervenciones. Cuestionario CHIP-AE. Análisis datos SPSS® 11.

Resultados. 44,5% varones, 55,5% mujeres, edad media 16,7 (DE 1,46). Un 96,3% ha montado en bicicleta alguna vez, 26,4% durante la semana previa a la encuesta, de éstos el 21,7% ha usado el casco. Un 73,4% ha montado en moto alguna vez, el 21,1% la semana previa, de éstos el 72,8% ha usado el casco para montar en la moto. Un 6,3% ha tomado alguna vez alcohol o drogas antes de conducir, un 1,9% lo ha hecho la semana pasada. Un 78% de los adolescentes nunca ha usado el cinturón de seguridad. Un 34% ha subido alguna vez a un coche sabiendo que conduciría de forma imprudente. Un 49,1% ha hecho carreras en moto, bici o patines.

Conclusiones. Hay que tener en cuenta la extensión de las conductas de riesgo de los adolescentes en la seguridad vial. A pesar de las múltiples campañas siguen sin usar el cinturón, el casco, bebiendo alcohol etc., siendo partícipes de situaciones de riesgo importantes. Es necesario focalizar la promoción de la seguridad vial en los adolescentes en el marco familiar, social y fundamentalmente escolar.

P44 ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS ADOLESCENTES

M. De Lorenzo Calzón, C. Loriente, A. Botrán Velicia, L. Briongos, B. García y V. Casado

Hospital Río Hortera. Centro de Salud Parquesol. Valladolid. Castilla y León.
Correo electrónico: shirleyloren@hotmail.com

Objetivos. Determinar la práctica de actividad física como variable del perfil de salud de los adolescentes.

Tipo de estudio. Estudio transversal sobre práctica de actividad física (cuestionario CHIP-AE® e historia clínica).

Ambito de estudio. ZBS urbana, joven y de nivel socio-económico medio. *Sujetos.* Adolescentes de 12 a 19 años.

Mediciones e intervenciones. Muestro aleatorio por conglomerados. Tamaño muestral: 303. Procesamiento mediante SPSS 14.0®. Para resultados cuantitativos media aritmética y desviación estándar (IC 95%) y cualitativos en porcentaje (IC 95%).

Resultados. Resultados: El 32% no hace ningún día ejercicio intenso, 89,1% ha corrido en el último mes, 37,7% hicieron 51 o más abdominales, el 27,8% caminaron una distancia superior a 1500 metros, el 15,9% corrieron 30 minutos o más y el 39,1% jugaron en un equipo con entrenador durante el último año. Del 6 al 10% de los adolescentes de la ZBS no realizan ninguna actividad física de manera habitual. El 21,4% recibió consejo en su centro de salud, dentro del programa de actividades de promoción y prevención de la salud, sobre la actividad física y el deporte.

Conclusiones. Conclusiones: Según la Encuesta Nacional de Salud 2006, el porcentaje de adolescentes que no hace ejercicio físico en su tiempo libre es de 36,32%, siendo similar a nuestros datos. La correlación de la práctica de ejercicio físico con el rendimiento escolar, la autoestima y la percepción de salud indica la necesidad de reforzar la promoción de salud en los contactos que el adolescente mantiene con su centro de salud.

Sesión 5

Jueves, 8 de noviembre - 15.00-16.00 h

Atención al anciano (I)

P45 ¿ES ATÍPICA LA PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA NEUMONÍA AMBULATORIA EN LOS ANCIANOS?

C. De Diego Cabanes, E. Salsench Serrano, A. Valdívieso López, J. Boj Casajuana, L. Palacios Llamazares y N. Saúñ Casas

SAP Tarragona-Valls. Tarragona. Cataluña.
Correo electrónico: cintadcc@tinet.org

Objetivos. Analizar la incidencia y características clínicas de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) entre las personas de edad avanzada tratadas ambulatoriamente.

Tipo de estudio. Estudio de cohortes prospectivo.

Ambito de estudio. 8 Áreas Básicas de Salud (ABS) urbanas.

Sujetos. Cohorte de 11.241 personas mayores de 65 años adscritas a las 8 ABS.

Mediciones e intervenciones. Se reclutaron todos los casos de NAC no hospitalizada registrados en la cohorte de estudio entre 01/01/2002 y 30/04/2005. Todos los casos fueron radiográficamente confirmados y validados por revisión de historia clínica.

Resultados. 118 NAC tratadas ambulatoriamente. Globalmente, la incidencia de NAC ambulatoria fue de 3,48 casos por 1000 personas-año (IC 95%: 2,88-4,17). Incidencias y riesgos fueron más altos entre las personas mayores de 75 años (RR: 1,86; IC 95%: 1,29-2,67; p = 0,001) y entre los hombres (RR: 1,42; IC 95%: 0,99-2,04; p = 0,054). En el momento del diagnóstico, un 36,4% (IC 95%: 27,8-45,8) presentaban disnea, un 44,9% (95%: 35,7-54,3) dolor torácico (35,3% en hombres vs 52,7% en mujeres; p = 0,067), un 68,6% (IC 95%: 59,5-76,9) fiebre (80,0% en 65-74 años vs 60,3% en > 75 años; p = 0,037), un 77,1% (IC 95%: 69,5-84,3) tos y un 50,0% (IC 95%: 40,7-59,3) expectoración. La combinación dolor pleurítico + fiebre + tos apareció sólo en 32 pacientes (27,1%), mientras que confusión mental apareció en 7 casos (5,9%). El 92,4% (IC 95%: 86,0-96,4) de los pacientes presentaban crepitantes.

Conclusiones. Un elevado número de pacientes ancianos no presentan los síntomas típicos de la NAC, especialmente los de mayor edad. La auscultación apareció como instrumento muy eficaz para la detección de NAC en este grupo.

P46 COMPARACIÓN DE DOS INSTRUMENTOS DE PREDICCIÓN DE CAÍDAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

G. Díaz Grávalos, S. Álvarez Araújo, V. Andrade Pereira, R. Alonso Payo, C. Gil Vázquez e I. Álvarez Morato

Centro de Salud Cea. Cea. Ourense. Galicia.
Correo electrónico: gdgravalos@hotmail.com

Objetivos. Comparar la validez diagnóstica de dos instrumentos de predicción de caídas con diferente dificultad de aplicación (FRAT- tiempo medio de aplicación, 3 minutos- y TBAT- tiempo medio de aplicación, 15 minutos-) en ancianos institucionalizados.

Tipo de estudio. Estudio de cohortes, prospectivo.

Ambito de estudio. Cuatro centros geriátricos.

Sujetos. La totalidad de internos con capacidad para la deambulación.

Mediciones e intervenciones. Se aplicaron a cada paciente los instrumentos de predicción de caídas FRAT (Falls Risk Assessment Tool) y TBAT (Tinetti Balance Assessment Tool), registrándose edad y sexo. A lo largo del periodo de seguimiento (9 meses) las enfermeras responsables registraron todas las caídas producidas, incluyendo consecuencias y causa desencadenante. Al final del seguimiento se calculó la sensibilidad (S), especificidad (E) y valores predictivos positivo y negativo (VPP y VPN) de ambos instrumentos.

Resultados. Se incluyeron 203 internos. La edad media (DE) fue 80,1 (9,1) años, siendo varones el 37,9%. Sufrieron caídas 68 individuos (prevalencia de 33,5%). FRAT mostró una S de 63,2%, E de 27,4%, VPP de 30,5% y VPN de 59,7%. Los valores de TBAT fueron S de 80,9%, E de 40,0%, VPP de 40,4% y VPN de 80,6%.

Conclusiones. A pesar de precisar más tiempo para su aplicación, TBAT demuestra mayor capacidad para clasificar correctamente a los ancianos institucionalizados en riesgo de sufrir una caída. Ambos instrumentos adolecen de baja especificidad.

P47 FACTORES RELACIONADOS CON LA APARICIÓN DE CAÍDAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

G. Díaz Grávalos, S. Álvarez Araújo, R. Alonso Payo, V. Andrade Pereira, C. Gil Vázquez y Á. Aldana Díaz

Centro de Salud Cea. Cea. Ourense. Galicia.
Correo electrónico: gdgravalos@hotmail.com

Objetivos. Valorar la relación existente entre la aparición de caídas en ancianos institucionalizados y la presencia de determinados factores de riesgo.

Tipo de estudio. Estudio de cohortes, prospectivo.

Ambito de estudio. Cuatro centros geriátricos.

Sujetos. La totalidad de internos con capacidad para deambular.

Mediciones e intervenciones. Se determinaron los siguientes factores de riesgo extraídos de la literatura: edad, sexo, IMC, índices de Barthel y Pfeiffer, caídas previas, uso de ayudas para deambular, hipotensión ortostática, presencia de diferentes enfermedades (10), número de fármacos habituales y toma de determinados fármacos (15). A lo largo del periodo de seguimiento (9 meses) las enfermeras responsables registraron las caídas producidas. Para valorar la relación entre caídas y factores de riesgo considerados se realizó análisis bivariante y análisis de regresión logística.

Resultados. Se incluyeron 203 internos. La edad media (DE) fue 80,1 (9,1) años, siendo varones el 37,9%. Sufrieron caídas 68 individuos (33,5%). El análisis bivariante demostró relación significativa con edad, IMC, uso de ayudas para deambular, diagnósticos de demencia, delirio en el mes previo, déficit visual y trastorno depresivo y toma de fármacos antidepressivos. La regresión logística mostró relación con presencia de delirio en el mes previo (OR: 1,2; IC95%: 1,1-1,9; p < 0,01) y uso de fármacos antidepressivos (OR: 1,7; IC95%: 1,3-2,5; p = 0,01).

Conclusiones. Entre los factores analizados, sólo el delirio en el mes previo y el uso de fármacos antidepressivos se relacionaron con la aparición de caídas en ancianos institucionalizados.

P48 ¿POR QUÉ HEMOS DE DERIVAR? SEGUIMIENTO DE PACIENTES REMITIDOS DESDE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA A UNA CONSULTA DE UNIDAD DE PACIENTES CON PLURIPATOLOGÍA (UPPAMI) Y ANÁLISIS COMPARATIVO EN FUNCIÓN DE EDAD

E. Quiros Navas, M. Castro Arias, V. García Lorenzo, S. Mateo Álvarez y R. Franco Sánchez-Horneros

Hospital 12 de Octubre, CS Calesas, CS Guayaba, CS Los Ángeles. Madrid. Madrid.
Correo electrónico: quiros_navas@yahoo.com

Objetivos. Analizar motivos de derivación en pacientes remitidos a consultas UPPAMI desde Atención Primaria (AP).

Tipo de estudio. Estudio retrospectivo descriptivo. Se utilizó la base de datos Filemaker.Pro y análisis estadístico con R-Sigma.

Ámbito de estudio. Centros de Salud del Área 11 en coordinación con UPPAMI. *Sujetos.* Pacientes de consultas UPPAMI, en los años 2005-06.

Mediciones e intervenciones. Se recogieron edad, sexo, hábitos tóxicos, factores de riesgo cardiovascular, tratamiento, alergias, antecedentes, motivo de derivación, pruebas de imagen, diagnóstico y destino al alta, número de consultas y necesidad de hospital de día; diferenciando dos grupos por edad, menores y mayores de 66 años.

Resultados. De 540 pacientes se incluyeron 402:256 mayores/iguales a 66 años(media:75.6)y 146 menores de 66 años(media:46.65);sin diferencias reseñables de sexo y hábitos tóxicos. En ambos grupos la mayoría de pacientes fueron remitidos con finalidad diagnóstica. Los mayores de 66 años presentan mayor proporción de factores de riesgo, consultas (3.1vs1.9) y pruebas diagnósticas; TAC fue la prueba más indicada. Se observó predominio de patología respiratoria y digestiva en menores de 66 años frente a pluripatología en el otro grupo. El seguimiento posterior de la mayoría de los pacientes (60%) fue realizado por médico de AP.

Conclusiones. La mayoría de pacientes son derivados con finalidad diagnóstica. Mayor incidencia de pluripatología en mayores de 66 años. Predominio de patología respiratoria y digestiva en menores de 66 años. La prueba más solicitada fue TAC, seguida de ecografía en menores de 66 años y endoscopia en mayores de 66 años. La inclusión de Centros de AP en el Programa de Coordinación permite agilizar el diagnóstico y tratamiento definitivos.

P49 DETERIORO COGNITIVO DEL ANCIANO. DETECCIÓN Y DISTRIBUCIÓN POR ETIOLOGÍAS

J. Bernad Suárez, J. Gerhard Pérez, A. Vázquez Durán, C. Viñes Silva, C. Santamaría Colomer y L. Bernad Marín

CAP Dr. Masriera. Vilassar de Mar. Cataluña.

Correo electrónico: jesusbernadsuarez@camfic.org

Objetivos. 1: Detección de los pacientes con Deterioro Cognitivo (DC). 2: Valoración de la frecuencia de las distintas etiologías. 3: Asociación DC y pacientes en programa de Atención Domiciliaria (ATDOM).

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. CAP semiurbano.

Sujetos. Población mayor de 70 años ambos sexos. Cohorte pacientes adscritos a programa atención domiciliaria (ATDOM).

Mediciones e intervenciones. Registro de pacientes de la historia clínica electrónica (e-cap). Tests de Minimental, Escalas GDS-FAST, Barthel y Lawton&Brody. Etiologías valoradas (CIE 10): enfermedad Alzheimer (G30.F00), Demencia vascular (F01), Demencia no especificada (F03) y Trastornos de la memoria (I831).

Resultados. Sobre una población de 4.070 personas mayores de 70 años, se distribuyen por sexos: mujeres 2.529 (62,14%), hombres 1.541 (37,86%). Pacientes ATDOM = 195, 139 mujeres (71,28%); 56 en hombres (28,72%). Porcentaje ATDOM en población general = 4,79% (5,49% en mujeres-3,63% hombres). Prevalencia DC en población > 70 años = 2,6 (3,28 mujeres y 1,49 hombres). Porcentaje por etiologías: Alzheimer 50,94% (56,63 en mujeres/30,43 en hombres), vascular 33,96% (30,12 mujeres/47,83% en hombres), no especificada 13,20% (12,04 en mujeres/17,39 en hombres), trastornos memoria 1,89% (1,20 en mujeres/4,35 en hombres). La asociación entre ATDOM/DC es del 24,10% (17,39% en mujeres y 22,64% en hombres).

Conclusiones. 1. La prevalencia de DC en nuestro medio es menor que la esperada, posiblemente por un escaso registro de diagnósticos de casos. 2. La prevalencia es significativamente mayor en mujeres que en hombres. 3. La distribución por etiologías se ajusta a lo esperado por otros trabajos. 4. La distribución por sexos varía. El Alzheimer es predominante en mujeres, mientras que en hombres prima el factor vascular. 5. La asociación de ATDOM y DC no es significativa.

P50 AFECTACIÓN RENAL DEL ANCIANO DIABÉTICO

E. De La Torre Merinero, I. Jiménez Martínez, B. Romero Otero, I. Fernández Fernández, J. Llobera Cànaves y J. Pou Bordoy

Centro de Salud Urbano Docente. Palma de Mallorca. Illes Balears.

Correo electrónico: empiezapor@yahoo.es

Objetivos. Describir el deterioro a largo plazo de la función renal de pacientes ancianos diabéticos.

Tipo de estudio. Descriptivo con información secundaria de la historia clínica de atención primaria.

Ámbito de estudio. Centro de salud urbano docente.

Sujetos. De 1.897 > 70 años adscritos a 8 cupos se seleccionaron los diabéticos visitados entre 2004-2006.

Mediciones e intervenciones. Personales; tensión arterial; Diabetes: tiempo evolución, HbA1c; Función renal: creatinina, filtrado glomerular (FG) calculado mediante MDRD-4 y clasificado por las guías K/DOQI 2002 de National Kidney Foundation.

Resultados. Identificados 349 diabéticos: prevalencia diagnosticada = 18,4% (intervalo de confianza 95%: 16,7-20,2%); media de edad: 77,8 años, el 60,2% mujeres. Tiempo medio de evolución diabetes: 12,6 años (P25 = 6-P75 = 19 años). Constaba FG en 309 pacientes, de ellos: 7,1% tenían valores normales, 51,5% afectación leve, 36,9% moderada y 4,5% grave. Sin diferencias de edad ($p = 0,412$) entre grados de afectación, en cambio la afectación del FG se relacionó con mayor tiempo de evolución ($p = 0,005$). La HbA1c promedio en aquellos con afectación moderada era de 8 mg/dl y de 6,8 mg/dl entre los que tenían el FG normal o levemente afectado. El 80,5% eran hipertensos. El 27,4% tenían medias sistólicas < 130 y un 75,1% diastólicas < 80 mmHg. Con afectación moderada o grave del FG se encontraron más hipertensos ($p = 0,01$).

Conclusiones. Sorprende que a pesar de condiciones "adversas" en la mayoría (largo tiempo de evolución, riesgo cardiovascular no controlado y un control metabólico inadecuado), sólo un tercio de los diabéticos de edad avanzada tuvo afectación renal con alteración moderada del FG y alteración grave en uno de cada veinte.

P51 ¿PUEDEN APRENDER DIETA NUESTROS MAYORES?

S. Sánchez Villacampa, C. Celdrán Campo, E. Jiménez Santana, F. Anguera Cugat, M. Álvarez Martínez y S. Sánchez Fibla

ABS La Riera. Badalona. Cataluña.

Correo electrónico: ssvillacampa@bsa.gs

Objetivos. Analizar los conocimientos adquiridos sobre dieta equilibrada, a través de la realización de talleres educativos impartidos por enfermeras, en hogares de jubilados, a petición de los mismos.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Dos hogares de jubilados de una Área Básica de Salud urbana.

Sujetos. Participantes voluntarios asistentes al taller educativo y que respondieron al cuestionario.

Mediciones e intervenciones. Variables de estudio: sexo, edad, nivel de estudios, enfermedades crónicas y respuesta a un cuestionario elaborado al efecto antes y después de la realización del taller.

Resultados. Participaron y respondieron el cuestionario 68 personas; 66,6% mujeres, edad media de 76 años en hombres y 75 años en mujeres; nivel de estudios: 77,2% estudios primarios, 20,3% secundarios y 2,5% universitarios; enfermedades crónicas: 28,9% diabéticos, 54,4% hipertensos, 32,5% dislipémicos, 48,8% obesos y 18,3% otras; 61,5% casados. Los conocimientos previos al taller fueron en un 44,5% insuficientes, 53,3% suficientes y 2,2% excelentes; los posteriores fueron 4,4% insuficientes, 56,6% suficientes y 39% excelentes, destacando los mayores conocimientos referidos por las mujeres diabéticas: previos de 13,3% excelentes y 86,6% suficientes y posteriores de 80% excelentes y 20% suficientes.

Conclusiones. Los talleres educativos mejoran los conocimientos sobre dieta equilibrada en personas mayores. Las mujeres diabéticas son las que poseen mayores conocimientos debido a la educación recibida en las consultas. A raíz de esta experiencia han surgido nuevos talleres educativos sobre diversas patologías prevalentes en atención primaria.

P52 INTERVENCIÓN MULTIFACTORIAL UNIDISCIPLINAR PARA REDUCIR CAÍDAS EN ANCIANOS ATENDIDOS EN CONSULTA MÉDICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

C. Molina Guasch, N. Montellà Jordana, J. Montero Alía, E. Fernández Pérez, A. Ferrer Romà y A. Giraudo

EAP Mataró 7-Ronda Prim. Mataró. Cataluña.

Correo electrónico: 31297jma@comb.es

Objetivos. Reducir la incidencia de caídas al año de seguimiento en mujeres > 65 años con una intervención en la consulta de atención primaria accesible a cualquier facultativo.

Tipo de estudio. Estudio de intervención antes-después.

Ámbito de estudio. Atención primaria.

Sujetos. Mujeres > 65 años atendidas entre oct-2005 y marzo-2006. Exclusiones: ATDOM e institucionalizadas.

Mediciones e intervenciones. Variables: edad, factores de riesgo para caídas y caídas el último año al inicio y al año de seguimiento. Intervención para reducir número de fármacos, psicotropos y corregir déficits visuales. Comparación de la incidencia acumulada de caídas al inicio y al final del estudio. **Resultados.** Iniciaron el estudio 84 mujeres y lo finalizaron 77 (92%), edad = 75,8 años (DE ± 5,83). Incidencia de caídas/año: 26,2% al inicio y 43,8% en el 2007 (p = 0,01). El porcentaje de mujeres con algún factor de riesgo pasó de 88,1% a 96,2%, sin diferencias significativas (p = 0,06). Se redujo la polifarmacia del 75% al 71% (p = 0,601) pero no hubo cambios en los psicotropos. Los tests de equilibrio empeoraron: el Tinetti un 13,1% mujeres y el Timed Up&Go un 29,9%. Se intervinieron 4 pacientes de cataratas y en 6 se mejoró la agudeza visual, por lo que las mujeres con déficits visuales disminuyeron de un 45% a un 33% (p = 0,25). **Conclusiones.** A pesar de la intervención, la incidencia de caídas ha aumentado. Como no se han conseguido cambios significativos para reducir los factores de riesgo, el mayor número de caídas se podría atribuir, entre otros, a efectos de la edad y a que hasta la fecha sólo las intervenciones multidisciplinares han conseguido reducir la incidencia.

P53 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS RESPONSABLES HIGIÉNICO-SANITARIOS DE LAS RESIDENCIAS SOCIALES CON LOS SERVICIOS QUE PRESTA LA UNIDAD GERIÁTRICA DE UN CENTRO DE SALUD

C. Mayer Piulachs, R. Torres Allepuz, X. Sibera Areste, R. Estébanez Taberner y M. Aballí Acosta

Centro de Atención Primaria Larrard. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: rmtorres@caplarrard.net

Objetivos. Evaluar el nivel de satisfacción de los responsables higiénico-sanitarios de las residencias sociales (RS) con los servicios que presta la Unidad Geriátrica (UG) de un Centro de Salud.

Tipo de estudio. Encuesta cualitativa de tipo transversal auto-contestada. **Ámbito de estudio.** Dos áreas básicas de salud urbanas.

Sujetos. 22 responsables higiénicos sanitarios de las residencias sociales de la zona. **Mediciones e intervenciones.** 10 preguntas categorizadas cerradas, algunas con posibilidad de comentarios, relacionadas con los circuitos y temporización de las entregas de recursos, relación interprofesional, recomendaciones sanitarias y propuestas de gestión.

Resultados. 16 encuestas (tasa respuesta 72,7%). Intervención inmediata de la UG en solicitudes urgentes en el 81,25%, cumplimiento temporización de los circuitos en un 50% de los casos. Apoyo y soporte en casos complejos solicitado en un 50% de casos, recibido en un 87,5% de ellos. Recomendaciones sanitarias de utilidad para el paciente en un 81,25%. Trato cordial y respetuoso en el 100%. Se consideran oportunas las visitas programadas de usuarios de las RS al CS en un 37,5%, y en un 43,75% la domiciliarias (usuarios dependientes). El 63% estaban de acuerdo con el modelo establecido, el resto preferían modelos alternativos.

Conclusiones. El modelo de gestión propuesto es el más escogido. La solicitud de apoyo y soporte en casos complejos se produce en un 50%. Se consideran oportunas en casi el 45% las visitas programadas y domiciliarias a residentes, el resto quedaría cubierto por el personal sanitario de la residencia.

Sesión 6

Jueves, 8 de noviembre - 16.30-17.30 h

Atención al anciano (II)

P54 PERFIL DEL PACIENTE CENTENARIO ATENDIDO EN URGENCIAS

E. Guiu Barraquán, C. Navarro Abbad, A. Gómez Gómez, M. Solé Valls, X. Frías Garrido y C. Burgos Díez

Servicio de Urgencias de Hospital Municipal de Badalona. CAP Apenins-Montigalá, Badalona. Badalona. Cataluña.
Correo electrónico: willlarejo@bsa.gas

Objetivos. Análisis de la morbilidad y factores asociados en pacientes centenarios atendidos en urgencias.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo retrospectivo transversal.

Ámbito de estudio. Pacientes de cien o más años atendidos en el servicio de urgencias de un hospital comarcal de área urbana en el periodo 2001-2006, población de referencia de 220.000 habitantes. Información recogida de la base de datos informatizada del hospital.

Sujetos. Se realizaron 75 visitas a 43 pacientes diferentes. La proporción de mujeres fue del 86%. El 48,8% de los pacientes se visitó en más de una ocasión.

Mediciones e intervenciones. Variables analizadas: sexo, antecedentes, motivo de consulta, diagnóstico, frecuentación, ingresos y mortalidad.

Resultados. Los factores de riesgo cardiovascular (53,5%), cardiopatías (41,9%), fracturas (23,3%), broncopatía crónica (16,3%), ictus y/o deterioro cognitivo (13,9%). Los motivos de consulta más frecuentes fueron disnea (24%), traumatismos (20%) y deterioro del estado general (17%); siendo los diagnósticos más objetivados, infección respiratoria (22,6%), traumatismo leve (16%) y cardiopatía (14,6%). Ingresaron el 34,66% de las consultas, con una mortalidad del 9,33% (7 exitus).

Conclusiones. Los pacientes centenarios que acudieron a urgencias fueron en mayor proporción mujeres. El antecedente de ictus y deterioro cognitivo es escaso para lo esperado por la edad. Consultan con mayor frecuencia por disnea e infección respiratoria. Tienen un elevado porcentaje de frecuentación, ingresos y mortalidad.

P55 CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS TRAS UNA CHARLA SOBRE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

M. Muntané Rodríguez, V. Serrano Borrás, A. Santiveri Villuendas, M. Guxens Junyent, I. Herrera Solsona y R. Torres Allepuz

CAP Larrard. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: vserranob@gmail.com

Objetivos. Evaluar la efectividad de una charla sobre envejecimiento saludable comparando conocimientos previos con adquiridos.

Tipo de estudio. Estudio longitudinal de intervención.

Ámbito de estudio. CAP urbano.

Sujetos. Pacientes > 60 años que confirmaron asistencia tras convocatoria telefónica y contestaron las encuestas pre/postcharla. Muestra n = 75.

Mediciones e intervenciones. Encuesta autoadministrada sobre conocimientos de salud pre-charla. Ésta fue de 1h30 de duración. Al finalizar se repitió la encuesta para evaluar los conocimientos adquiridos.

Resultados. Mejoran los conocimientos sobre higiene dental (49,3% pre, 85,1% post, p > 0,001), sobre el número apropiado de comidas diarias (63,4% pre, 81,2% post, p 0,019), sobre cómo detectar problemas de visión cercana (72,9% pre, 90,7% post, p 0,018) y sobre la relación tabaco-HTA (67,8% pre, 89,9% post, p < 0,002). El 100% pre y postcharla cree que hacer ejercicio es bueno para la salud, que es importante compartir el tiempo libre con amigos y que no es adecuado automedicarse. El 91,3% opina previamente que en caso de presentar un trastorno del ánimo debería acudir al médico (98,5% post, p 0,116) y el 94% opina que los accidentes son evitables (98,6% post, p 0,199). En el resto de ítems referente a accidentes, control de presión arterial, vacunaciones, tabaco y prevención de cáncer, se percibieron mejoras pero no estadísticamente significativas.

Conclusiones. Dada la amplia implementación de las actividades preventivas en las consultas de primaria y el tipo de población del estudio (nivel socioeconómico y cultural medio/alto), el grado de conocimientos de salud previo a la charla era elevado. Por tanto, sólo mejoran significativamente aquellos temas que suelen abordarse de forma oportunista. Sin embargo, estos conocimientos no implican necesariamente unos estilos de vida saludables.

P56 HÁBITOS DE SALUD EN MAYORES DE 60 AÑOS DE UN CENTRO DE SALUD URBANO

A. Santiveri Villuendas, C. Zamora López, M. Franquesa Ibáñez, M. Guxens Junyent, M. Muntané Rodríguez y M. Rus Fernández

Centro de Atención Primaria Larrard. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: asantiveri@caplarrard.net

Objetivos. Describir y evaluar los hábitos de una muestra de mayores de 60 años en un Centro de Atención Primaria urbano entre febrero y marzo 2007.

Tipo de estudio. Estudio transversal descriptivo.

Ámbito de estudio. Dos áreas básicas de salud urbanas.

Sujetos. 91 participantes.

Mediciones e intervenciones. Se realiza una encuesta previa a una charla "Envejecimiento Saludable", donde se evalúan las diferentes variables: 1ª Edad, 2ª Salud buco-dental, 3ª Agudeza visual, 4ª Trastorno auditivo, 5ª Apoyo afectivo/personal, 6ª Alimentación, 7ª Actividad física, 8ª Medicamentos, 9ª Características domiciliarias, 10ª Estado de salud 11ª Vacunas, 12ª Estado anímico.

Resultados. 1ª- Hombres n = 26; mujeres n = 65; Rango 61-85 años. 2ª- El 94,5% se cepillan los dientes al menos 1 vez/día. 3ª- El 75% acudieron al menos 1 vez en el último año a oftalmología. 4ª- De los asistentes, 30 refieren trastornos auditivos de los cuales 4 lo solucionan con audífonos y 21 no lo solucionan bien por no recomendación médica o por el alto coste económico. 5ª- El 97,8% mantienen su red social. 6ª- El 75% hacen al menos 3 comidas/día. 7ª- El 93,3% hacen ejercicio como mínimo 1vez/semana. 8ª- El 90,8% refiere tomar algún fármaco. El 94,9% recomendado por el Médico/Especialista. 9ª- El 50% tienen agarraderos en la ducha/baño. El 70% antideslizantes. 10ª- La prevalencia de diabetes mellitus II en la muestra es del 7,7%. 11ª- 67% están vacunados contra el tétanos; 4,92% contra la neumonía; 79,8% contra la gripe este invierno. 12ª- El 85,7% están satisfechos con su vida.

Conclusiones. Los encuestados tienen buenos hábitos de salud (salud buco-dental, apoyo afectivo/personal, actividad física...) Los diabéticos tipo II siguen la prevalencia de la población general. Se detecta que los problemas de audición no se solucionan debido al coste elevado (audífonos) o por no ser recomendado por el médico. Las charlas han servido para reforzar los hábitos que ya tenían los asistentes.

P57 VARIACIONES DEL POTASIO EN NUESTRA POBLACIÓN ANCIANA

D. Mestre Querol, S. Veiga Sánchez, B. Allende, R. Navarro, L. Rodríguez y F. Borrell

ABS Gavarra. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: deliamestre@yahoo.es

Objetivos. El objetivo de este trabajo es determinar el porcentaje de pacientes mayores de 75 años con niveles anormales de potasio y conocer sus características.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. 12.637 pacientes > 75 años atendidos en 9 centros de atención primaria con una población de referencia de 175.000 habitantes.

Sujetos. 1.198 pacientes > 75 años con una determinación de potasio entre mayo-junio del 2006 y pautada de forma crónica medicación que altera el potasio.

Mediciones e intervenciones. Variables sociodemográficas (edad, sexo); potasio en umol/l (normal 3,5-4,5, hipopotasemia < 3,5, hiperpotasemia leve 4,5-5, moderada 5-5,5 y grave > 5,5); creatinina en mg/dl (normal entre 72-106 hombres y 44-80 mujeres). Explotación de los datos con el paquete estadístico SPSS con intervalos de confianza y diferencias significativas mediante χ^2 .

Resultados. De los 1.198 pacientes, 679 presentan hiperpotasemia (56,7%) y 11 hipopotasemia (0,9%). De los 679 pacientes con hiperpotasemia, 488 (40,7%) es leve, 159 (13,3%) es moderada y 32 (2,7%) es grave. De los pacientes con creatinina alta, 68,5% tienen el potasio elevado. De los pacientes con hiperpotasemia, sólo el 12,5% tienen la creatinina elevada.

Conclusiones. Existe un porcentaje elevado de hiperpotasemia y un porcentaje poco relevante de hipopotasemia. El 51% de pacientes con el potasio elevado tienen creatininas normales. La mayoría de los pacientes con el potasio alto se clasifican en hiperpotasemia leve (40,7%) Sólo el 2,7% del total tienen el potasio > 5,5 umol/l. Hemos encontrado un alto porcentaje de hiperpotasemia en pacientes > 75 años. Se debe realizar un control más preciso de esta población.

P58 FRAGILIDAD, SALUD PERCIBIDA, ESTILOS DE VIDA Y CONFINAMIENTO O MUERTE EN EL ANCIANO

F. Orfila Pernas, E. Sitjas Molina, E. Castell Fríguls, M. Fuentes Pérez, L. Carrés Esteve y M. Garrofé Amorós

SAP Muntanya, CAP Maragall, CAP Santa Coloma, CAP Florida Sud, CAP Ronda. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: forfila.pbcn@ics.scs.es

Objetivos. Estudiar la asociación entre la autopercepción de la salud, fragilidad y estilos de vida con el desenlace de confinamiento o mortalidad en el anciano.

Tipo de estudio. Estudio longitudinal prospectivo con un seguimiento de dos años.

Ámbito de estudio. Atención Primaria.

Sujetos. Muestra aleatoria de 691 mayores de 70, asignados a centros de salud.

Mediciones e intervenciones. Salud percibida: pregunta "en general, usted diría que su salud es: excelente, muy buena, buena, regular o mala". Fragilidad evaluada mediante: visión, audición, incontinencia, ingresos, caídas, funcional, movilidad, cognitiva, afectiva, social, polifarmacia y nutrición. Comorbilidad. Tabaco, ejercicio físico. Confinamiento (institución o casa) y mortalidad evaluada a los dos años.

Resultados. 56% mujeres. Edad 76,7 (DE4,7). Un 8,5% percibían su salud como mala, asociándose significativamente en el análisis bivariado a sedentarismo, mala visión, incontinencia, caídas, depresión, movilidad, estado funcional y comorbilidad. Tasa de eventos de 9,6% a los 2 años (mortalidad 5,7%, confinamiento 3,9%), asociándose a mala salud percibida, incontinencia, ingresos, funcional, movilidad, cognitiva, polifarmacia y sedentarismo. El análisis multivariante con variable dependiente los eventos, e independientes edad, sexo, salud percibida, tabaco, ejercicio, morbilidad y dimensiones de fragilidad, mostró que la mala salud percibida era la principal variable predictora de eventos, junto con los ingresos hospitalarios, y seguida del estado funcional y actividad física.

Conclusiones. La mala salud percibida se asocia con la mortalidad y la pérdida de autonomía independientemente de la edad y del estado de salud medido por la morbilidad o las dimensiones de fragilidad, siendo una información de muy fácil obtención en la consulta de atención primaria. Financiación: FIS(PI031655).

P59 ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS VISUALES EN EL ANCIANO Y RELACIÓN CON LAS RECOMENDACIONES DEL PAPPS

M. Sarlat Ribas, M. Fuentes Rianza, A. Gaspar Lasanta, S. Moreno Gutiérrez y E. Raidó Quintana

ABS Magòria Bordeta. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: sarlatribas@yahoo.es

Objetivos. Evaluar los trastornos visuales que padecen los ancianos y el seguimiento que se realiza en función de las recomendaciones preventivas y de promoción de la salud (PAPPS).

Tipo de estudio. Estudio descriptivo.

Ámbito de estudio. Atención primaria.

Sujetos. Pacientes mayores de 65 años que acudieron a consulta a lo largo de diez días lectivos.

Mediciones e intervenciones. Cumplimentación de un protocolo de elaboración propia, por tres médicos de familia, recogiendo los siguientes datos: Edad (> 65 años), sexo, constancia de patología ocular en historia informática, tipo de patología (miopía, hipermetropía, astigmatismo, glaucoma, diabetes mellitus, otras), tiempo desde última revisión (expresada en años), revisión a cargo del sistema público/privado.

Resultados. Se estudiaron 138 casos, edad media 80 años, amplitud 65-97 años, 57% mujeres. En el 71% no constaba patología en historial. Las patologías más registradas fueron miopía e hipermetropía, mientras que entre los casos no registrados las cataratas. La mayoría de pacientes (61%) se han revisado en el último año, llegando al 90% en afectos de glaucoma o diabetes. Las revisiones se realizaron preferentemente en el servicio público (53%). Los pacientes que no cumplían recomendaciones PAPPS se les practicaron consejo preventivo y derivación a oftalmología.

Conclusiones. La patología ocular en el anciano esta infraregistrada. Las patologías más prevalentes son la miopía hipermetropía y cataratas. Los pacientes con diabetes y glaucoma presentan un grado de revisión alto. las revisiones se realizan mayoritariamente en el sistema público.

P60 ANÁLISIS MULTIVARIANTE PARA LA PREDICCIÓN DE CAÍDAS EN ANCIANOS ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. Montero Alía, M. Jiménez González, G. Pera, M. Rodríguez Álvarez, E. Zurilla Leonarte y R. Miralles Basseda

EAP Ronda Prim (Mataró); EAP Premià de Mar; EAP Canet de Mar; EAP Masnou. Maresme (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: 31297jma@comb.es

Objetivos. Conocer la utilidad de los test Timed up&Go (TU&G), estación Unipodal y Tinetti para predecir caídas en mayores de 65 años residentes en la comunidad.

Tipo de estudio. Cohortes prospectivo multicéntrico.

Ámbito de estudio. Semirural.

Sujetos. 555 pacientes > 65 a visitados en los centros de salud durante 2004. Excluidos institucionalizados y domiciliarios.

Mediciones e intervenciones. Se recogieron variables sociodemográficas, factores de riesgo (FR) para caídas y la realización de los tests. Seguimiento de 12 meses. Control telefónico cada cuatrimestre. Se relacionó la incidencia de caídas con los FR, ajustados mutuamente entre sí, mediante un modelo de regresión binomial negativa multivariante. Se escogió el mejor modelo utilizando el índice de información de Akaike (AIC).

Resultados. Incidencia caídas: 41,17 #x 100 personas-año. 57,3% mujeres. Edad media: 74,7. Las variables que se relacionaron de forma estadísticamente significativa con un mayor riesgo de caídas fueron: -ser mujer (razón de tasas de incidencia (IRR) = 2,15, IC95%: 1,49-3,09), -caída previa (IRR = 2,17, IC95%: 1,56-3,00), -bastón (IRR = 1,60, IC95%: 1,06-2,43) y -antidepresivos (IRR = 1,65, IC95%: 1,10-2,46). El TU&G perdió la significación estadística que tenía en el modelo univariado al introducir esas variables en el modelo (IRR = 1,02 por cada segundo, IC95% = 0,99-1,05). Cuando reemplazamos el TU&G por el Test Unipodal, los resultados no variaron. El test de Tinetti fue estadísticamente significativo (pero sólo el apartado de equilibrio del test (IRR = 0,92 por cada punto de aumento en el test, IC95% = 0,86-0,98) y no el de la marcha).

Conclusiones. El peso de los factores de riesgo (mujer, caídas previas, llevar bastón y tomar antidepresivos) supera la capacidad predictiva de los tests para predecir caídas en atención primaria.

P61 PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS INADECUADOS EN PACIENTES ANCIANOS INMOVILIZADOS

M. Markthaler, M. Martín Mesa, S. Quintana Arroyo, H. Martín Mendaz, M. García Marrero y F. Cuevas Fernández

CS Baranco Grande, Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria Tenerife I. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias.

Correo electrónico: rgarciana@medynet.com

Objetivos. Los ancianos, especialmente los inmovilizados, por su pluripatología, tienen un mayor riesgo de polifarmacia e iatrogenia. La prescripción de fármacos inadecuados, produce un aumento de efectos adversos con un incremento de la morbimortalidad. Objetivo: estudiar la prescripción de fármacos potencialmente inadecuados (FPI) en ancianos inmovilizados.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Centro de Salud urbano.

Sujetos. Todos los pacientes > 65 años incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria (n = 147).

Mediciones e intervenciones. Se recogieron variables sociodemográficas, índice de Katz, comorbilidad (Charlson), fármacos prescritos (número, principio activo, médico prescriptor y FPI según criterios de Beers) desde noviembre 2006 hasta abril 2007. Análisis bivariante: consumo de FPI como variable principal buscando asociación con el resto de variables.

Resultados. Edad media 81,1 ± 8,2 años, 62,6% mujeres, 27,9% nivel socioeconómico bajo, 36,7% analfabetos, 55,8% índice de Katz > E, Charlson 2,88 ± 1,8 (52,4% diabetes, 51% dislipemia, 73,5% hipertensión, 21,8% cardiopatía isquémica, 27,9% ictus, 22,4% insuficiencia cardiaca, 32,7% demencia, 15% depresión, 24,5% EPOC/asma), 95,9% > 4 fármacos (36,1% FPI; 59,3% FPI prescritos por médico de familia). FPI más prescritos: benzodicepinas de vida larga 20,3%; anti-H1, AINEs de vida larga y calcioantagonistas en pacientes con estreñimiento 10,9%, doxazosina 7,8%; flurazepam y digoxina a dosis altas 4,7%; amitriptilina y ticlopidina 3,1%. Análisis bivariante: sólo aparecieron diferencias estadísticamente significativas para consumo de FPI en número de fármacos, dislipemia, obesidad y estreñimiento.

Conclusiones. En un escenario de alta prescripción de FPI, los médicos de familia debemos extender la meticulosidad detectada ante algunas enfermedades al conjunto de los pacientes.

Sesión 7

Jueves, 8 de noviembre - 18.00-19.00 h

Atención al cuidador

P62 ESTATUS DEL CUIDADOR DE NUESTROS PACIENTES CRÓNICOS

O. Ochoa Gondar, N. Melich Teruel, F. Grifoll Ruiz, E. Ruiz Morcillo, J. Valldosera Santo y M. Miralles Castella

ABS Sant Pere i Sant Pau. Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: olgaichoagondar@wanadoo.es

Objetivos. Medir el impacto de cuidar sobre la calidad de vida o la presencia de síntomas psicopatológicos para poder discriminar a las personas con mayor riesgo o mayores necesidades y disponer de un predictor de institucionalización.

Tipo de estudio. Estudio observacional-transversal.

Ámbito de estudio. Área Básica de Salud Urbana.

Sujetos. Se reclutaron aleatoriamente 62 personas con criterio de cuidador entre individuos que atendían a pacientes con diagnóstico de ATDOM de nuestra Área Básica.

Mediciones e intervenciones. Como instrumento de medida se utilizó la Escala de Zarit validada que se administró a los cuidadores por personal de enfermería.

Resultados. 81% mujeres y 19% hombres, edad media 66,16 (DE 12,07). Todos tenían relación parental con el paciente siendo más frecuentes hija (45,2%) y esposa (29%). No presentaron sobrecarga (NS) 57%, sobrecarga media (SM) 32% y sobrecarga intensa (SI) 11%. En el caso de cuidador masculino: 66,7% NS; 25% SM y 8,3% SI; cuidador femenino 54% NS, 34% SM y 12% SI (p = 0,729). Si eran convivientes 14% SI, si vivían independientemente 5,3% SI.

Conclusiones. El perfil de cuidador se sigue manteniendo como tradicionalmente: un porcentaje más alto de mujeres y con mayor parentesco. La mayoría de cuidadores no presentaron sobrecarga o era media (coincidiendo con la apreciación personal del cuidador). Nuestros resultados apuntan a que la convivencia aumenta el sentimiento de sobrecarga y que estamos ante una población con claudicación moderada del cuidador con poca necesidad de institucionalización.

P63 NUESTROS CUIDADORES ¿LES AYUDAMOS LO SUFICIENTE?

M. Domingo Nieto, A. De La Vega Olmeda, L. García Sánchez-Molina, I. García-Heras Carretero, D. Peñalva Merino y J. Ruíz Giménez Aguilar

Vicente Soldevilla. Madrid. Madrid.

Correo electrónico: neni_gh@hotmail.com

Objetivos. Conocer las características demográficas, sociales, y motivacionales de los cuidadores de inmovilizados, sus necesidades formativas y las ayudas recibidas y cómo estos factores influyen en la sobrecarga del cuidador.

Tipo de estudio. Observacional descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Centro de Atención Primaria.

Sujetos. Cuidadores principales de sujetos inmovilizados y terminales.

Mediciones e intervenciones. Análisis estadístico de frecuencias, medidas de dispersión y tendencia central, para contrastar hipótesis y análisis bivariante: test Chi-cuadrado.

Resultados. Características del cuidador (n = 74): 71,6% son mujeres, de media de edad 68,47 años, llevan una media de 7,31 años ayudando. 81,1% cuentan con el reconocimiento familiar. Su relación con el enfermo es en 48,1% de gran afecto y 41,9% normal. 44,6% cuidan por amor y 32,4% por obligación. Reciben ayuda de los Servicios Sanitarios 51,4% y de los Servicios Sociales 41,9%. El nivel de sobrecarga (test de Zarit) es: No sobrecarga: 37 (50%), leve: 12 (16,2%) e intensa: 25 (33,8%); A mayor sobrecarga, menor edad del cuidador, mayor nivel de estudios, mayor necesidad de cuidados, menor ayuda recibida, mayor necesidad de formación y percibir el cuidado como una obligación.

Conclusiones. El cuidado de nuestros inmovilizados recae en mujeres de la tercera edad, de bajo nivel cultural y económico. La mayoría cuenta con la ayuda y el reconocimiento por parte de otros familiares, y se sienten apoyados por parte del Sistema Sanitario, aunque les resulta insuficiente

Sienten falta de formación específica en el cuidado. La mayoría no se sienten sobrecargados con el cuidado, realizan su tarea por amor, aunque en un tercio de los casos por obligación, siendo uno de los factores que más determina la sobrecarga.

P64 CUIDADOR, ¿ESTÁS CUIDADO?

F. Grau Cercós, M. Morell Pardo, N. Farré Pagès, M. Ortiz Valls, M. Calvo Godoy y L. Pelegrí Martínez

ABS Plà d'Urgell (Mollerussa), ABS Balàfia-Pardinyes (Lleida), ABS Bordeta (Lleida), ABS CAP-Pont (Lleida), Hospital La Fe (Valencia). Cataluña. Correo electrónico: nfarre2@yahoo.es

Objetivos. 1. Describir las variables sociodemográficas y estado de salud de los cuidadores. 2. Determinar su grado de sobrecarga y su motivación. 3. Conocer los que han recibido educación sanitaria individual y si solicitan educación grupal. 4. Conocer usuarios que han recibido valoración social y ayudas percibidas.

Tipo de estudio. Estudio observacional descriptivo.

Ámbito de estudio. Periodo enero-diciembre 2006.

Sujetos. Cuidadores informales de usuarios incluidos en programa de atención domiciliaria ATDOM en área básica de salud urbana.

Mediciones e intervenciones. Estudio realizado en atención primaria mediante entrevista estructurada con cuestionarios autoadministrado, Zarit y historia clínica informatizada. Análisis estadístico: Excel.

Resultados. 72 cuidadores. El 80,5% mujeres. El 62% > 61 años. El 50% son hijos, el 36,1% cónyuges. El 79,2% con patología crónica, el 34,7% psicopatología y 12,5% déficit sensorial. El 52,8% tiene sobrecarga, intensa en el 34,7%, un 16,7% no está registrado. El 69,4% no motivado para ejercer de cuidador. 100% han recibido educación individual y ninguno cree necesario recibir más información. El 83,3% no quiere educación grupal. El 93,1% no aporta nuevas sugerencias. Un 32% no tiene realizada la valoración social y el 19,4% recibe alguna ayuda de las cuales el 71,4% son económicas y el 21,4% son ayudas técnicas.

Conclusiones. El cuidador tipo es mujer, mayor de 60 años, con patología crónica y relación de parentesco directa con el usuario. Éste presenta una elevada sobrecarga y una baja motivación. Existe una infravaloración por parte de los servicios sociales y las ayudas recibidas son escasas y principalmente económicas.

Cáncer

P65 RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PULMÓN

R. Bernal Bernal, A. León Jiménez, J. Jaén Olasolo y E. Benítez Rodríguez

CS Dr. Tolosa Latour, Chipiona. Hospital Puerta del Mar, Cádiz. Cádiz. Correo electrónico: Andaluciarober340@hotmail.com

Objetivos. Analizar las diferentes variables en el momento del diagnóstico del cáncer de pulmón. Estudiar los diferentes intervalos de tiempos hasta que se opera el paciente.

Tipo de estudio. Estudio retrospectivo.

Ámbito de estudio. Hospital.

Sujetos. 165 pacientes intervenidos desde 1995 al 2000 de Cáncer de pulmón no microcítico con intención curativa y seguimiento de 2 años.

Mediciones e intervenciones. Análisis descriptivo.

Resultados. El 95% varones. Edad media (x) 61 años y Desviación Estándar (DE) 9 años. El 94% fumadores, de los que el 55% eran fumadores activos, exfumadores el 39% y no fumadores el 6%. Neoplasia erradicada en el 16%, predominando tumores de laringe-lengua y vejiga. En el 33% el diagnóstico fue casual. Los síntomas iniciales atribuidos al tumor fueron predominantemente tos, hemoptisis y dolor torácico. La sospecha radiológica del tumor se realiza por el médico de atención primaria en el 34% de los casos. El periodo que transcurre desde el inicio de síntomas hasta la sospecha radiológica x = 60 días y mediana de 18 días. Desde la sospecha radiológica hasta la confirmación anatomopatológica x = 32 días y mediana de 20 días. Desde la sospecha radiológica hasta la intervención x = 78 días y mediana 72. Desde que se inician los síntomas hasta que el paciente se interviene x = 139 días y mediana de 102 días.

Conclusiones. La demora es excesiva. La sospecha diagnóstica en el ámbito de atención primaria debería ser mayor por tener el contacto más próximo al paciente. Es preciso establecer mecanismos que agilicen el proceso.

P66 CÁNCER DE PULMÓN, RELACIÓN ENTRE EXTENSIÓN Y SUPERVIVENCIA

R. Bernal Bernal, A. León Jiménez, J. Jaén Olasolo y E. Benítez Rodríguez

CS Dr. Tolosa Latour, Chipiona. Hospital Puerta del Mar, Cádiz. Cádiz. Correo electrónico: Andaluciarober340@hotmail.com

Objetivos. Analizar la extensión del tumor en el momento del diagnóstico y su influencia en el pronóstico: recidiva, metástasis y mortalidad.

Tipo de estudio. Estudio retrospectivo.

Ámbito de estudio. Hospital.

Sujetos. 165 pacientes intervenidos desde 1995-2000 de Cáncer de pulmón no microcítico con intención curativa y seguimiento de 2 años.

Mediciones e intervenciones. Descriptivo, Log Rank, R. Cox.

Resultados. El 95% varones. Edad media (x) 61 años, Desviación estándar (DE) 9 años. La confirmación radiológica mediante tomografía axial computerizada reflejó que el tumor tenía una x de 4,6 centímetros con intervalo de confianza (IC) 95% (3,7-5,5). Aparece recidiva local en el 21%, metástasis en el 28% y alguno de los dos procesos en el 36%. Fallece el 47,9% por el tumor. El componente T predominante (63%) fue T2, tumores mayores de 3 centímetros, así como estadios IIB-III A (44%). La recidiva aumenta paralelamente al estadio T (p = 0,04) y se duplica al incrementar el factor N (p = 0,004). El tamaño del tumor influye en la aparición de metástasis (p = 0,03) y cuando mide entre 30-60 milímetros el riesgo relativo de metástasis se incrementa por 2,5 (p = 0,01) y el riesgo de metástasis se duplica al incrementarse el factor N (p = 0,002). Se demuestra relación entre el tamaño del tumor y la mortalidad (p = 0,03). La supervivencia disminuye (p = 0,0002) conforme aumenta el estadio T. El riesgo de mortalidad se duplica paralelamente al estadio N (p = 0,0000).

Conclusiones. Es preciso estar alerta en pacientes de riesgo y reforzar el estudio radiológico ya que del diagnóstico en estadios iniciales dependerá la evolución.

P67 CUIDADOS PALIATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

R. Rubio Cavero, D. Ibáñez Muñoz, C. Chárlez Millán, M. Moreno

García, I. Andrés Bergareche y L. Luzón Oliver

CS San Pablo-HMS de Zaragoza. Zaragoza. Aragón. Correo electrónico: ruthruca@yahoo.es

Objetivos. Aprender el manejo en cuidados paliativos en atención primaria. Manejo adecuado de la escala analgésica O.M.S. Tratar en domicilio síntomas físicos. Instruir en el tema a los cuidadores de los pacientes ante urgencias domiciliarias. Ayudar a sobrellevar duelo. Trabajar en colaboración con instituciones fuera de primaria.

Descripción. Mi experiencia consistió en rotar con el E.S.A.D de Zaragoza compuesto por personal especializado en cuidado de pacientes paliativos en domicilio. La estructura de la unidad incluía primeras visitas, tratamiento de síntomas agudos, revisiones semanales o quinquenales en función de las necesidades del paciente, duelos y formación de médicos de familia. En primera visita historiábamos al paciente siempre en presencia de familiar, para filiar los síntomas más relevantes de la enfermedad y del entorno que serían clave para tratamiento y revisiones posteriores. Si el paciente precisaba en ese momento se iniciaba pautas de tratamiento, técnicas lo menos invasivas posibles para paliar sintomatología dejando tratamiento de rescate para urgencias. Parte de la visita incluía al familiar para calmar la angustia de la situación y evitar que la trasmitiese. Los días que visitábamos pacientes ya conocidos y estables, dedicábamos el tiempo a compartir sus vivencias y apoyarlos psicológicamente. Quizás la parte más dura era los días de duelo de familiares de pacientes fallecidos. Al final del día sesiones instructivas a centros de salud.

Conclusiones. Familia-paciente unidad a tratar. Enfermo puede ser atendido en domicilio por médicos de primaria. La faceta humana forma parte del tratamiento. La colaboración institucional enriquece, beneficia a pacientes y sanitarios.

P68 COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA ANTE UN DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

J. Díaz Benito, I. Pérez Litago, C. Jean Louis, A. Sola Larrazza, M.

Hernández Espinosa y M. Salinas Vidondo

Centro de Salud Iturrama. Pamplona. Navarra. Correo electrónico: jeaodz@yahoo.es

Objetivos. Estimar la prevalencia de pacientes de atención primaria que desearían que se les comunicase el diagnóstico si tuviesen un cáncer, y analizar los factores asociados a esa decisión.

Tipo de estudio. Estudio transversal, mediante encuesta.
Ámbito de estudio. Centro de salud urbano.
Sujetos. 278 pacientes seleccionados mediante muestreo consecutivo no probabilístico, para una estimación de $p = 0,80$, una precisión de 0,05 y un error alfa de 0,05.
Mediciones e intervenciones. Cuestionario anónimo autoadministrado de preguntas cerradas. Análisis estadístico mediante el programa SPSS v.14.
Resultados. Querían saber el diagnóstico el 85,4% de los encuestados (IC del 95%, 81-89,8). Estos son significativamente más jóvenes que los que no desearían saberlo: media de edad 50 años, versus 63 ($p = 0,024$). Cuando el supuesto enfermo de cáncer es un familiar, el porcentaje de quienes le comunicarían siempre el diagnóstico se reduce al 62,8. La persona más oportuna para dar esta mala noticia es, para el 48,2%, el médico de familia. Ante la pregunta de si estarían de acuerdo en que se informase del diagnóstico a sus familiares, el 67,7% contesta afirmativamente sin ninguna duda, el 28,7% valoraría las circunstancias concretas, y el 3,6% se acogería a su derecho de confidencialidad.
Conclusiones. La mayoría querría que se le comunicase el diagnóstico si tuviese un cáncer. Hay que seguir insistiendo en que el titular del derecho a la información es el propio paciente y que sus seres queridos serán informados en la medida en que el paciente lo permita expresa o tácitamente. El médico de familia es considerado como la persona más idónea para comunicar un diagnóstico de cáncer.

P69 CONDUCTA FOTOPROTECTORA EN ADULTOS Y FACTORES RELACIONADOS EN UNA ZONA DE ALTA INSOLACIÓN

J. Menárguez Puche, P. Alcántara Muñoz, G. Álvarez Sánchez, A. Alcolea Nieto, M. Tudela de Gea y M. Sánchez Manuel
 Centro de Salud Molina. Molina de Segura. Murcia. Murcia.
 Correo electrónico: pedroa.alcantara@carm.es

Objetivos. Describir patrón de conducta fotoprotectora y analizar factores relacionados en una zona de salud.
Tipo de estudio. Tipo de estudio: Descriptivo, transversal.
Ámbito de estudio. Ámbito del estudio: población consultante (Centro de Salud).
Sujetos. Sujetos: tamaño muestral 150 pacientes adultos (confianza 95%, precisión 8%).
Mediciones e intervenciones. Mediciones: cuestionario administrado por entrevistadores. Se valoraron variables socio-demográficas, fototipo, conocimientos, actitudes y conducta fotoprotectora. Previo pilotaje y muestreo sistemático se entrevistó a personas que consultaron durante 2 semanas.
Resultados. Tasa de respuesta = 98%. El 45,3% posee fototipo III. El 70% de pacientes ha sufrido quemaduras solares leves antes de 20 años. Un 25% sufrió quemaduras graves en su adolescencia, influyendo esta variable en la práctica fotoprotectora ($p < 0,001$). Conductas fotoprotectoras destacadas por nuestros pacientes fueron sombra (86%), cremas (78,5%) y sombrero (58%). No se observaron cambios en práctica fotoprotectora según fototipo. Un 30% de pacientes sigue sin utilizar cremas protectoras habitualmente. Se utiliza factor de protección solar (FPS) > 15 en 78% casos y > 30 en 23%. Los pacientes se protegen sobre todo en la playa o piscina (71%). Una mejor conducta fotoprotectora de los pacientes se relacionó con adoptar actitudes positivas hacia la protección solar ($p < 0,0001$) y poseer conocimientos adecuados sobre fotoprotección ($p < 0,0001$). El uso de FPS altos se relacionó con comportamiento fotoprotector adecuado ($p < 0,001$). El fototipo no influyó para elegir fotoprotección solar.
Conclusiones. Un alto porcentaje de nuestros pacientes siguen sin utilizar de forma rutinaria crema fotoprotectora. En nuestro medio se encontró una alta relación entre conocimientos y actitudes positivas y una conducta fotoprotectora adecuada.

P70 LESIONES TUMORALES CUTÁNEAS RELACIONADAS CON EL SOL EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP) ¿ATENDEMOS IGUAL A TODOS LOS PACIENTES?

J. Marcos Serrano, J. Menárguez Puche, M. López Piñera, A. Nicolás García, J. Hernández Soler y M. López Navarro
 Centro de Salud de Molina. Molina de Segura. Murcia. Murcia.
 Correo electrónico: juanfranmena@telefonica.net

Objetivos. Describir proceso de atención a lesiones tumorales relacionadas con el sol en AP.

Tipo de estudio. Descriptivo, transversal.
Ámbito de estudio. Pacientes atendidos en AP.
Sujetos. Lesiones tumorales relacionadas con el sol (melanoma, epitelomas, queratosis actínicas, lentigos y nevus) atendidas en nuestro EAP durante un año. Identificación retrospectiva casos (OMI-AP).
Mediciones e intervenciones. Se valoró diagnóstico clínico, medidas prevención primaria (P1^a) y secundaria (P2^a), nivel donde se realizó diagnóstico y actitud tomada (observación, tratamiento en AP o Interconsulta). Se analizó variabilidad según médico de familia (MF).
Resultados. Se identificaron 177 lesiones en pacientes (edad media = $49,03 \pm 22,3$ años). Lesiones más frecuentes fueron 101 nevus (57,1%) y 41 queratosis actínicas (23,2%). En 25 casos se realizó P1^a y en 40 (22,6%) actividades de diagnóstico precoz. Aunque se diagnosticaron 96% de casos en AP se realizó interconsulta, fundamentalmente de nevus, en 87 (49,2%). Fueron derivados pacientes más jóvenes ($45,8 \pm 21,1$ años). Un 50,8% casos fueron atendidos exclusivamente en AP. 54 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente en AP (mayoría con crioterapia). En 16,4% casos se hizo observación expectante. Los lentigos fueron más observados y los epitelomas más derivados ($p < 0,0001$). Los diagnósticos fueron diferentes según MF ($p < 0,0001$). La detección de Nevus osciló en un rango entre 30 y 1 caso/año según médico. Identificamos variabilidad por médico para actividades de P1^a ($p < 0,02$) y P2^a ($p < 0,01$). Los médicos que detectaron más lesiones derivaron menos, hicieron más P1^a y P2^a y realizaron más cirugía.
Conclusiones. *Detectamos como problema de calidad una gran variabilidad de la atención. *Consideramos escasas las medidas de prevención. *La tasa de derivación para nevus fue muy elevada.

P71 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO EN CÁNCER COLORECTAL

D. Cararach Salami, L. Moro Esteban, A. Sisó Almirall, J. Ortiz Molina, A. Castells Garangou y J. Benavent Àreu
 Centro de Salud Les Corts-Gesclinc - Barcelona. Servicio de Digestivo, Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. Cataluña.
 Correo electrónico: asiso@clinic.ub.es

Objetivos. Evaluar los resultados de un Programa de Diagnóstico Rápido en Cáncer Colorrectal (PDRCC) en pacientes con signos/síntomas de riesgo a través de un protocolo informatizado, a quienes se ofrecía realizar una fibrocolonoscopia (FCS) completa con sedación.
Tipo de estudio. Estudio descriptivo observacional.
Ámbito de estudio. Centro de Salud Urbano y hospital de referencia.
Sujetos. Pacientes con signos de riesgo para cáncer colorrectal (CCR).
Mediciones e intervenciones. Registro de criterios de inclusión, demora entre indicación-realización y resultado de la FCS.
Resultados. Se incluyeron en el PDRCC 115 pacientes, 68(59,1%) eran mujeres, con una edad media de 64,2 años (DE 15,6). 3 pacientes se excluyeron por realizar la FCS en otro centro y 10 pacientes no aceptaron la FCS. Los criterios de inclusión en el PDRCC fueron: 69 (60%) por cambio de ritmo deposicional; 59 (51%) rectorragias; 28 (24%) dolor abdominal y 28 (24%) anemia ferropénica. Resultado de FCS: 7 (6,1%) casos fueron positivos para neoplasia; 13 (11%) presentaron adenoma colorrectal; 11 (9,6%) diverticulosis; 29 (25%) hemorroides; en 22 (19,1%) la FCS fue normal. En los pacientes diagnosticados de neoplasia, 6(85,7%) presentaron rectorragia, 6 (85,7%) cambio de ritmo deposicional, 1 (14,3%) dolor abdominal y 1 (14,3%) anemia ferropénica. 6 (85,7%) casos tenían enfermedad localizada, mientras que solamente 1 (14,3%) presentaba diseminación ganglionar o a distancia. La demora media entre indicación-realización de FCS fue 10,2 días naturales (DE 10), rango de 1-72 días.
Conclusiones. Se observó una elevada positividad para neoplasia en pacientes con sintomatología de riesgo, así como para lesiones tributarias de seguimiento clínico-endoscópico. Rectorragia y cambio de ritmo deposicional fueron los signos/síntomas más frecuentes en los pacientes con neoplasia. La demora entre indicación-realización resultó aceptable.

Sesión 8

Viernes, 9 de noviembre - 9.00-10.00 h

Diabetes y síndrome metabólico

P72 CORRELACIÓN ENTRE INTOLERANCIA A LA GLUCOSA, ÍNDICE DE MASA VENTRICULAR IZQUIERDA Y DISTENSIBILIDAD ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS LEVES

J. Sáez Pérez y Grupo de trabajo: Distensibilidad Arterial

Centro de Salud Malvarrosa. Valencia. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: navidadespirtu@hotmail.com

Objetivos. Evaluar si en un grupo de hipertensos leves (HL) con intolerancia a la glucosa (IG) y obesidad abdominal (OA) que reúnen criterios de síndrome metabólico (SM), existe un índice de masa ventricular izquierda (IMVI) mayor y una alteración mayor de la distensibilidad arterial (DA) respecto de un grupo de HL con OA, no IG y sin SM.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo, transversal. Análisis estadístico con programa SPSS v. 11. Prueba t no apareada.

Ámbito de estudio. Urbano, con una población de 18.320 habitantes.

Sujetos. En el presente trabajo se incluyeron 56 varones, de 51 a 64 años, con HL que se dividieron en dos grupos iguales.

Mediciones e intervenciones. Grupo A) 28 con SM: glucemia en ayunas > 1,10 g/L y < 1,26 g/L o poscarga de glucemia > 1,40 g/L y menor de 2,00 g/L, perímetro abdominal > 102 cm y PA 130/85 mmHg. Grupo B) 28 sin SM: el perímetro abdominal y la presión arterial eran similares al grupo A, pero con glucemias en ayunas < 1,10 g/L y poscarga < 1,40 g/L. Se midió el IMVI por ecocardiografía bidimensional y DA: velocidad de onda de pulso y onda refleja central (ORC) por Sphygmocor.

Resultados. Grupo A: IMVI fue de 140 ± 30 y la ORC de 28 (R/15/48) con una $p < 0,003$ Grupo B: IMVI fue de 101 ± 28 y la ORC de 21 (R/11/38) con una $p < 0,002$.

Conclusiones. La presencia de IG en pacientes con HL se asocia con mayor masa ventricular izquierda y rigidez arterial que en los casos con el mismo nivel de hipertensión sin IG.

P73 RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO SEGÚN LA ECUACIÓN DE SCORE

E. Peramato Martín, M. Luengo Martín, E. García Ramón, C. Martínez Martín y Y. Granja Garrán

CS Benavente Norte. CS Benavente Sur. CS Arturo Eyries. CS Plaza del Ejército. Benavente (Zamora). Valladolid. Castilla y León.
Correo electrónico: emeritoperamato@hotmail.com

Objetivos. Establecer la concordancia o no del alto riesgo cardiovascular del S. metabólico con el alto riesgo cardiovascular definido por la tabla de riesgo del Score.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Ámbito de la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular en cuatro consultas de atención primaria de cuatro centros de salud.

Sujetos. 512 pacientes detectados que cumplen los criterios de la NCEP ATP III para el S. metabólico. 56 pacientes (11%) de 20 a 44 años, 179 pacientes (35%) de 45 a 60 años y 277 pacientes (54%) de más de 60 años. De los 512 pacientes, 267 hombres (52%) y 245 mujeres (48%). A todos se les hizo una valoración del riesgo cardiovascular Score.

Mediciones e intervenciones. De los 512 pacientes sólo 104 (20,31%) obtuvieron un riesgo cardiovascular $\# >$ a 5%: Riesgo cardiovascular alto, de ellos 58 fueron hombres (55,7%) y 46 mujeres (44,23%). De los 104 pacientes con S. metabólico y riesgo C-V alto según Score 11 (10,5%) entre 20 y 44 años. 35 (33,65%) entre 45 y 60 años y 58 (55,7%) de más de 60 años.

Resultados. Solo un 20,31% de los pacientes con S. metabólico estudiados tienen un alto riesgo cardiovascular según la ecuación del score y de este 20,31% un 55,7% pertenece al grupo de edad de más de 60 años.

Conclusiones. El riesgo C-V en los pacientes con SM es muy variable y difícil de calcular. La utilidad del Score es más para fijar objetivos más o menos estrictos que para la detección del riesgo.

P74 PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

M. Monedero Mira, M. Batalla Sales, R. Tena Barreda, J. Del Pozo Niubó, B. Persiva Saura y À. Massoliver Forés

CS Rafalafena y Udmfyc Castellón. Castellón de la Plana. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: mjosem@ono.com

Objetivos. -Conocer la prevalencia de enfermedad renal (ER) en pacientes diabéticos tipo 2 (DM2) así como los diferentes grados de la misma (Estadio 1: Filtrado Glomerular (FG) > 90 ml/min/1,73m² con daño renal (microalbuminuria positiva), Estadio 2: FG = 60-89 ml/min/1,73m², Estadio 3: FG = 30-59 ml/min/1,73m², Estadio 4: FG = 15-29 ml/min/1,73m², Estadio 5 < 15 ml/min/1,73m² o diálisis). -Conocer la prevalencia de ER Oculta (ERO): creatinina plasmática (Cr) normal con FG disminuido. -Relacionar el nivel del HbA1c con el grado de deterioro renal (medido por FG).

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Atención Primaria. C.S. urbano.

Sujetos. Pacientes > 14 años, diagnosticados de DM2 pertenecientes a 2 consultas de un centro de salud, controlados en Atención Primaria.

Mediciones e intervenciones. Sexo, edad, microalbuminuria, HbA1c, Cr, FG según MDRD4 y grado de ER.

Resultados. Total pacientes diabéticos: 156, 6 excluidos información incompleta. Población estudio (N): 150. Sexo: Mujeres 78 (52 ± 8%), Hombres 72 (48 ± 8%). Edad: 67,9 ± 7,5 años. Prevalencia ER: 82,7 ± 6,1% (124). Estadio 1: 2 ± 2% (3) Estadio 2: 62,7 ± 7,7% (94) Estadio 3: 17,3 ± 6,1% (26) Estadio 4: 0 Estadio 5: 0,7 ± 1,3% (1). Prevalencia ERO: 78,2 ± 6,6% (104), de éstos 87,5 ± 6,4% son Estadio 2 (91). Ausencia de correlación estadísticamente significativa entre HbA1c y FG: $r = 0,145$ con $p = 0,077$.

Conclusiones. Existe elevada prevalencia de ER en población diabética, justificada por la patología y por edad avanzada. La Cr no es marcador fiable de ER, imprescindible calcular FG en diabéticos. Elevadas cifras de HbA1c no se corresponden con menor FG.

P75 CRIBADO OCULAR EN EL USUARIO DIABÉTICO

Q. Saldies, M. Gras, M. García, A. Asensi, I. Colomé y J. Farré

Servicio de Atención Primaria del Anoia. Igualada. Cataluña.

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

Objetivos. Conocer el perfil del usuario diabético de una consulta de cribado ocular en Atención Primaria.

Tipo de estudio. Descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Servicio de Atención Primaria.

Sujetos. 926 diabéticos, sin antecedentes: glaucoma/cirugía ocular/retinopatía.

Mediciones e intervenciones. Se realizó: agudeza visual, fondo de ojo mediante retinógrafo amidriático y tonometría de aire. Se recogió: edad, sexo, tipo de diabetes/año de inicio, tratamiento actual, hipertensión arterial, neuropatía y polineuropatía.

Resultados. 52,3% eran hombres. Edad media 65,97 años, IC 95% (61,72-70,22). 56,91% diabéticos < 7 años de evolución. 85,7% DM tipo 2. 34,7% sólo realizaban tratamiento con dieta, 14,57% con insulina sola/combinada. 63% HTA, 3% neuropatía y 2,6% polineuropatía. 42,4% tenía AV del 100%. Mejoraba con estenopeico 10,25%. Tonometría media ojo derecho 16,02, IC 95% (14,97-17,06) y ojo izquierdo 16,49, IC 95% (15,42-17,56). La PIO fue > 21 mmHg en uno/ambos ojos en 8,6%. La retinografía: 88,8% normal, 6% retinopatía no proliferativa leve, 1,8% moderada, 0,6% severa, 0,6% proliferativa, 0,1% edema macular y 2,1% mala calidad. Se derivaron a Oftalmología del hospital 136 pacientes (14,69%) por diversas patologías. Se diagnosticaron: nevus, trombosis venosas antiguas, drusas, glaucomas normotensos, etc. Se asoció de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$) la retinopatía DM con: neuropatía, polineuropatía, DM tipo 1 y insulinización.

Conclusiones. Incidir en el cribado ocular en DM tipo 1, neuropatía, polineuropatía y insulinización. El % de tonometrías alteradas coincide con la bibliografía. El % de retinopatía es más bajo ya que al disponer de consulta específica se realiza más precozmente la detección. Elevada satisfacción con la técnica al no existir dilatación pupilar. Origen estudio de concordancia de tonómetro de aire/aplanación.

P76 COMPARACIÓN DE LA FIABILIDAD DE CUATRO GLUCÓMETROS PORTÁTILES EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Cela Vilches, M. Brió Vergés, R. González Serra, E. Méndez Aragay y A. Puigdemívol Sánchez

CAP Anton Borja. Rubí. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: abelcela@yahoo.es

Objetivos. Determinar la fiabilidad de los cuatro glucómetros utilizados en nuestro centro: Optium (OPT), Accucheck-aviva (ACC), One Touch (ONE), y Ascensia Glucodisc (ASC).

Tipo de estudio. Descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Centro de salud urbano.

Sujetos. Pacientes diabéticos seleccionados aleatoriamente (n = 135).

Mediciones e intervenciones. Extracción de sangre venosa, analizada en un laboratorio central, y punción en el dedo para la cuantificación de la glucemia capilar mediante los medidores de estudio. Análisis estadístico mediante Excel y SPSS. **Resultados.** Los cuatro medidores presentaron índices de correlación similares (CCI de 0,97, 0,91, 0,95, y 0,91, respectivamente). OPT y ACC presentaban una sensibilidad del 100% para la detección de diabetes mellitus (glucemia > 125), respecto a un 88% de ONE y 82% de ASC. Las especificidades fueron del 50% (OPT), 100% (ACC), 88% (ONE) y 95% (ASC). La diferencia media (MMD) entre las glucemias capilares respecto a la glucemia venosa fue de + 12,7 (DE: 11,3) en OPT, + 9,04 (DE:10,4) en ACC, + 1,4 (DE: 11,4) en ONE, y -1,34 (DE: 14,4) en ASC. Los medidores presentaron glucemias capilares superiores a la glucemia venosa en un 88% (OPT), 76% (ACC), 50% (ONE) y 43% (ASC) de los casos, siendo estas diferencias significativas para OPT (p < 0,0001) y ACC (p < 0,001), y no significativas para ONE y ASC respecto a la glucemia venosa (p = 0,43 y p = 0,54), respectivamente.

Conclusiones. Algunos glucómetros destacan por su sensibilidad respecto a la detección de diabetes mellitus, sin embargo, presentan diferencias significativas entre sus mediciones y las glucemias venosas.

P77 INSUFICIENTE SEGUIMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DE LOS DIABÉTICOS TIPO 2

M. Pinyol Martínez, J. Hoyo Sánchez, A. Sánchez Falcó, X. Otero Serra, E. Jordán Trías y M. Devant Altimir

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

Objetivos. Evaluar el grado de seguimiento de las complicaciones en los diabéticos tipo 2 bien controlados.

Tipo de estudio. Transversal descriptivo.

Ámbito de estudio. Centro de salud urbano

Sujetos. De 849 pacientes bien controlados, hemoglobina glicada (HbA1c) inferior o igual a 7,5, que acudieron a nuestras consultas durante 2006, seleccionamos una muestra aleatoria de 384. Excluimos los pacientes en programa de atención domiciliar y los de menos de un año de diagnóstico.

Mediciones e intervenciones. Se recogieron las variables: edad, sexo, realización de fondo de ojo (FO), de electrocardiograma (ECG), determinación de microalbuminuria, valoración de neuropatía, arteriopatía periférica, pie diabético, número de determinaciones de HbA1c y número de visitas por diabetes a enfermería y al médico de familia.

Resultados. La edad media era de 69 años (DE: 10,2), el 54,9% eran hombres, se realizó FO al 36%, un ECG al 44%, se determinó la microalbuminuria al 66%, se valoró la neuropatía en el 24%, la arteriopatía en el 21% y el pie diabético en el 24%. En el 66% de los pacientes se determinó menos de 2 HbA1c; El 88% fueron visitados menos de 4 veces por enfermería y el 62% más de 2 veces por el médico de familia.

Conclusiones. El grado de seguimiento de las complicaciones en los diabéticos tipo 2 bien controlados es insuficiente a pesar de que el número de consultas por esta patología es elevada.

P78 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO

G. Moragues Sbert, M. Mas Gutiérrez, A. Barceló López, M. Servera Gornals, M. Bosch López y A. Leiva Rus

CS Coll d'en Rebassa. Palma de Mallorca. Illes Balears.
Correo electrónico: bmoragues@yahoo.es

Objetivos. Describir las características de los pacientes con síndrome metabólico (SM) y estimar el riesgo cardiovascular según diferentes tablas.

Tipo de estudio. Descriptivo, transversal, información secundaria de la historia clínica.

Ámbito de estudio. Centro de salud urbano, docente.

Sujetos. Pacientes de 35 a 74 años, atendidos los 2 últimos años que presentaban 3 de los siguientes diagnósticos: hipertensión, diabetes, dislipemia y obesidad. Consideramos los criterios de la ATP III modificados para el diagnóstico de SM.

Mediciones e intervenciones. Edad, sexo; presión arterial, IMC, perímetro abdominal; antecedentes: hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, sobrepeso/obesidad, tabaquismo; comorbilidad: cardiopatías y enfermedades graves; datos analíticos. Riesgo cardiovascular mediante tablas de Framingham, Score y Regicor.

Resultados. Incluidos 446 pacientes. Media edad 64,2 ± 7,3 años; 54,2% mujeres. Tabaquismo: 68,4% varones, 31,6% mujeres. Hipertensión: 91,1%; (IMC > 28,8 o perímetro abdominal > 102 cm varones y > 88 cm mujeres): 82,1%; hipercolesterolemia: 73,6%; diabetes 62,2%; hipertrigliceridemia: 23%. Características basales: TAS 142,08 ± 18,49; TAD 80,63 ± 10,45; IMC 32,64 ± 5,13; HDL 50,52 ± 13,97; Triglicéridos 182,43 ± 169,53; glucemia 133,73 ± 44,62. Habían sufrido eventos coronarios: 14%, cerebrovasculares: 6,3% y arteriopatía periférica: 5,6%. Riesgo cardiovascular calculado: Framingham 19,7 ± 11,9 (varones 26,3 ± 12,5, mujeres 13,64 ± 7,24), Score 3,20 ± 2,97 (varones 4,3 ± 3,46, mujeres 1,82 ± 1,3), Regicor 10,91 ± 6,86 (varones 13,32 ± 6,94, mujeres 8,64 ± 5,96).

Conclusiones. El SM supone una elevada frecuencia de eventos cardiovasculares y un riesgo cardiovascular elevado. Debemos intervenir de manera global dada la alta prevalencia de tabaquismo y el deficiente control de los factores modificables.

P79 HISTORIA NATURAL DE LA GLUCEMIA BASAL ALTERADA. ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVA

J. Baena Díez, M. Vilató García, C. Gómez Fernández, J. Vázquez Lazo, A. Byram y M. Vidal Solsona

Centro de Salud La Marina. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: jbaenad@meditex.es

Objetivos. Conocer la historia natural de la Glucemia Basal Alterada (GBA) y estudiar variables asociadas a la progresión a diabetes mellitus (DM).

Tipo de estudio. Cohorte prospectiva.

Ámbito de estudio. 2 Centros de Salud urbanos.

Sujetos. 115 pacientes diagnosticados de GBA (criterios ADA-1997), seleccionados por muestreo aleatorio simple, seguidos 9 años.

Mediciones e intervenciones. Se solicitó glucemia basal anual, con analítica confirmatoria de DM si > 126 mg/dl, clasificando a los pacientes al final del seguimiento en 3 categorías: normoglicemia (una de las 2 últimas determinaciones < 110 mg/dl), GBA (últimas 2 determinaciones entre 110-125 mg/dl) y diabetes mellitus (2 glucemias basales seguidas > 126 mg/dl en cualquier momento). Como variables predictoras de DM se consideraron: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC) y factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia), estudiándose mediante la prueba de Ji cuadrado y la Rho de Spearman.

Resultados. La edad media fue de 61,2 años (DE 11,8), con un 52,2% de varones. Evolucionaron a normoglicemia 57 pacientes (49,6%; IC95%: 40,6-58,6). Persistió la GBA en 29 pacientes (25,2%; IC95%: 18,2-33,9). Progresaron a DM 29 pacientes (25,2%; IC95%: 18,2-33,9). Las variables correlacionadas significativamente (p < 0,05) a la evolución a DM fueron: IMC (r = 0,191), presión arterial sistólica (r = 0,192) y diastólica (r = 0,195) y número de factores de riesgo cardiovascular (r = 0,271).

Conclusiones. La GBA evoluciona en una cuarta parte de los pacientes a diabetes mellitus, siendo esta evolución más frecuente a medida que aumenta el IMC, la tensión arterial y el número de factores de riesgo cardiovascular.

P80 EL CONTROL DE NUESTROS PACIENTES DIABÉTICOS, ¿OTRA ASIGNATURA PENDIENTE?

S. Fernández Cordero, J. López de la Iglesia, A. Rodríguez Garrote, A. Vega López, J. Naveiro Rilo y M. Fernández Revuelta

CS Condesa. León. Castilla y León.
Correo electrónico: jaimeldelai@hotmail.com

Objetivos. Valorar el grado de control y adecuado tratamiento de nuestros pacientes diabéticos (criterios ADA 2007), el número de FRCV añadidos y la presencia de enfermedad cardiovascular (ECV) establecida.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Atención Primaria. Centro de salud urbano.

Sujetos. Selección aleatoria sistemática de diabéticos mayores de catorce años del censo de diabéticos de nuestro sistema informático.

Mediciones e intervenciones. El tamaño muestral se calculo con una confianza del 95% y una precisión del 5,3% para un porcentaje esperado del 60% obteniendo 340 diabéticos. Revisión de historias clínicas y posterior contacto telefónico. Variables analizadas: edad, sexo, tipo de diabetes, FRCV (hipertensión arterial, tabaquismo, obesidad, dislipemia), media de las tres últimas cifras de tensión arterial (TA), HbA1c, LDL, fármacos (metformina, IECA y/o ARA-II, hipolipemiantes, antiagregantes), ECV establecida (cardiopatía isquémica, ACV, arteriopatía periférica).

Resultados. Total 316 (pérdidas 24). Edad media 70,4 años. Hombres 52,5%. Diabéticos tipo II 93,7%. Hipertensos 70,9%. Obesos 34,3%. Dislipémicos 58,2%. Fumadores 14,4%. El 36,4% tienen dos FRCV añadidos. TA controlada el 39,9%, IC (34,3-45,4). Buen control de HbA1C 62,9% IC (56,8-66,8) y LDL 38,3%, IC (32,7-43,8). En tratamiento con: metformina el 47,24%, hipolipemiantes el 48,66%, IECA y/o ARA-II el 57,37%, antiagregantes el 43,3%. Un 22,46% presentaba ECV (cardiopatía isquémica el 12,65%).

Conclusiones. El control metabólico de nuestros diabéticos y la presencia de ECV es similar a otros estudios. Pero en el nuestro encontramos una menor frecuencia de obesidad, dislipemia, un mejor control de TA y casi el 50% cumplen farmacológicamente las recomendaciones de la ADA.

P81 ESTADO DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LA POBLACIÓN DIABÉTICA

M. López Poyato, E. González Plaza, S. González Martínez, E. Moles, M. Arrabal y B. De Pedro Elvira

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: sgonzama@clinic.ub.es

Objetivos. La educación que recibe el paciente es esencial para el adecuado control de la enfermedad y para la prevención de las complicaciones asociadas. Evaluar la realización de las actividades preventivas que marca PAPPs para la población diabética.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Centro de salud urbano de Barcelona con una población asignada de 32092 pacientes (mayo 2007).

Sujetos. Revisión del total de la población diabética perteneciente a 2 UBAs de un centro de salud urbano, desde enero de 2006 a marzo 2007.

Mediciones e intervenciones. Variables estudiadas: edad, sexo, constantes, hábitos de salud (hábitos), vacunas, exploración del pie (PIE), electrocardiograma (ECG), fondo de ojo (FO), HgBGlic y tratamiento recibido.

Resultados. El total de pacientes estudiados es de 121. La edad media es de 69,6 años (DE 13,7), con una proporción de mujeres del 46,3%. En el 72,7% consta el registro constantes, el 65,2% tiene un buen control de HgBGlic (< 7,5), el 58,6% se le ha efectuado un ECG, el 58,6% está correctamente vacunados, un 51,2% tiene actualizado el registro de hábitos, el 47,9% se les ha explorado el pie y el 42,9% ha efectuado FO. El 39% (47) reciben tratamiento con secretagogos o terapia combinada, el 29% (35) dieta/ejercicio, el 17% (21) no secretagogos y el 15% (18) insulina.

Conclusiones. Casi la mitad de la población diabética no recibe cuidados en materia de prevención. Las posibles causas son el no registro de las actividades por control privado, no visitas a enfermería, colectivo ATDOM y no realización de dichas actividades. Se plantea la necesidad de captar estos pacientes en materia preventiva.

P82 DESPUES DE CINCO AÑOS, ¿HEMOS MEJORADO LA ANTIAGREGACIÓN DE NUESTROS DIABÉTICOS?

J. López De la Iglesia, S. Fernández Cordero, A. Vega López, A. Rodríguez Garrote, J. Naveiro Rilo y C. Martínez Caballero

CS Condesa. León. Castilla y León.

Correo electrónico: jaimeldelai@hotmail.com

Objetivos. En el año 2002 realizamos un estudio donde describíamos el porcentaje de pacientes diabéticos antiagregados, tanto en prevención primaria (9,3%) como en secundaria (77,2%). Nos proponemos en este estudio conocer la situación actual y comparar los resultados con los obtenidos hace cinco años.

Tipo de estudio. Estudio multicéntrico descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Atención primaria. Cinco zonas básicas de salud.

Sujetos. Selección aleatoria sistemática de 517 pacientes diabéticos de ca-

torce o más años con criterios diagnósticos de la American Diabetes Association (ADA) 2007.

Mediciones e intervenciones. Variables utilizadas: sexo, edad, tabaquismo, dislipemia, obesidad, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, arteriopatía periférica), antiagregación, anticoagulación y antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular. Se realiza análisis estadístico mediante T-student y Chi-cuadrado. *Resultados.* Edad media 71,3 años. Hombres 51,8%. Diabetes tipo 2: 94%. ECV 22,31%. El 98,1% cumplen criterios de antiagregación, estando antiagregados el 49,8% (IC del 95% 44,0%-55,4%). En prevención primaria están antiagregados el 44,4% IC (50,8%- 38%) de los cuales el 71,3% con AAS. En prevención secundaria el porcentaje asciende al 68,8% sólo antiagregados y al 90,10% si contabilizamos los antiagregados y/o anticoagulados. *Conclusiones.* El grado de control en la antiagregación de nuestros diabéticos es elevado al compararlo con nuestro estudio anterior y con trabajos similares realizados posteriormente, especialmente en prevención primaria, siendo el porcentaje más elevado de los estudios realizados en nuestro ámbito. Posiblemente sea debido al grado de sensibilización tras la realización y resultados del estudio previo.

P83 PERÍMETRO DE CINTURA Y DIABETES EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA DEL ESTUDIO IDEA

J. Franch, I. Arístegui, F. Cordido, O. González-Albarrán, F. Escobar y L. Pallardo

EAP Raval Sud, Barcelona; Sanofi-Aventis, Barcelona; Complejo Hospitalario. Aragón.

Correo electrónico: berenice.cortes@adelphi-targis.com

Objetivos. Introducción: IDEA es el primer estudio epidemiológico de ámbito mundial para estimar la prevalencia de obesidad abdominal (OA) y su asociación con factores de riesgo cardiometabólico (FRCM) y enfermedad cardiovascular (ECV).

Determinar la prevalencia de OA, FRCM -hipertensión arterial (HTA), dislipemia, diabetes mellitus (DM)- y ECV en España.

Tipo de estudio. Estudio epidemiológico, internacional, aleatorizado y transversal incluyendo 168.159 pacientes que acudieran a consulta ambulatoria de 6.060 médicos de AP durante dos medios días, en 63 países de los 5 continentes. Se incluyeron hombres y mujeres entre 18-80 años que firmaran el consentimiento informado. Se registraron edad, género, talla, PC, peso, nivel de educación, actividad profesional, hábito tabáquico, estado menopáusico, ECV, dislipemia, HTA y DM; se excluyeron mujeres embarazadas.

Resultados. El 11% (19.912) de los pacientes eran de España. 17.980 fueron válidos para el análisis (edad media 53,1 años; 56,2% mujeres). La prevalencia de OA fue del 50,7% según ATP III y del 74,6% según IDF, siendo mayor en mujeres y aumentando con la edad. La prevalencia de DM fue del 14,4% y mayor en los grupos de PC más elevado. En los pacientes con DM un 72,1% presentaba OA (ATP III > 102/88) (mujeres 85,0% vs hombres 58,7%; p < .001).

Conclusiones. IDEA es el primer estudio de esta magnitud en pacientes de AP en el mundo y también en España. El estudio IDEA confirma que la prevalencia de OA es alta también en España y que la prevalencia de DM es mayor en los grupos de perímetro de cintura más elevado.

Sesión 9

Viernes, 9 de noviembre - 10.30-11.30 h

Dislipemias/nutrición/obesidad

P84 CORRECTO DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DISLIPÉMICOS

S. Molina Carrasco y A. Sanz Rosado

CS San Fernando II. Madrid. Madrid.

Correo electrónico: molinasara79@yahoo.es

Objetivos. Evaluar si el diagnóstico y el seguimiento de nuestros pacientes dislipémicos siguen las directrices que pautan las guías clínicas.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal para detectar el número de pacientes entre 30 y 74 años, diagnosticados de dislipemia en OMI entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2005.

Sobre cada paciente incluido en dicho protocolo se realizó un seguimiento de 12 meses en el que se estudiaba y evaluaba el plan pautado.

Ámbito de estudio. Criterios de Inclusión: pacientes entre 30 y 74 años, de ambos sexos, diagnosticados de dislipemia entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2005 y en seguimiento en el Centro de Salud.

Sujetos. Se obtiene una muestra de 146 pacientes dislipémicos

Mediciones e intervenciones. Colesterol total y fraccionado, % Frammingham, DM, HTA, medición del correcto diagnóstico y seguimiento durante 1 año.

Resultados. El 51% de los pacientes fueron bien diagnosticados de dislipemia. En cuanto al correcto seguimiento de los pacientes dislipémicos, el 36%, se encuentran con tratamiento adecuado al año de seguimiento, mientras que el 12% no. En el restante 52% no se pudo evaluar esta variable por no haber datos valorables al año de seguimiento. El 31,5% de los pacientes cumplen los objetivos previstos al año de seguimiento, mientras que el 16% no. En los pacientes diabéticos, el cumplimiento de objetivos es menor (28,6% en los diabéticos, 31,8% en los no diabéticos).

Conclusiones. Existe un escaso control sobre el colesterol como FRCV, por lo que debemos ajustarnos a las guías clínicas para su mejor manejo.

P85 EVALUACIÓN DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS CLÍNICAS EN EL TRATAMIENTO DE DISLIPEMIAS EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO

V. Castrillo Escobar, A. Márquez Velázquez, N. Batalla Rebollo, M. Maynar Mariño, P. Pascua Montero y R. Nieto Ramírez

Centro de Salud El Progreso. Badajoz. Extremadura.

Correo electrónico: castrillina@yahoo.es

Objetivos. Valorar si cumplimos las recomendaciones de las guías clínicas en el tratamiento y control de dislipemias en pacientes hipertensos con síndrome metabólico (SM).

Tipo de estudio. Descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Atención primaria (AP).

Sujetos. Pacientes con SM (según ATP III) y dislipemia, sin evento cardiovascular, ni seguimiento por segundo nivel, incluidos en consultas programadas de AP.

Mediciones e intervenciones. Cálculo de riesgo cardiovascular (RCV) según Frammingham y división de nuestra cohorte en subgrupos (RCV bajo, medio o alto). Estudiamos si el tratamiento por subgrupo y nivel de lípidos son los recomendados según guías clínicas. Resultados expresados porcentualmente.

Resultados. 241 pacientes: RCV bajo: 34,85%; RCV medio: 48,96%; RCV alto: 16,18%. RCV bajo: 33,33% con estatinas; 9,52% tiene LDL-c > 160 (12,5% con estatinas); 27,38% tienen TG > 150 (100% sin tratamiento). RCV medio: 33,89% con estatinas; 39,83% presenta LDL-c > 130 (31,91% con estatinas.); 40,67% con TG > 150 (4,16% con fibratos). RCV alto: 33,33% con estatinas; 74,35% presenta LDL > 100 (34,48% con estatinas); 53,84% con TG > 150 (4,76% con fibratos).

Conclusiones. 33% de pacientes de cada subgrupo está tratado con estatinas. A mayor RCV, mayor número de pacientes presentan LDL-c por encima de lo recomendado. El porcentaje de tratados con estatinas es bajo, destacando aquellos con RCV alto en los que solo el 34,48% tiene tratamiento. Respecto a los triglicéridos también aumenta el porcentaje de pacientes con niveles > 150 con el incremento del RCV, siendo muy bajo el porcentaje de tratados con fibratos.

P86 ENSAYO CLÍNICO MULTICÉNTRICO PARA EVALUAR LA EFICACIA DE UN ALIMENTO FUNCIONAL EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA

J. Algorta Pineda, M. Pena, F. Gómez Martín, J. Martín Clos, E. Faus y T. Fuster

Unidad de Ensayos Clínicos, Fundación Leia, Hospital Txagorritxu (Vitoria). CS Guayaba (Madrid). CS Gandía-Grao (Valencia). CS Gandía-Beniopa (Valencia); CS Abrantes (Madrid), Instituto Kaiku para la Salud. Vitoria. País Vasco.

Correo electrónico: mchavarri@kaiku.es

Objetivos. El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia para descender los niveles de colesterol de un producto lácteo alimenticio en forma de yogur bebible, actualmente comercializado.

Tipo de estudio. Ensayo Clínico Multicéntrico, aleatorizado en grupos paralelos, doble ciego y controlado con placebo.

Ámbito de estudio. Evaluar la eficacia hipocolesterolemia de un alimento funcional.

Sujetos. Se incluyeron 50 pacientes (15 hombres y 35 mujeres, entre 23 y 74 años) con hipercolesterolemia leve-moderada (LDL: 100-159mg/dl).

Mediciones e intervenciones. El ensayo fue aprobado por los CEIC de los centros participantes. Todos los pacientes recibieron consejo dietético y fueron aleatorizados en dos grupos para recibir de forma ciega yogur activo (Benecol®, Kaiku) o yogur placebo (sin esteres de estanol vegetal), uno al día durante 6 semanas. El perfil lipídico fue analizado al inicio y al final del seguimiento (en cada una de las ocasiones, la media de dos extracciones separadas entre sí 2-7 días). Las comparaciones se hicieron mediante prueba t-Student para datos independientes (entre grupos) o para datos pareados (inicial-final).

Resultados. En el momento inicial del estudio ambos grupos tenían un perfil semejante. Al final, los niveles de col-LDL y col-TOTAL son significativamente inferiores ($p < 0,05$) en el grupo activo comparado con el placebo. Al comparar la evolución en cada uno de los grupos, en el activo se observa un descenso significativo ($p < 0,01$) mientras que en el placebo no aparece ninguna modificación significativa.

Conclusiones. El consumo de un yogur al día conteniendo 2g de estanol vegetal, durante 6 semanas produce un descenso significativo en los niveles de col-LDL y col-TOTAL.

P87 EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DISLIPÉMICOS, ¿SON CORRECTOS?

T. Molina Carrasco, L. Benito Ortiz, N. Reyes Fernández y Á. Sanz Rosado

San Fernando 2. San Fernando de Henares. Madrid.

Correo electrónico: asr1@wanadoo.es

Objetivos. Evaluar si en el diagnóstico y seguimiento de nuestros pacientes dislipémicos durante la práctica clínica seguimos las recomendaciones del ATPIII.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo.

Ámbito de estudio. Atención Primaria. Centro de Salud.

Sujetos. Muestra aleatoria de 146 pacientes, de los 475 entre 30 y 74 años, diagnosticados de dislipemia desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2005. Sobre cada paciente se realizó un seguimiento de 12 meses.

Mediciones e intervenciones. Porcentaje de pacientes bien diagnosticados (DC), porcentaje de pacientes con tratamiento adecuado (TC), porcentaje de pacientes con objetivos de tratamiento cumplido (OTC). Estas variables se estratifican según el riesgo cardiovascular (RCV) calculado por la ecuación de Frammingham. Se utilizó el programa estadístico SPSS.

Resultados. La edad media fue 49 años, con un 52 % de mujeres. El colesterol medio fue de 258 mg/dl (DE 29,9). El RCV medio fue de 9,44 (DE 7,68). El 51% tienen DC, el 36% TC al año de seguimiento y el 31.5% tiene OTC al año de seguimiento. Los pacientes con mayor RCV tienen de forma estadísticamente significativa más DC (77%/47%) y más tratamiento con estatinas (77%/28%), pero, el OTC al año es menor de forma significativa que el los de RCV bajo (7,7%/79%).

Conclusiones. En la población de estudio, la adecuación a lo recomendado en la Guía ATPIII, es deficiente en DC, TC y OTC. Parece que los pacientes con más RCV se diagnostican mejor y tienen más tratamiento con estatinas; pero, se consigue menos el objetivo terapéutico.

P88 CONTROL DE PACIENTES DISLIPÉMICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Lamarca Roca, M. Brío Verges, S. Graell Solé, L. Godoy Lepratti, A.

Puigdellivol Sánchez y R. Borralló Almansa

CAP Anton de Borja. Rubí. Cataluña.

Correo electrónico: 21883alr@comb.es

Objetivos. Conocer el perfil del paciente dislipémico de una Unidad Básica de Atención (UBA) y valorar el registro efectuado en la consulta.

Tipo de estudio. Descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Centro de salud urbano.

Sujetos. Sujetos: todos los pacientes de una UBA registrados como dislipémicos, excluidos los no visitados en los dos últimos años.

Mediciones e intervenciones. Revisión historias clínicas. Análisis estadístico mediante SPSS.

Resultados. De 1882 sujetos, dislipémicos 402 (21,36%), incluidos 318. Perfil de pacientes: 56% mujer, edad media 62,5 (DE 13), IMC > 26: 84%, con prevalencia de obesidad hombres (27,5%) mujeres (39,4%), HTA: 50%, diabetes: 27%, tabaquismo: 21%. Observamos infraregistro de IMC del 10% y arteriopatía periférica del 35%. El cHDL medio es de 56 mg/dl (DE 15,6) observando diferencias significativas entre diabéticos (HDL 49) y no diabéticos (HDL 59) ($p > 0,0001$) y entre obesos (HDL 52) y no obesos (HDL 58) ($p = 0,003$). En prevención secundaria registramos cardiopatía isquémica: 11%, AVC: 6% y arteriopatía periférica: 4%. El cLDL medio: 110 mg/dl \pm 44,1 en cardiopatía isquémica, 108 mg/dl \pm 43,6 en AVC, 79,7 mg/dl \pm 67 en arteriopatía periférica 134,3 \pm 36 y la media global de todos ellos es cLDL de 105 mg/dl \pm 31, con diferencia significativa ($p = 0,04$) respecto al cLDL medio de los pacientes sin patología que es de 130,12 mg/dl \pm 38,3. Tratamientos empleados: estatinas indistintamente (52%) excepto en cardiopatía isquémica (59% atorvastatina), fibratos (5%), ezetimiba (1%). Un 42% únicamente consejo dietético.

Conclusiones. Destaca el elevado porcentaje de sobrepeso/obesidad, aunque desconocemos el IMC en el 10%. Deberíamos mejorar este registro y prestar mayor atención al problema en el abordaje global. Los pacientes en prevención secundaria, están en niveles de cLDL inferiores a 130 (70%) y niveles óptimos (> 45%), que podría deberse a la utilización de estatinas de mayor potencia. Detectamos infraregistro de arteriopatía periférica del 35% que debemos mejorar, sobre todo por la relevancia en prevención secundaria.

P89 EFECTIVIDAD DEL CONSUMO DE FITOESTEROLES PARA EL CONTROL DE LA DISLIPEMIA

S. González Sánchez, A. Escobar Oliva, N. Soler Solé, M. Ruiz Meseguer, M. Guzmán Bonilla y M. Rueda Chiva

ABS La Salut Badalona 7. Badalona. Cataluña.
Correo electrónico: 36825sgs@comb.es

Objetivos. Establecer la efectividad del consejo de consumir alimentos enriquecidos con fitoesteroides/estanoles como complemento a la dieta para mejorar perfil lipídico de pacientes dislipémicos en prevención primaria, en la práctica clínica habitual.

Tipo de estudio. Ensayo clínico aleatorizado.

Ámbito de estudio. Centro de Salud urbano.

Sujetos. 25-75 años, colesterol total (CT) > 250 mg/dL y/o colesterol-LDL > 130 mg/dL, sin intervención previa ni indicación de tratamiento farmacológico. Excluidos pacientes con riesgo cardiovascular (RCV) elevado o prevención secundaria.

Mediciones e intervenciones. Distribución aleatoria en 2 grupos: control (dieta y modificación de estilos de vida (MEV)) e intervención (consejo de consumo de una ración de fitoesteroides diaria y MEV). Control analítico a los 2 meses. Mediciones: Perfil lipídico al inicio y al finalizar el estudio, y cumplimiento terapéutico. Análisis por intención de tratar.

Resultados. Se incluyeron 32 pacientes (15 control y 17 intervención), 24 mujeres, edad media (DS) 50,78 (12,07). No se observaron diferencias entre los grupos intervención y control en cuanto a valores iniciales de CT, colesterol-HDL, colesterol-LDL. A los dos meses del consejo se observó una reducción estadísticamente significativa de los valores de CT y de colesterol-LDL, tanto en el grupo intervención como en el grupo control. Además la magnitud de las diferencias fue mayor en el grupo intervención, tanto de CT (-17,3 vs -31,6, $p = 0,047$) como de colesterol-LDL (-9,1 vs -22,1, $p = 0,026$). Se observó un alto grado de seguimiento del consejo dietético y de MEV (60%).

Conclusiones. En prevención primaria y con valores de colesterol moderados, el consejo de MEV mejoró el perfil lipídico. Añadiendo fitoesteroides a la dieta se potencia de forma significativa esta mejora.

P90 ¿CÓMO PERCIBEN LA OBESIDAD UN GRUPO DE MUJERES MARROQUÍES OBESAS?

C. Rey Reñones, C. Poblet Calaf, A. Reina Córdoba, G. Mimbreno García, M. Mangrané Ferrando y J. Jové Balanyà

ABS-Reus 4. Reus. Cataluña.
Correo electrónico: minap@tinet.org

Objetivos. Conocer cómo perciben la obesidad, las mujeres marroquíes obesas de un grupo de alfabetización en castellano. Formulación por parte de ellas de propuestas para perder peso.

Tipo de estudio. Estudio cualitativo.

Ámbito de estudio. Atención primaria-comunitaria.

Sujetos. Mujeres marroquíes adultas ($n = 9$) con un IMC > 30 de un grupo de alfabetización en castellano.

Mediciones e intervenciones. Grupo focal. Análisis sociológico del discurso.

Resultados. Prevalencia de obesidad en el grupo de alfabetización 54,5%. Grupo focal: edad media 35 (22-51). Casadas con hijos (78%). 3,5 años aquí. 1/3 hablan español fluido. Perciben la obesidad como problema estético, funcional, psicológico. Como colectivo "nosotras, mujeres, marroquinas" admiten "comer mucho" y una alimentación hipercalórica "tajine, caldos, carnes, patatas, azúcar...", un sufrimiento psicológico y psicossomático (por añoranza y "muchos problemas") originada sobreingestas. Como esposas cocinan para sus maridos estos alimentos. El soporte de éstos es importante para "hacer régimen". Unas demandan "pastillas", "jarabes", "maquinitas de masajes y de calor" y otras, dietas. Proponen crear un grupo de gimnasia, pagando una cuota mensual para tener un espacio femenino, para quitarse "el pañuelo y mucha ropa", citan ejemplos en Marruecos y Dinamarca. Propusimos compartir el espacio con mujeres autóctonas, respondieron "sí hombre sí, todas somos iguales". En cuanto a las 3 charlas realizadas por el equipo de salud, unos meses antes, agradecen el respeto y el cariño que les transmitimos "la palabra buena... me da fuerzas para hacer muchas cosas".

Conclusiones. -la obesidad es percibida como problema. -las costumbres culinarias y el sufrimiento psicológico como causas. -las actividades grupales respetuosas motivan el cambio -proponen la práctica deportiva en gimnasios femeninos.

Enfermedad cardiovascular/ factores de riesgo cardiovascular

P91 PREVALENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL EN 570.444 TRABAJADORES POR ÁREAS DE MORTALIDAD CARDIOVASCULAR

E. Calvo Bonacho, M. Sánchez Chaparro, M. Cabrera Sierra, A. Gómez Bares, J. Tornero Blanco y G. Baltasara

Ibermutuamur, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social Nº 274. Madrid. Madrid.

Correo electrónico: marthacabrera@ibermutuamur.es

Objetivos. Conocer la prevalencia de insuficiencia renal en las distintas áreas de mortalidad cardiovascular (AMCV) en la población laboral española y conocer el perfil de riesgo asociado.

Tipo de estudio. Estudio observacional y transversal.

Ámbito de estudio. Todo el estado español.

Sujetos. 831.674 trabajadores protegidos que acudieron a reconocimiento médico.

Mediciones e intervenciones. Cuestionario estructurado, parámetros antropométricos y bioquímicos para valorar la función renal. Para la estimación del filtrado glomerular (FG) se utilizó la fórmula abreviada del estudio Modified Diet in Renal Disease (MDRD-4). Se definen Área de mortalidad cardiovascular (AMCV) Baja (B) (< 175/100.000 p.a.); AMCV Intermedia (I) (175-200/100.000 p.a.); AMCV Alta (A) (> 200/100.000 p.a.). El riesgo cardiovascular (RCV) se calculó mediante el modelo Score europeo para países de bajo riesgo. Por la edad, mayoritariamente joven de la población laboral, también se consideró como de alto riesgo a los trabajadores que tenían un RR > 4.

Resultados. La prevalencia de insuficiencia renal detectada por FG < 60 ml/min/1,73 m² en las distintas AMCV fue la siguiente: AMCV(B) 4,11% (IC95% 3,99-4,23), AMCV (I) 2,71% (IC95% 2,56-2,86) y AMCV(A) 3,54% (IC 95% 3,43-3,65). La edad mayor de 60 años (OR: 18,824, IC 95% 17,543-20,199) y el sexo femenino (OR hombres/mujeres 0,370, IC 95% 0,358-0,383), son los factores más influyentes en la insuficiencia renal. La prevalencia de insuficiencia renal en los distintos estratos de RCV fue la siguiente: alto (7,7%); moderado (8,6%) y bajo (3,5%).

Conclusiones. Existen diferencias en la prevalencia de insuficiencia renal por AMCV en la población laboral española.

P92 ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR: ESTRATEGIAS PREVENTIVAS BASADAS EN LA COLABORACIÓN ENTRE MEDICINA DEL TRABAJO Y ATENCIÓN PRIMARIA

E. Calvo Bonacho, M. Sánchez Chaparro, A. Fernández Meseguer, M. Ruiz Moraga, I. Velasco De las Heras y A. Villar Cobeña

Ibermutuamur. Madrid. Madrid.
Correo electrónico: marthacabrera@ibermutuamur.es

Objetivos. La estratificación del riesgo cardiovascular (RCV) tiene como objetivos: Detección de los factores de riesgo vascular (FRV); Estratificación del RCV; Informar al trabajador, y a su médico de Atención Primaria (MAP), sobre los FRV y el nivel de RCV; Incorporar a los trabajadores con RCV moderado y alto a un programa de intervención preventiva telefónica. **Descripción.** Métodos Se seleccionaron trabajadores con un RCV bajo y moderado (n = 20.923), ofreciéndoles participar en un programa de intervención preventiva telefónica. A todos se les remitió un informe, junto a otro dirigido a su MAP, con los FRV detectados y el nivel de RCV alcanzado, acompañado de recomendaciones preventivas generales y específicas para el nivel de riesgo. Resultados Un 85% de los trabajadores seleccionados leía las recomendaciones preventivas, un 33% conocía su nivel de riesgo y un 73% conocía sus FRV: HTA (60,9%), dislipemia (65,7%), tabaquismo (43,5%), diabetes (16,5%), obesidad (19,6%). Un 52,9% declaró haber llevado la carta que informa de su RCV a su médico de Atención Primaria, realizando éste modificaciones terapéuticas sobre: la dieta (47%); HTA (19,5%); dislipemia (16,7%); diabetes (4,4%), tabaquismo (2,9%); no realizó cambios (36,5%). **Conclusiones.** La mitad de la población encuestada informa a su médico y éste pone en marcha modificaciones terapéuticas, especialmente relacionadas con modificación del estilo de vida, en un alto porcentaje de casos, existiendo un buen conocimiento de su riesgo cardiovascular. Estas actuaciones preventivas complementarias y sinérgicas entre Medicina del Trabajo y Atención Primaria, contribuyen a una prevención cardiovascular precoz y eficiente.

P93 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ADULTOS JÓVENES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

I. Sánchez Vázquez, J. Prada Pérez, J. Martínez Campos, A. Mellado Román, L. Barranco Santos y M. Berdún Ramírez

Fundación Hospital Alcorcón (Unidad de Urgencias). Alcorcón. Madrid.
Correo electrónico: adalucamin@hotmail.com

Objetivos. Valorar los factores de riesgo cardiovascular en adultos jóvenes (edad < 40 años) ingresados por síndrome coronario agudo. **Descripción.** Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Desde el año 1999 hasta el 2006 hemos revisado las historias clínicas de todos los pacientes con edad igual o inferior a 40 años ingresados en un hospital terciario con el diagnóstico principal de síndrome coronario agudo (angor inestable, infarto agudo de miocardio con o sin elevación del ST). En una base de datos recogimos los datos demográficos, factores de riesgo, etiología, complicaciones y tratamiento de los enfermos. Resultados En total ingresaron 6922 enfermos con síndrome coronario agudo (edad 72 ± 12 años; 71% varones). De ellos, 62 (0,9%) tenían edad < 40 años (0,9%)(edad media 34,1 ± 5 años; 89% [n = 55] varones). Los factores de riesgo más relevantes en los adultos jóvenes han sido: tabaquismo 84% (n = 52), HTA 29% (n = 18), hipercolesterolemia 54,8% (n = 34), diabetes mellitus 8% (n = 5), insuficiencia renal crónica 4,8% (n = 3), trombofilia 6,5% (n = 4) y consumo de cocaína 24,2% (n = 15). De las siete mujeres incluidas tres tomaban anticonceptivos orales. Se detectaron lesiones ateroscleróticas coronarias significativas en el 67,7% de los pacientes. Ningún enfermo falleció. **Conclusiones.** El síndrome coronario agudo en adultos jóvenes es poco frecuente con respecto a la población general. La aterosclerosis coronaria es la etiología subyacente más habitual. El tabaquismo, la hipercolesterolemia y el consumo de cocaína son los factores de riesgo más importantes.

P94 FUNCIÓN RENAL Y RIESGO DE APARICIÓN DE EVENTOS CARDIOVASCULARES. PODER PREDICTIVO DE LA CREATININA PLASMÁTICA, EL MDRD O EL COCKCROFT-GAULT

A. Dalfó-Bagué, E. Zabaleta Olmo, A. Dalfó-Pibernat, L. Palacios Soler, M. Vilaplana Cosculluela y L. Camps Vilà

CAP Gòtic. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: kashuo@yahoo.com

Objetivos. Evaluar la incidencia de eventos cardiovasculares (ECV) en pacientes hipertensos en función de los valores de creatinina plasmática (Cp) y de filtrado glomerular (FG). **Tipo de estudio.** Estudio longitudinal prospectivo.

Ámbito de estudio. Centro urbano de atención primaria. **Sujetos.** Cohorte, obtenida por randomización aleatoria, de 223 hipertensos adultos libres de ECV seguidos durante 12 años (1993-2005). **Mediciones e intervenciones.** Inicialmente, se recogieron: factores de riesgo cardiovascular, Cp, FG estimado por MDRD y Cockcroft-Gault (CG); durante el seguimiento, se registraron los ECV. Se utilizaron los test de Chi-cuadrado, t-Student o U-Mann-Whitney, análisis de la supervivencia (método de Kaplan-Meier y regresión de Cox). **Resultados.** El 4,4% tenían valores de Cp > 1,4-1,5 mg/dL. El 22% según CG y el 51,6% según MDRD presentaron valores de FG < 60 mL/min. Un 34,5% (77) de los pacientes presentaron un ECV y un 26,5% (59) de los pacientes fallecieron, aunque sólo 12 lo hicieron por causa cardiovascular. En un análisis de la supervivencia acumulada, la aparición de ECV: no se asoció a valores de Cp basal alterados (p = 0,199), se relacionó con valores de FG > 60 mL/min por MDRD (p = 0,022) y con valores de FG < 60 mL/min por CG (p = 0,068). **Conclusiones.** En una población hipertensa atendida en AP, el deterioro del FG por CG es mejor predictor de aparición de ECV que el deterioro del MDRD o la Cp.

P95 EPIDEMIOLOGÍA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR. ESTUDIO MULTICÉNTRICO POBLACIONAL

J. Baena Díez, C. Gómez Fernández, M. Vilató García, J. Vázquez Lazo, M. Hernández Ibáñez y M. Alzamora Sas

Centros de Salud La Marina y Riu Nord-Riu Sud. Barcelona, Santa Coloma de Gramenet. Cataluña.
Correo electrónico: jbaenad@meditex.es

Objetivos. Conocer la epidemiología de la fibrilación auricular (FA), mal conocida en nuestro medio, y los factores asociados a su diagnóstico. **Tipo de estudio.** Descriptivo transversal. **Ámbito de estudio.** Estudio multicéntrico, con 24 Centros de Salud, urbanos y rurales, con una población aproximada asignada de 600.000 personas. **Sujetos.** 1244 pacientes, mayores de 50 años, seleccionados mediante muestreo aleatorio simple de la población asignada. **Mediciones e intervenciones.** Tras contacto telefónico se citó a los pacientes en su Centro de Salud para completar un protocolo que constaba de variables demográficas, antropométricas, actividad física, factores de riesgo y patología cardiovascular, cuestionario vascular, analítica sanguínea y electrocardiograma de 12 derivaciones. **Resultados.** La edad media fue de 65,6 años (DE 8,7), con un 61,7% de mujeres. La prevalencia global de FA fue del 1,8% (IC95% 1,2-2,8), sin diferencias significativas (p > 0,05) por sexos: 1,7% en varones y 2,0% en mujeres. La prevalencia aumentó con la edad: 50-64 años 0,5%, 65-80 años 2,9% y > 80 años 5,8% (ji cuadrado para la tendencia < 0,0001) La FA fue más frecuente (p < 0,05) en los pacientes con arteriopatía periférica (7,7%) respecto a los que no la padecían (1,7%), con tratamiento antihipertensivo (3,3%) respecto a los que no lo tomaban (0,8%) y con tratamiento hipoglucemiante (4,3%) en relación a los que no tomaban estos fármacos (1,6%). No se observó relación con el resto de variables estudiadas. **Conclusiones.** La prevalencia de la FA coincide con la descrita en otros estudios, siendo el factor epidemiológico más determinante la edad.

Sesión 10

Viernes, 9 de noviembre - 12.00-13.00 h

Enfermedades infecciosas

P96 ESTUDIO DE SINTOMATOLOGÍA DE DEBUT Y FACTORES DE RIESGO EN 140 CASOS DE MENINGITIS Y SU CORRELACIÓN CON LA EVOLUCIÓN

C. Capdepón Vaillo, E. Delgado Martínez, J. Bauset Navarro, V. Mateo Cañizares y R. Cruz Novoa

Hospital de Torreveija. Torreveija. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: carmencapepon@yahoo.es

Objetivos. Establecer la relación entre la clínica de debut de los cuadros meningéos y la presencia de factores de riesgo (FR) con su evolución.

Tipo de estudio. Estudio epidemiológico descriptivo mediante revisión de historia clínica de los casos de meningitis en adultos documentados durante periodo 1997-2005. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, factores de riesgo, cefalea, fiebre, náuseas-vómitos, signos meníngeos y evolución (curación o éxitus).

Ambito de estudio. Ingresos en hospital comarcal.

Sujetos. Adultos diagnosticados de meningitis entre los años 1997 a 2005. **Mediciones e intervenciones.** Estudio epidemiológico retrospectivo.

Resultados. Se estudiaron un total de 140 casos. La mediana de edad fue de 31 años. La distribución por sexos fue de 78 varones y 62 mujeres. Respecto a las variables clínicas recogidas se objetivaron un total de 33 (23,6%) casos con factores de riesgo, la cefalea estuvo presente en 119 (85%) casos, la fiebre en 105 (75%) casos, los signos meníngeos en 85 (60,7%) casos, las náuseas en 66 (47,1%) casos y los vómitos en 64 (45,7%) casos. Respecto a la evolución de los pacientes 131 (93,6%) fue favorable y 9 casos (6,4%) éxitus. Un 44% de los éxitus presentaron factores de riesgo, así como el 22% de las curaciones. El síndrome clínico completo (cefalea, fiebre, náuseas, vómitos y meningismo) se presentó en 25 (19%) casos que evolucionaron favorablemente y en 4 (44%) que fallecieron.

Conclusiones. La presencia de factores de riesgo y la aparición de un cuadro clínico completo es más frecuente en pacientes que evolucionaron a éxitus, no siendo las diferencias estadísticamente significativas a consecuencia del tamaño muestral de fallecidos.

P97 DISTRIBUCIÓN Y PREVALENCIA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN UN ÁREA DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

P. Villanueva García, A. Cremades Mira, L. Bernet Végue, L. Morell Verduch, M. Navarro Hervás y R. Cano Muñoz

Centro Salud Puig. Hospital de la Ribera. Alcira. Comunidad Valenciana. Correo electrónico: acremades1@wanadoo.es

Objetivos. Conocer prevalencia de infección de los distintos subtipos del virus papiloma humano (VPH) y su distribución por edades y patología cervical en mujeres de un Área de Salud de la Comunidad Valenciana.

Tipo de estudio. Transversal.

Ambito de estudio. Área de Salud.

Sujetos. Mujeres mayores de 18 años, procedentes del Centros de Salud Integrados y consultas Hospital de referencia, sin sospecha de cáncer y ausencia de radioterapia pélvica.

Mediciones e intervenciones. Exploración ginecológica, frotis de cuello uterino (Criterios Diagnósticos Sistema Bethesda 2001) y detección de ADN de HPV (técnica nested PCR a tiempo real utilizando los iniciadores de consenso MY09/MY11 y GP5 + /6 + en segunda ronda). Los casos positivos se secuencian para tipificar cepa viral.

Resultados. Analizadas 1043 muestras cervicales de 750 pacientes, edad media 40 años. El ADN del HPV se detectó en el 39% de la totalidad de las muestras y en el 49% de 638 lesiones encontradas, 146 (26,7%) células escamosas atípicas (ASCUS), 275 (49%) lesiones intraepiteliales de bajo grado (LSIL), 174 (66,7%) de alto grado (HSIL), 21 (66,7%) carcinoma epidermoide, 4 (100%) adenocarcinomas, 18 (33,3%) células glandulares atípicas (AGC). El VPH se detectó en el 23,2% de muestras sin lesiones. Genotipos VPH más frecuentes de alto riesgo: 16 (10,5%), 45 (3,3%), 58 (3,3%), 18 (2,3%), 31 (1,8%) y bajo riesgo: 11 (1,7%) y 6 (1,2%). El VPH-16 fue el más prevalente en muestras normales. Coinfección se detectó 20% de VPH positivos. El 84% infecciones se concentran entre 3ª y 5ª década.

Conclusiones. Patrón de lesiones cervicales por edad se superpone a patrón de infecciones por VPH. En nuestra población las vacunas actuales sólo conseguirían una protección parcial frente al desarrollo de patología cervical.

EPOC y enfermedades respiratorias

P98 VALIDACIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA DE GRAVEDAD DE LA EPOC (COPDSS) Y EVALUACIÓN DE SU USO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA. ESTUDIO NEREA

C. Llor Vilà, M. Miravittles Fernández, E. Donado Budiño, I. Pérez, R. De Castellar Sansó e I. Izquierdo

CAP Jaume I, Tarragona. Servei de Pneumologia, Hospital Clínic, Barcelona. Clinical Development Unit, Uriach-Pharma, Palau-Solità i Plegamans, Barcelona. Dpto. de Innovación y Desarrollo, 3d Health Research, Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: rdcastellar@3d-hr.com

Objetivos. El estudio NEREA (Nueva Escala de gRavedad de la EPOC en Atención primaria) tenía como objeto validar la escala COPDSS en es-

pañol y correlacionarla con actividad física y salud percibida por el paciente con EPOC.

Tipo de estudio. Estudio epidemiológico prospectivo, transversal, multicéntrico.

Ambito de estudio. 448 médicos de familia y generalistas de toda España.

Sujetos. 1037 pacientes evaluables (> 40 años, con EPOC diagnosticada por FEV1/FVC < 70% y FEV1 < 80%, sin agudizaciones en los últimos 6 semanas, sin asma, sin demencia ni otras patologías que interfirieran).

Mediciones e intervenciones. Para la validación concurrente se registró: espirometría (< 12 meses), nivel de disnea actual (según Medical Research Council, MRC) y número de agudizaciones de la EPOC (naEPOC) en los últimos 12 meses. Se administró COPDSS y el paciente cumplimentó el test de actividad física en EPOC (London Chest Activity in Daily Living, LCADL) y el cuestionario de calidad de vida EuroQoL-5D.

Resultados. 84,3% varones, edad media = 68 ± 11 años, 22,6% fumadores, 10,1 ± 7,8 años desde diagnóstico de EPOC, media anual de 2,2 ± 1,9 agudizaciones y 0,5 ± 1 hospitalizaciones. COPDSS mostró correlación significativa (p < 0,001) aunque leve con FEV1 (%) (r = -0,215) y FEV1 (r = -0,254), moderada con naEPOC (r = 0,561) y número de hospitalizaciones (r = 0,594) y mayor correlación con MRC (r = 0,602). COPDSS discriminó entre pacientes con diferentes niveles de disnea (grados de 0-2 versus de 3-4, área bajo la curva ROC = 0,826) y con diferente naEPOC (de 0-1 versus > 2, área bajo la curva ROC = 0,776). Hubo correlación significativa aunque moderada entre COPDSS y LCADL (r = 0,455) y EuroQoL-5D (r = 0,555).

Conclusiones. La escala COPDSS es una herramienta útil y de fácil manejo en AP en pacientes con EPOC. Las puntuaciones COPDSS se corresponden en buena medida con el estatus funcional y psicológico del paciente de EPOC.

P99 USO DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

M. Monteagudo Zaragoza, N. Peñalver Cabré, C. Rubio Ripollés, J. Parcet Solsona, C. Alcaraz Gómez y A. Garrote Bascaña

Fundació Jordi Gol i Gurina. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: mmonteagudo@fundaciojgolgol.org

Objetivos. Conocer el nivel de seguimiento por parte de los profesionales de la Guía de Práctica Clínica, según normativa SEPAR, para pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Tipo de estudio. Estudio transversal multicéntrico.

Ambito de estudio. 20 equipos de atención primaria.

Sujetos. Pacientes > 40 años diagnosticados de EPOC (n = 801).

Mediciones e intervenciones. audit historias clínicas.

Resultados. 87,8% varones, edad media 70,16 años. Un 12,5% de pacientes sin registro sobre su hábito tabáquico Diagnóstico: espirometría 58,6%, RX 58,4%, ECG 34,3%, analítica 63,1%, gasometría en pacientes moderados/graves 13%, IMC 17,5%. Control clínico: EPOC leve: espirometría último año 37,7%. EPOC moderado: últimos 6 meses espirometría 20,2%, gasometría 0%. Último año espirometría 38,5%, gasometría 9,1% y ECG 31,1%. EPOC grave: Últimos 6 meses espirometría 10,6%, gasometría 0%, ECG 10,8%. Último año espirometría 45,5%, gasometría 39,1%, ECG 34,7%. Recomendaciones: antitabaco 32%, dieta 19,4%, ejercicio 15,7%, cumplimiento del tratamiento 15%, exposición ambiental 1,6%, exposición laboral 4,4%, vacunación gripe 79,4%, pneumococo 73,2%. Tratamiento anti-tabaco 2,8%. EPOC leve: broncodilatadores 67,5% corticoides inhalados 40,2%, teofilinas 2,4% EPOC moderado: anticolinérgicos 61%, agonistas beta2 50,6%, teofilinas 2,4%, corticoides inhalados 59,8%, fisioterapia 1,8%, Rehabilitación 3%. EPOC grave: anticolinérgicos 80,6%, agonistas beta2 69,4%, teofilinas 2%, corticoides inhalados 71,4%, orales 1%, fisioterapia 5%, Rehabilitación 7,1%, oxigenoterapia 7%.

Conclusiones. Pacientes sin registro sobre su hábito tabáquico en la historia clínica. Escasa utilización de pruebas en el diagnóstico (sobretudo espirometrías) y en el control clínico. Pocas recomendaciones. En ocasiones el tratamiento no se adecua a las guías. Es importante potenciar el uso de guías entre los profesionales para mejorar el diagnóstico y control de estos pacientes.

P100 ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA DEL SÍNDROME DE LAS APNEAS E HIPOAPNEAS DEL SUEÑO (SAHS): ¿CUÁNDO UTILIZAR LA ESCALA DE EPWORTH?

M. Menem, I. Oltean, J. Juvanteny Gorgals, J. Enguix Cugat, I. Feijoo Campos y M. Yuste Botey

CAP Via Barcino. SAP Muntanya. ICS. Barcelona. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: 22816jig@comb.es

Objetivos. En las guías sobre SAHS recomiendan que en Atención Primaria (AP) se detecten casos explorando SÍNTOMAS GUÍA: Apnea observada, ronquera, somnolencia diurna según escala Epworth (puntuación 0-24) (A-R-E). La enfermedad está infradiagnosticada. Prevalencia: 2%(2). Se recomienda una búsqueda de los enfermos de riesgo(FR) y que se utilice una escala de somnolencia: EPWORTH, poco conocida en AP. **Objetivos:** conocer la aplicabilidad de la “Epworth” en AP. Comparación de la “Epworth” “Estrategia A-R-E”, con una anamnesis con una pregunta simple(PS): “Tiene sueño durante el día”: Estrategia A-R-PS(práctica habitual).

Tipo de estudio. Descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. AP.

Sujetos. Población > 14 años con FR que acuden a consulta por cualquier motivo. Excluimos: Barthel < 30.

Mediciones e intervenciones. Búsqueda activa síntomas guía, pregunta simple sobre somnolencia, factores riesgo para apnea y escala Epworth.

Resultados. 104 pacientes con mayor riesgo de apnea. 62,5% con hipertensión, 57,7% obesidad (IMC > 30), 7,7% cardiopatía, 5,8% arritmia, 4,8% enolismo, 5,8% trastornos ORL, 4,8% profesión de riesgo. El 92,3% ronca, 40,4% somnolencia (PS) 21,2% apnea observada. Epworth #> 6 puntos: 40,4% #>10 puntos: 16,3%. Derivamos a polisomnografía un 5%. El valor predictivo negativo de la PS es del 95% para una puntuación #< 10 puntos en la “Epworth” (pero 74% para puntuación #< 6) El síntoma más frecuente es: ronquera. Los pacientes que no roncan no refieren apnea. Las preguntas más correlacionadas con la puntuación “Epworth” son: somnolencia viendo TV, después comida, tumbado. ($r = 0,7, 0,6, 0,6, p < 0,001$).

Conclusiones. La pregunta simple descarta con una probabilidad del 95% la somnolencia diurna grave (74% leve). Para explorar somnolencia inicialmente aconsejamos una “PS” o (preguntar sobre somnolencia viendo TV). Cuando la respuesta es positiva recomendamos usar la Escala Epworth, adaptando el algoritmo diagnóstico.

P101 FACTORES DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

M. Boira Costa, M. García Vaqué, C. Delgado Azuara, J. Fernández Serrano, M. Ferré Ferraté y P. Escoda Fuentes

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

Objetivos. Evaluar nivel calidad vida pacientes con Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) mediante cuestionario Salud SF-36. Detección variables que influyen en percepción nivel calidad vida.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Área Básica Salud Rural, 9217 usuarios.

Sujetos. pacientes EPOC.

Mediciones e intervenciones. edad, sexo, cuestionario Salud SF -36(8 escalas), años diagnóstico, tabaquismo, nº reagudizaciones/2años (nºr/2a). Grado EPOC, tratamiento, análisis estadístico #c² cuadrado, correlación de Pearson.

Resultados. 109 EPOC, contestan encuesta 71 (65,1%). Edad media: 73 ± 11,80, 3% hombres, ex- fumadores: 70,4%, fumadores: 8,5%; media diagnóstico 12 a; media nºr /2a 2,4; grado moderado 50,7%, 32% severo. Tratamiento (91,5% broncodilatadores, corticoides inhalados 70,4%, orales 5,6%, O₂ domiciliario 2,8) vacunación (VAG-VAN): 77,5%. Resultados medios escalas SF36: Salud General (SG): 38,3, Vitalidad (V): 42,5, Función Social (FS): 68,3, Rol emocional (RE):74,2, resto escalas valores medios sobre 50 puntos. Análisis #c² variables versus (vs) escalas SF-36 con significación estadística (p < 0,05): SG vs vacunas y tratamiento; Rol Físico (RF) vs vacunas, tratamiento, grado MPOC; Función Física (FF) vs edad y vacunas; RE vs edad, grado EPOC tratamiento; V vs sexo y tratamiento, Salud Mental(SM) vs edad, nº r/2a. Nº fármacos vs SG y RE.

Conclusiones. Se obtienen puntuaciones bajas(percepción negativa) para escalas SG, V y RF y altas RE ,función social, SM y dolor crónico. A más

edad y grado EPOC percepción más negativa FF, RE, SM. Mujeres presentan grado vitalidad inferior. Tratamiento corticoides inhalados disminuyen SG y V, corticoides orales y O₂ domiciliaria afectan negativamente SG, V, RE. Mayoría pacientes que toman 2 o más fármacos percepción SG baja y buena RE.

P102 CALIDAD DE LA ESPIROMETRÍA REALIZADA EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Rodríguez Álvarez, E. Valentín Moya, A. Cortada Cabrera, E. Fernández Mas, C. Ginés García y G. Espitab

ABS Canet y 5 Centros del Maresme. Canet de Mar. Cataluña. Correo electrónico: victoria.marina@gmail.com

Objetivos. Conocer la calidad de las espirometrías realizadas en atención primaria (AP). Valorar los posibles factores asociados a una mala calidad. Tipo de estudio. Descriptivo.

Ámbito de estudio. 6 centros de atención primaria de una misma comarca. **Sujetos.** 204 espirometrías realizadas en atención primaria.

Mediciones e intervenciones. Variables: edad, sexo, nivel de estudios, IMC, patologías crónicas asociadas, cumplimiento, consejos preespirometría, diagnóstico espirométrico, valoración curva, valoración tiempo, valoración global espirométrica, prueba broncodilatadora (PBD) Todas las espirometrías fueron realizadas por personal de enfermería entrenado.

Resultados. 58% hombres. Edad media 50 años (DE 12). 55% estudios primarios, 26% secundarios, 5% analfabetos, 5% diplomados y 5% licenciados. 30% jubilados. 77% tienen curvas espirométricas correctas y 78% el tiempo correcto. Ambas técnicas se realizaron correctamente en un 60%. 47% espirometrías normales, 2% obstructiva pura, 29% restrictiva pura, 8% mixta y 14% con cambios en pequeñas vías. El 98% PBD negativa. 91% cumple consejos previos pre-espirometría. No da significación estadística en sexo, en la consecución de una correcta curva o en el tiempo adecuado. Significación estadística entre un menor nivel cultural y peor técnica espirométrica en relación con una curva adecuada ($p = 0,01$). Pacientes de mayor edad realizaron la técnica peor tanto en relación al tiempo como a la curva ($p = 0,0005$). El diagnóstico restrictivo puro comporta una técnica peor ($p = 0,005$). Obesidad relacionada con patrón restrictivo.

Conclusiones. Bajo porcentaje de espirometrías correctas a pesar de ser realizadas por personal entrenado. La mala técnica espirométrica se ha visto relacionada con la edad avanzada y el bajo nivel cultural.

P103 PROYECTO “AJUEDE AL PACIENTE EPOC A VIURE MILLOR”: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ESTADIFICACIÓN DE LA EPOC

M. Llagostera Español, D. González, I. Monte Collado, E. Caramés Duran, I. García Bayo y L. Muñoz Ortiz

CAP Cornellà. Cornellà. Cataluña. Correo electrónico: mllagostera.cp.ics@gencat.net

Objetivos. Introducción: El proyecto estudia pacientes con EPOC, en los que se ha realizado una intervención (educación sanitaria) en 400, y se compara con 401 restantes al cabo de 1 año, para valorar mejoría clínica, y otros aspectos. La determinación del estadije condiciona actitudes terapéuticas.

Objetivos: observar los factores que se correlacionan directamente con el estadije de la EPOC (según la espirometría).

Tipo de estudio. Estudio observacional transversal multicéntrico.

Ámbito de estudio. 19 Centros de Salud.

Sujetos. 801 pacientes > 40 años, diagnosticados de EPOC, atendidos en Atención Primaria en 2003.

Mediciones e intervenciones. Mediciones : edad, sexo, enf. relacionadas, tabaquismo, exposición al medio laboral, pluripatología, ejercicio, dieta, años de evolución, nivel de disnea (MRC), IMC, vacunaciones, cumplimiento del tratamiento, numero de exacerbaciones/año, espirometría realizada en últimos 2 años y estadije.

Análisis estadístico: descriptivo univariante (media y desviación estándar para variables cuantitativas, frecuencia y porcentaje para cualitativas). Regresión logística polinómica bivariada y multivariada.

Resultados. El 87% hombres, edad media 71 a. Al 61% de los pacientes se le ha realizado una espirometría de control (en los 2 últimos años). El estadije 39% leve, 37% moderada, 24% grave. Un 59,2% sufren exacerbaciones (mín 1)/año.

Relación positiva con sexo (hombre), hábito tabáquico (ex- fumadores y fumadores, peor estadiaje), años de evolución, y nivel de disnea (Grado 3). **Conclusiones.** Ser paciente EPOC hombre, el hábito tabáquico (ex- fumador y fumador), los años de evolución, y el nivel de disnea (grado 3) se relacionan con peor estadiaje en la espirometría de control.

P104 EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL MANEJO CLÍNICO DE LA EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Burón Pust, C. Alonso Arcos, S. Roig Del Valle, M. Serrate Casado, M. Gámiz de Grado y F. Burgos Rincón

Centros de Atención Primaria Larrard, Vila Olímpica y Barceloneta. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: calonso@caplarrard.net

Objetivos. Evaluar los conocimientos generales que tienen los médicos de atención primaria (MAP) sobre la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y su manejo clínico.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo mediante encuesta que forma parte de un proyecto más amplio de implantación de la espirometría en la práctica clínica de AP.

Ámbito de estudio. Tres centros de AP.

Sujetos. 46 MAP (tasa de respuesta 83,63%).

Mediciones e intervenciones. La encuesta consta de 9 preguntas tipo test con 5 respuestas posibles y una correcta, sobre diversos aspectos de la EPOC. Los resultados se comparan con los obtenidos mediante la misma encuesta de un estudio nacional.

Resultados. Destaca la alta frecuencia de no respuestas a la pregunta de indicaciones de gasometría (17,4%) y la baja de respuestas correctas a la de tratamiento de la EPOC (15,2%). El mayor índice de respuestas correctas se obtuvo en la orientación diagnóstica de EPOC (95,7%) y la utilidad de la espirometría (87,0%). En la comparación de resultados, no se observan diferencias en los ítems con mayor y menor índice de respuestas correctas, así como tampoco en las no contestadas. Sin embargo existen diferencias en la respuesta incorrecta más frecuente en la mitad de las preguntas. El 76,1% contestó al menos 6 preguntas correctamente, frente al 80,9% nacional.

Conclusiones. Los MAP hacen una buena orientación diagnóstica del paciente con EPOC y conocen la utilidad de la espirometría en esta enfermedad, pero no clasifican correctamente en función de la gravedad y dudan en el tratamiento en fase estable. Son necesarias más actividades de formación sobre la EPOC en AP.

Sesión 11

Viernes, 9 de noviembre - 13.30-14.30 h

Gestión atención y calidad asistencial (I)

P105 PRESCRIPCIÓN ENFERMERA ¿Y POR QUÉ NO?

C. Montero Morales, C. Tapia Valero, A. De Pablos Heredero, M. Rodríguez Herrera, J. Arribas Merino y C. Cuéllar Herranz

Grupo Consenso Enfermero de Atención Primaria de Segovia. Segovia. Castilla y León.

Correo electrónico: cmonterom@telefonica.net

Objetivos. Conocer la opinión de las enfermeras de Atención Primaria de un Área de Salud sobre la prescripción enfermera.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo y transversal de la actitud de las enfermeras -disponible en una página web-, en el consenso sobre actividades enfermeras.

Ámbito de estudio. Un Área de Atención Primaria.

Sujetos. Universo de Enfermeras de un Área de Atención Primaria: 210. Muestra: 114.

Mediciones e intervenciones. Cuestionario estructurado en datos demográficos y 13 preguntas cualitativas -abiertas básicas y cerradas- del cual ex-

traemos las de prescripción enfermera. Tratamiento estadístico procesado con Epi Info.

Resultados. De 210 sujetos participan 114: 52,6% en el medio rural y 34,2% en el urbano -13,2% no contestan-. El 93,86% opina que la enfermería tiene responsabilidades propias. La mitad de las enfermeras realiza la prescripción colaborativa -derivada de la prescripción médica- y está a favor de ella. La otra mitad manifiesta que no es su responsabilidad y no lo hace. El 74% está a favor de la prescripción independiente -propia- mediante vademécum limitado.

Conclusiones. En nuestro Área de Salud, al igual que en otras Áreas españolas, hay un segmento importante de la profesión enfermera que dedica parte del tiempo a la prescripción colaborativa, aún sin reconocimiento legal. Nuestras enfermeras están dispuestas a trabajar con prescripción independiente mediante vademécum limitado. La aportación de la prescripción enfermera se traduce en: completar servicios de atención al usuario, mejorar las relaciones entre los profesionales del equipo, aumentar la eficacia y la eficiencia de los servicios de salud ofertados y, con todo ello, ampliar la accesibilidad y satisfacción del usuario.

P106 MEJORA DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN EN EPISODIOS DE SALUD URGENTES DE BAJA COMPLEJIDAD QUE ATIENDE UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRAL

G. Martínez Sánchez, E. Sitjas Molina, M. Pons Serra, S. Martínez Gálvez, J. Llopart López y M. Cabezas Torres

Badalona Serveis Assistencials. Organització Sanitària Integral. Badalona. Cataluña.

Correo electrónico: gmartinez@bsa.gub.cat

Objetivos. Analizar si la calidad de prescripción en episodios de salud urgentes de complejidad IV-V del Modelo Andorrano de Triage atendidos en un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) ha mejorado un año después de la implantación de un modelo de Organización Sanitaria Integral (OSI) que incorpora médicos del ámbito de atención primaria.

Tipo de estudio. Estudio observacional transversal mediante explotación de datos a través de los programas GesDoHC y OMI-AP.

Ámbito de estudio. Área urbana metropolitana que atiende un área de 216.000 habitantes.

Sujetos. Se seleccionaron de manera aleatoria sistematizada 100 pacientes mayores de 14 años, atendidos durante 2.005 en el SUH por personal exclusivo del ámbito de urgencias, presentando un episodio de complejidad IV-V tratado con gastroprotector (GP) al alta y comparándolo con otros 100 pacientes seleccionados igual pero atendidos por médicos del ámbito de atención primaria durante 2.006 tras implantarse el modelo OSI.

Mediciones e intervenciones. Se determinaron edad, sexo, indicadores cualitativos de indicación y adecuación del GP.

Resultados. 198 episodios válidos, 56% mujeres de edad media 48 años. Indicaban bien la gastroprotección un 82% de los médicos del ámbito de urgencias frente a un 83% del ámbito de primaria. Los médicos del ámbito de urgencias prescribieron el GP adecuado en un 33% frente a un 66% del ámbito de primaria.

Conclusiones. Incorporando médicos del ámbito de primaria al SUH y compartiendo la actividad urgente en un área de gestión con modelo OSI se mejora la calidad de prescripción.

P107 LA GESTIÓN PROPIA COMO MEJORA DE FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO

E. García Ramón, I. Esteban Sáez, A. Cuéllar Martín, C. Crespo González, M. Del Valle Martín y C. Díez Zurro

Arturo Eyries. Unidad Docente. Valladolid Oeste. Valladolid. Castilla y León.

Correo electrónico: elpiyo127@hotmail.com

Objetivos. 1. Consecución de los objetivos marcados en la cartera de servicios tanto en consecución de coberturas como de normas técnicas mínimas. 2. Mejorar la eficiencia en el gasto en todos los capítulos de gestión económica. 3. Mejora en el consumo de recursos de segundo nivel y uso pruebas de complementarias. 4. Mejora en el desarrollo de la organización interna (gestión de agendas) y actividades dirigidas a los pacientes. 5. Satisfacción y participación de los profesionales del equipo. 6. Satisfacción de los usuarios.

Descripción. Estudio descriptivo longitudinal a lo largo de dos años, realizado en un equipo urbano con 19876 pacientes. Integrado por 34 pro-

fesionales. La participación ha sido de 100% de médicos, 95% de enfermería y 100% de personal auxiliar. En cartera de servicios se consigue el cumplimiento del 100% de las coberturas con NTM del 85%. El consumo de recursos de 2 nivel se consiguen 1409 interconsultas menos de las acordadas al inicio. El tiempo medio de atención del médico es de 10,30 minutos por paciente. El grado de satisfacción de los profesionales es de 98% y la satisfacción de los usuarios 78%. El balance económico final es favorable al equipo con superávit de 738.114 euros en los 2 años.

Conclusiones. 1º La gestión propia facilita la toma de decisiones del equipo. 2º La gestión propia compartida satisface a los profesionales profesional y económicamente. 3º La eficiencia mejora notablemente con la autogestión y corresponsabilidad de todos los profesionales. 4º No se resiente con la autogestión ni la cartera servicios ni la satisfacción de los usuarios al contrario se incrementa.

P108 EVALUACIÓN LONGITUDINAL DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN CLÍNICA EN LOS PACIENTES ADSCRITOS A UN CUPO

R. Bordallo Aragón, R. Rodríguez Barrios, M. López Sánchez, N. Acero Guasch, A. Canalejo Echeverría y P. Vega Gutiérrez

CS El Palo. Málaga. Andalucía.

Correo electrónico: nieves_acero@hotmail.com

Objetivos. Evaluar la calidad en la atención clínica a pacientes con patologías crónicas adscritos a un cupo, de forma longitudinal (años 2003-2006).

Tipo de estudio. Estudio longitudinal. Metodología Ciclo de Calidad de Palmer.

Ámbito de estudio. Centro de Salud urbano. Cupo 2300 TAES.

Sujetos. Pacientes con diabetes mellitas (DM) (n = 156-151-145-143), EPOC (n = 59-60-46-41), riesgo cardiovascular (RCV) (n = 316-2005, 353-2006), ancianos frágiles (AF) (n = 115-80-82-87) e incapacitados (n = 51-61-53-53).

Mediciones e intervenciones. Evaluar cumplimiento de criterios de calidad para patologías crónicas.

Resultados. Cumplimiento criterios: DM: HbA1C anual: 63%-63%-65%-74% (estadísticamente significativa) ; HbA1C < 7: 59%-2005, 45,5%-2006 ;FO anual: 30%-2004, 34%, 39%; Exploración pies anual: 61%-2004, 68%, 77%. EPOC: Espirometría anual: 36%-2004, 34%, 41%; Consejo antitabaco: 60%-2004, 57%, 57%; Fumadores activos: 45%-2004, 58%, 55%. RCV: Medición SCORE: 27%-2005, 34%. AF: Valoración Integral anual: 49%-2003, 61%-2005, 78% (estadísticamente significativa). Incapacitados: Valoración Integral anual: 99%, 98%, 96%, 98%.

Conclusiones. Existen techos y tendencias en cumplimiento. Las intervenciones deben orientarse a la determinación FO y descenso de HbA1C en DM, la atención global en EPOC y la medición de RCV.

P109 INFLUENCIA DE LA ENTREGA DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS POR TELÉFONO EN LA GESTIÓN DE LA CONSULTA

T. Mahfouz Castejón, M. Navarro Gil, I. Valencia Pedraza, M. Forés Chacori, I. Zamora Casas y R. Viñas Vidal

ABS Santa Eulàlia Sud. Hospitalet de Llobregat. Cataluña.

Correo electrónico: mfores@camfic.org

Objetivos. Analizar si informar por teléfono a los pacientes del resultado de las pruebas complementarias (RT) ayuda a mejorar la gestión de la consulta (número de visitas diarias, demora en la cita previa y número de pacientes visitados en urgencias).

Tipo de estudio. Tipo de estudio: Estudio transversal descriptivo.

Ámbito de estudio. Ámbito de estudio: ABS urbana.

Sujetos. Sujetos: Todos los pacientes, de las consultas de 13 médicos, de los cuales se han recibido pruebas complementarias en febrero de 2007.

Mediciones e intervenciones. Variables: Edad, sexo, médico asignado, número de pruebas que llegan y tipo (análisis de sangre y orina, radiografías, TAC, ecografías), si se les comunica el resultado por teléfono o no y si el paciente es visitado en consulta en los 30 días siguientes a la recepción de la prueba, número de visitas por médico en la cita previa, demora, número de pacientes visitados en urgencias.

Resultados. 886 pacientes, 64,1% mujeres, edad 56,4 (DE = 17,5), se comunicaron RT a 47,1% (68,8% eran análisis de sangre y 5,9% Rx tórax).

Media de visitas diarias: 23,8 (DE = 2,8), demora: 1,6 días (DE = 0,4) y urgencias/médico/día: 3,6 (DE = 1,1). La proporción de pacientes que no fueron visitados en el mes siguiente fue mayor si se les habían informado por teléfono (83,9%) que si no (12,4%) (p < 0,0001). No hubo relación entre número de RT y número de visitas, demora o urgencias.

Conclusiones. No hemos podido demostrar que comunicar resultados por teléfono ayude a mejorar la gestión de la consulta, pero pensamos que puede ser una buena estrategia organizativa.

P110 SI TODOS HACEMOS LO MISMO, LOGRAREMOS COSAS PARECIDAS. EXPERIENCIA DE UN RECURSO INFORMÁTICO PARA HOMOGENEIZAR LA ASISTENCIA

F. Gallego De la Cruz, M. Gens Barberà, L. Palacios Llamazares, T. Elviro Boday, E. Oya Girona y G. Soriano Villalba

ABS Salou. Salou. Cataluña.

Correo electrónico: ferrangallego@yahoo.es

Objetivos. Agilizar y uniformizar la información y la comunicación informática del profesional sanitario en su práctica diaria mediante la creación de una herramienta electrónica selectiva para acceder a contenidos uniformes, cribados y consensuados para mejorar la asistencia y evitar la variabilidad interprofesional.

Descripción. Creación de una plataforma desde la intranet corporativa que dé acceso a diferentes carpetas clasificadas según áreas de interés: 1/Protocolos asistenciales, de procesos, pruebas y estándares, 2/Información, seguridad on-line y consejos para pacientes, 3/Dietas, 4/Recursos sanitarios, sociales y comunitarios 5/Fármacos, 6/Guías de prescripción y práctica clínica. Los contenidos de cada carpeta se incluyen en formato imprimible o por hipervínculo on-line y se seleccionan siempre tras presentación revisada y actualizada por los responsables asignados en equipos de mejora y se supervisa y consensúa en sesiones clínicas conjuntas. La selección exhaustiva de recursos en internet en los principales buscadores, atiende a la calidad y rigor del contenido, la transparencia de los autores, sus fuentes, valores, objetivos, y a la organización e instituciones que las sustentan. **Conclusiones.** Implementación de un acceso directo desde la página inicial de la intranet que contiene diversas carpetas con todos los documentos imprimibles y accesos electrónicos expuestos y consensuados. El continuo caudal informativo en internet no permite seleccionar con rapidez y fiabilidad sus contenidos. Este instrumento accede selectivamente a la información de forma inmediata, cribada, consensuada y elaborada, haciendo homogéneo su contenido. Cabe esperar que si siempre se usa el mismo recurso disminuya en gran medida la variabilidad asistencial.

P111 UTILIDAD DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA

M. Grau, A. García-Altés, M. Pasariñ, P. Arribas y C. Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: agarcia@aspb.es

Objetivos. En Barcelona desde hace dieciséis años existe un sistema de información por zona básica de salud (ZBS) que contiene indicadores del padrón municipal de habitantes, censo de población, registros de nacimientos, mortalidad y enfermedades de declaración obligatoria de la ciudad. El objetivo es conocer la utilidad y aplicabilidad para la Atención Primaria de Salud (APS) de un sistema de información por ZBS.

Descripción. Estudio descriptivo en dos etapas: (1) Análisis mediante entrevistas semiestructuradas de la opinión de técnicos de salud en activo y médicos de APS. Se preguntaba sobre el nivel de conocimiento, adecuación, utilidad y limitaciones del sistema. (2) Descripción de algunos indicadores registrados en los años 1994 y 2004, estandarizados por la población de Barcelona del año 2004. Se presentan los resultados de una ZBS, del distrito al que pertenece y de la ciudad de Barcelona. Los usuarios encuentran útil el sistema de información para describir la salud de la comunidad y el diseño de planes preventivos. La información anual desagregada permite comparar indicadores entre diferentes ámbitos y años, así como las desigualdades de nivel socio-económico y en salud. El 13% de la población de la ZBS elegida era mayor de 65 años y el 15% eran inmigrantes, siendo la esperanza de vida de 75,43 años (80,01 en Barcelona).

Conclusiones. El sistema de información por ZBS, a pesar de que algunos indicadores no alcanzaban la precisión deseada, mostró ser útil para el conocimiento de la salud de la comunidad asignada a un equipo de atención primaria.

P112 DERIVACIONES: ¿INFLUYE EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA CANTIDAD Y CALIDAD?

P. Franquelo Morales, D. García Mateos, J. Lema Bartolomé, S. Sáiz Santos, J. Buendía Bermejo y M. Molina Contreras

Centro de Salud Cuenca II. Cuenca. Castilla-La Mancha.
Correo electrónico: davidgmateos@yahoo.es

Objetivos. Analizar la relación entre la cantidad y calidad de las hojas de interconsulta y los factores relacionados con el médico de familia (MF).
Tipo de estudio. Estudio observacional, descriptivo y transversal de las derivaciones.

Ámbito de estudio. Centro Salud urbano.

Sujetos. Analizamos todas las interconsultas realizadas en el último trimestre del año 2005 por los MF del C.S.

Mediciones e intervenciones. Recogimos variables asociadas al MF, al paciente y a la propia interconsulta a través del programa de explotación de datos del Turriano.

Resultados. Analizamos 1.214 derivaciones realizadas por 7 MF. Media de edad del médico 47,5 ± 5,5 años, con proporción de varones del 57,1%. El 28,6% tenían formación MIR, y el 57,1% eran tutores. La media de años trabajados 21,7 ± 5,4 (media de años en el cupo 5,7 ± 5). Los cupos tenían de media 1873,1 ± 239,7 cartillas con una presión asistencial 41,1 ± 10 pacientes/día. La media de interconsultas fue 165,86 ± 76,21 (35,10% buena calidad). La tasa de interconsultas/1000 usuarios fue de 88,0 ± 36,5 y la tasa de interconsultas por presión asistencial fue de 3,96 ± 1,25. Analizada la calidad de la interconsulta y la tasa de interconsultas/1000 usuarios en relación con las variables sexo, tutor y formación MIR se obtiene valores significativos en calidad-MIR (p = 0,03) y próximos a la significación en calidad-mujer (p = 0,07) y calidad-tutor (p = 0,20).

Conclusiones. Existe una gran variabilidad en el número de interconsultas entre los diferentes médicos, que no parece justificarse por el número de cartillas y la presión asistencial. El hecho de tener formación especializada mejora la calidad de las derivaciones y tener residentes a su cargo parece relacionarse con una mayor capacidad resolutoria y calidad de las derivaciones.

P113 NUEVO SISTEMA DE INFORMACIÓN Y CAMBIOS EN LOS RESULTADOS ASISTENCIALES EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

B. Iglesias Pérez, M. Medina Peralta, F. Fina Avilés, L. Méndez Boo, M. Ferran Mercadé y J. Casajuana Brunet

SISAP Institut Català de la Salut. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: biglesias@ambitcp.catsalut.net

Objetivos. Describir los resultados asistenciales antes y después de la implantación de un SI clínico y determinar la asociación entre el nivel de utilización del SI de los profesionales y sus resultados.

Tipo de estudio. Descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Atención Primaria.

Sujetos. 270 EAP, 7858 profesionales y 5.800.000 usuarios.

Mediciones e intervenciones. Intervenciones: Implantación en abril del 2006, de un SI de ayuda al manejo clínico de pacientes, orientado a los profesionales, que acceden desde la historia clínica informatizada. Obtienen indicadores resumen comparados con el entorno y listados de pacientes mal controlados. La información está agregada y únicamente el profesional responsable del paciente puede acceder a información individualizada. Medidas: indicador sintético de calidad asistencial (32 indicadores); vidas salvadas; utilización SI. Periodo: 04-12/2006.

Resultados. Habían utilizado el SI 7858 profesionales (65,5%), variando de 72,2% (3252) en médicos de familia a 59,8% (3779) en enfermería. El control de pacientes fue superior entre los profesionales que utilizaron el SI (ejemplo: 22,3% vs 12,1% en ICC tratada con IECA/ARAI). Las muertes evitadas debidas al incremento de ICC tratadas con IECA/ARAI; control de HTA; tratamiento AAS/ACO en CI; tratamiento AAS/ACO en FA fue respectivamente 1136,5; 201,9; 159,1; 112,5 muerte evitadas/año.

Conclusiones. La implementación de un SI orientado al manejo clínico es bien aceptado y parece un instrumento adecuado para mejorar los resultados en salud. Hay que interpretar los resultados con cautela ya que, en este periodo inicial, se han producido mejoras de registro difíciles de diferenciar de verdaderos avances en el manejo del pacientes.

114 ANÁLISIS DE UNA CONSULTA DE TELEDERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. De Pablo Molina, M. Pascual Moreno, S. Martínez García, M. Bujalance Zafra, E. Márquez Romero y E. Blanco Reina

CS Victoria, Hospital R.U. Carlos Haya y Facultad de Medicina. Málaga.
Correo electrónico: Andaluciade_pablo@uma.es

Objetivos. La utilización de nuevas tecnologías, como la telemedicina, puede suponer una mejora de la atención asistencial. Con este objetivo se desarrolló el programa de Teledermatología, sistema de consulta asincrónica, entre nuestro Centro de Salud (CS) y el Servicio de Dermatología de nuestro hospital de referencia. La teleconsulta de lesiones dermatológicas de dudoso diagnóstico, puede tener ventajas de rapidez en el cribaje de patologías que requieran prioridad o intervención por parte del dermatólogo, en la cita al especialista y en la satisfacción del enfermo.

Descripción. Se trata de un estudio descriptivo. Un año de duración (2006-07). 304 pacientes de la consulta de Teledermatología del CS. Se fotografían la historia y lesiones tópicas de los pacientes. Las imágenes digitales enviadas del CS al hospital, vía intranet, se responden con informe diagnóstico o cita directa al hospital, para valoración "in vivo", dependiendo de la patología. Además de la parte clínica descrita, se ha efectuado una encuesta de satisfacción a los usuarios. Las lesiones detectadas son: queratosis seborreicas (24,80%), actínicas (20,73%), nevus melanocítico (17,48%), Ca. basocelular (6,5%), dermatofibroma (4,07%), y otras. En la encuesta a pacientes, consideraron útil este servicio el 100%, cree que adelanta la cita al especialista el 100%, y sobre la atención recibida el 90,91% da máxima puntuación.

Conclusiones. Podemos señalar la satisfacción y rapidez que indican los usuarios por este servicio, en aplicar tratamiento y la clínica de lesiones queratósicas que suponen casi la mitad de la patología.

Sesión 12

Jueves, 8 de noviembre - 9.00-10.00 h

Gestión atención y calidad asistencial (II)

P115 LOS USUARIOS RESPONDEN: ¿QUÉ ACTIVIDADES REALIZAMOS LAS ENFERMERAS?

R. Cruz Hidalgo, E. Pérez García, M. Serrato Villa, E. Jordán Trias, S. González Martínez y E. Blat Guimerà

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

Objetivos. El trabajo de enfermería comunitaria es desarrollar diversas actividades enfocadas a la promoción, prevención y mantenimiento de la salud del individuo, familia y comunidad, pero... ¿nuestros pacientes lo saben? Evaluación del grado de conocimiento de las actividades que se realizan en la consulta de adultos de enfermería.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Centro de salud urbano de Barcelona.

Sujetos. Pacientes que esperaban ser visitados en un centro de salud urbano de Barcelona.

Mediciones e intervenciones. Se pasó un cuestionario escrito. Variables estudiadas: edad, sexo, frecuentación de la consulta de enfermería y conocimiento de las actividades de enfermería a través de una pregunta abierta: (¿Qué actividades realiza la enfermera en su consulta?).

Resultados. El total de pacientes estudiados es de 55. La media de edad es de 50,98 años (DE: 20,11) y la proporción de mujeres es del 60%. El 27,27% de los encuestados nunca han sido visitados por enfermería, el 34,54% lo han sido alguna vez y el 38,18% regularmente. De las actividades que los pacientes creen que realiza la enfermera/o en su consulta, un 70,90% contestó tomar la TA, un 52,72% tallar y pesar, un 23,63% control de enfermedades crónicas, un 5,45% retirar tapones, un 21,81% analíticas, un 58,18% vacunas e inyectables, un 25,45% ECG, un 21,81% asesoramiento dietas, un 3,63% colocar SV, un 52,72% curas, un 9,09%

venrar, un 12,72% recetas, un 12,72% otras prácticas médicas y un 50,90% otras.

Conclusiones. Según los resultados obtenidos se objetiva que para nuestros usuarios sólo realizamos actividades técnicas y desconocen las actividades enfocadas en la educación para la salud; algo que ya sospechábamos y que nos deriva a la necesidad de hacerles llegar esta información.

P116 IMPACTO DE LA RECETA ELECTRÓNICA EN UN ÁREA BÁSICA DE SALUD

J. Blasco Alvaredo, M. Aizpún Sara, D. Lleixà Lleixà, J. Ausensi Estellé, C. Verdera Benedicto e I. Carles Villalbí

ABS Ulldecona- La Sènia. Ulldecona. Cataluña.
Correo electrónico: maizsar@alumni.unav.es

Objetivos. Valorar la implantación de la receta electrónica en nuestra ABS.

Descripción. Nuestro centro forma parte de un proyecto piloto en nuestra comunidad para implantar la receta electrónica. La farmacia escogida por el usuario puede "descargar" las prescripciones autorizadas, previa inserción de la tarjeta sanitaria individual del paciente, dispensarlas y facturarlas después. El sistema sólo permite dispensar medicación para 1 mes aunque la prescripción esté autorizada hasta para un máximo de 1 año. Permite igualmente el visado electrónico de las recetas que lo precisan. En dos meses de proyecto piloto se han incorporado 7 de los 9 médicos generales del ABS con un total de 419 pacientes prescritos (311 dispensados en la farmacia) y 1698 prescripciones (1401 dispensadas). Impacto de la implantación del proyecto: -Accesibilidad para el paciente o cuidador a la medicación prescrita. -Disminución del gasto farmacéutico por la progresiva disminución de los "stocks" domiciliarios. -Ganancia en tiempo del profesional en disminución en número y tiempo de visitas. -Calidad de la información entregada al paciente. -Medioambiental: se facturan 17.000 recetas al mes en la ABS (incluyendo pediatría). -Disminución de los contactos con el usuario.

Conclusiones. La implantación de la receta electrónica mejora la accesibilidad, el gasto farmacéutico, la presión asistencial y la calidad de la información al paciente. Tiene un impacto medioambiental positivo. Puede ser un riesgo para la mejora de la calidad de prescripción y el control del paciente crónico.

P117 CONOCIMIENTOS Y COMPORTAMIENTOS SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

R. De Dios Del Valle, J. Gutiérrez Martínez, M. Prieto García, J. Garzón Hernández, A. Fierro Campayo y A. Fernández Santamarina

Gerencia Área I de Asturias. Jarrío-Coaña. Asturias.
Correo electrónico: ricardo.dedios@sespa.princast.es

Objetivos. Conocer los conocimientos, comportamientos y valoraciones del personal sanitario de Atención Primaria de un área sanitaria respecto a la confidencialidad.

Tipo de estudio. Descriptivo transversal. Encuesta anónima autoadministrada. Ámbito de estudio. Área Sanitaria.

Sujetos. Médicos de familia y personal de enfermería de un área sanitaria. **Mediciones e intervenciones.** Encuesta anónima autoadministrada de 21 preguntas cerradas que valoran conocimientos, comportamientos y valoraciones sobre la confidencialidad en el ámbito de los centros de salud. Se registran variables sociodemográficas.

Resultados. 70 encuestas (tasa respuesta: 60,34%). Edad media 42,6 (DE: 8,6). 74,3% (IC95%: 63,3-85,2) mujeres. 47,1% (34,7-59,5) médicos. Conocimientos: 97,1% (90,1-99,6) entienden bien el concepto de intimidad, 91,4% (84,1-98,7) que se puede vulnerar divulgando o accediendo indebidamente a la información. 94,3% saben con quien pueden compartir la información. El 11,4% (3,2-19,6) conocen bien la ley 41/2002, y un 20% que pueden derivarse penas de cárcel en caso de vulnerar la confidencialidad. Comportamientos: 35,7% (23,8-47,7) solicitaría información a un compañero sobre el tratamiento de un amigo por iniciativa propia, un 24,3% (13,5-35) daría información de un paciente a un compañero recordándole que no debe revelarla. Un 12,9% contaría en casa el problema de salud de un amigo de la familia. 24,3% (13,5-35) nunca ha consultado una historia para satisfacer la curiosidad. 88,6% (80,4-96,7) consideran una mejora en la atención sanitaria el derecho del paciente a decidir sobre quien accede a su información. 34,2% (22,5-46,1) consideran que la confidencialidad se trata regular o mal en su centro. Un 75,7% consideran necesaria la formación en este campo. No existen diferencias por estamento, sexo, edad.

Conclusiones. Existe un alto nivel de conocimientos. Existe discordancia entre estos y los comportamientos diarios. Es necesario formación dirigida a modificar actitudes.

P118 IMPLEMENTACIÓN DE UN NUEVO SERVICIO EN EL CENTRO DE SALUD

M. Senán Sanz, T. Areny Riera, J. Bayó Llibre, M. Igualada Delgado, F. Cano Sanz y C. Roca Saumell

EAP El Clot. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: 33643mss@comb.es

Objetivos. Implementar actividades de crioterapia y cirugía menor, tras la apertura de un nuevo centro de salud dotado de quirofanillo, mediante una estrategia de formación en cascada.

Descripción. Se seleccionó una de los médicos de familia motivada para su formación en técnicas de crioterapia y cirugía menor. Tras realizarse reunión con el jefe de servicio de dermatología del hospital de referencia, se acordó una estancia de 3 semanas para la formación de la médico en estas habilidades. Durante esta estancia se realizó formación mediante la práctica de cirugía menor y crioterapia supervisada por dermatólogos. Se estableció un protocolo de actuación que fue integrado al servicio de dermatología, dirección del área y dirección del centro de salud. Paralelamente, la médico de familia realizó curso de formación de formadores en crioterapia y cirugía menor. Tras la estancia y la realización del curso, la médico seleccionada impartió talleres de crioterapia y cirugía menor en su centro de salud y se estableció un circuito de ambas actividades, que en un primer tiempo se están realizando en pareja, bajo la supervisión de la médico entrenada, y en los próximos meses se realizarán individualmente.

Conclusiones. La instauración de manera protocolizada de estas nuevas actividades ha supuesto un esfuerzo inicial en gestión de recursos, readaptación de la organización del centro y en la formación del personal sanitario. Sin embargo, este esfuerzo se ha traducido en una mayor satisfacción de los pacientes y médicos por un aumento de capacidad resolutoria, diálogo primaria-especializada y disminución de lista de espera.

P119 GRUPO DE EJERCICIO FÍSICO Y FRECUENTACIÓN DE VISITAS

L. Viñas Cabrera, M. Marne Cabezas, A. Niubó López, C. Jumilla Sánchez, L. Carrés Esteve y M. Giner Garriga

Centro de Atención Primaria Poblenou. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: lydiavc@comb.es

Objetivos. Detectar si existe una disminución de la frecuentación de visitas al Equipo de Atención Primaria (EAP), por parte de los usuarios con factores de riesgo cardiovascular (FRCV), que participan en un grupo de ejercicio físico liderado desde el personal de enfermería del centro

Descripción. Se captó un grupo de pacientes con FRCV a los que se les había prescrito el ejercicio físico como parte del tratamiento y, liderados por el personal de enfermería del EAP, se llevaron a cabo 2 sesiones por semana de ejercicios adecuados a sus necesidades durante tres meses, preferentemente andar. Mediante estos encuentros, además de cumplir con la prescripción del ejercicio, se intenta conseguir que estos usuarios afectados por el mismo tipo de patología, encuentren en el grupo la ayuda mutua que les proporcione más seguridad y autonomía. Se contabilizó el número de visitas al EAP 3 meses antes y 3 meses después de la participación en el grupo, a cualquiera de los profesionales del equipo.

Conclusiones. Participar en un grupo de actividad física propicia una disminución de la frecuentación de visitas a los profesionales de Atención Primaria. Posiblemente sea debido a que compartir experiencias comunes entre personas con un mismo tipo de patología, refuerza su confianza y autoestima evitando así la necesidad de realizar visitas innecesarias para su seguimiento al médico o la enfermera.

P120 EL RETORNO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL ASISTENCIAL A TRAVÉS DE LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA

M. Medina Peralta, M. Ferran Mercadé, L. Méndez Boo y F. Fina Avilés

SISAP Institut Català de la Salut. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: mmedinap@meditex.es

Objetivos. Establecer un Sistema de Información (SI) para retornar a los profesionales de atención primaria la información generada en su práctica clínica a través de la HC informatizada.

Descripción. La experiencia se inició en junio de 2006. Son usuarios del SI todos los profesionales asistenciales de 270 EAP (7858 profesionales: MF; enfermeras; pediatras). Se facilita información individualizada mensual sobre calidad asistencial; calidad de prescripción farmacéutica; accesibilidad; gestión de incapacidad temporal. La explotación se hace centralizada y a partir de toda la base de datos del total de usuarios (HC informatizada). Los profesionales acceden a la información desde la HC informatizada en su estación de trabajo. La visualización de la información se realiza en tablas comparativas con el entorno y con el cumplimiento de las metas, en forma de códigos cromáticos que facilitan la interpretación. Los profesionales pueden consultar listados de pacientes mal controlados. En junio de 2006 consultaron la información asistencial 1632 profesionales y 6188 en mayo del 2007.

Conclusiones. La alta utilización del SI indica la aceptación del sistema y refleja la necesidad del retorno de información asistencial a los profesionales que la generan. Sería conveniente disminuir el período de actualización de la información.

P121 ASISTENCIA URGENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA. UN CICLO MEJORA

E. Roig Angosto, A. Cánovas Inglés, A. Barragán Pérez, A. Roig Fernández, F. Usón Sánchez y D. Iglesias Gallego

Centro de Salud. Cartagena. Murcia.
Correo electrónico: acingles@hotmail.com

Objetivos. Determinar la calidad de la asistencia que recibe el usuario que demanda atención urgente en centros de salud. Establecer medidas correctoras para mejorar dicha asistencia.

Tipo de estudio. Ciclo de mejora: criterios evaluados: C1. Toda urgencia se atenderá en el mismo día que se solicita. C2. Ante la llegada del usuario, administración informará al facultativo de la demanda asistencial ($t < 5$ min). C3. El facultativo, una vez informado, valorará la pertinencia de la misma y la respuesta consecuente.

Ámbito de estudio. Atención Primaria. Centro de Salud.

Sujetos. Usuarios del SNS que demandan atención urgente de 8 a 15 h. Fuente de datos: Agenda de actividad diaria de consulta.

Mediciones e intervenciones. Muestra: $n = 120$ casos. Muestreo aleatorio simple. Período de estudio: Primera evaluación (01-01-06 al 01-03-06, 2 d/sem). Medidas correctoras: Implementación protocolo diseñado al respecto. Segunda evaluación (01-06-06 al 30-05-06). Evaluación interna, prospectiva mediante autoevaluación por centros y auditoría externa.

Resultados. Grado de cumplimiento de los criterios en los periodos estudiados: C1 $96,66 \pm 7,0$ vs $100 \pm 0,00$, $p > 0,05$; C2 $36,66 \pm 17,2$ vs $90,00 \pm 10,7$, $p < 0,01$; C3 $96,6 \pm 7,0$ vs $100 \pm 0,0$, $p > 0,05$. La mejora relativa de nivel de calidad obtenida fue del 1%, 84,21%, 1%, respectivamente.

Conclusiones. La mejora del cumplimiento del criterio 2, supone un incremento del nivel de calidad en la atención a los pacientes que demandan este tipo de asistencia. Las intervenciones para mejorar los criterios se basaron en registrar la demanda por parte de los administrativos, mejoras organizativas y de formación.

P122 ESTÁN CALIBRADOS Y REVISADOS LOS EQUIPOS DEL CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA?

M. Caldentey Tous, G. Tamborero Cao, A. Chavarria, E. Miró Viamonte, C. Sonia y M. Gabriel

Centro de Salud Coll d'en Rebassa. Palma de Mallorca. Illes Balears.
Correo electrónico: bmoragues@yahoo.es

Objetivos. Revisar los equipos de un centro de salud (CS) y establecer un protocolo de actuación para controlarlos.

Descripción. Ámbito: CS docente, urbano (25000 habitantes) con 47 profesionales. CS implicado en proceso de certificación de la excelencia en la calidad de servicios. En relación con el control de los equipos se identificaron 108 equipos en el CS, que agruparon en 21 tipos diferentes. 11 de ellos eran personales de los profesionales, el resto perteneciente al CS. No se establecía una sistemática de control e identificación de los equipos. Ej.: pesa-bebés, básculas, tensiómetros, termómetros, termómetros de máx-mín, equipos electromedicina (desfibrilador, electrocardiograma), etc. Detectamos que no teníamos codificados todos los equipos, el 70% no estaban calibrados oficialmente, desconocíamos el error permitido para cada equipo, no se habían definido los métodos de control de los equipos

entendiéndose que sólo era necesario su ajuste y del 90% de los equipos no teníamos manual de instrucciones. Decidimos, dentro de nuestro sistema de gestión de la calidad: Definir en el listado de equipos, el método de control de cada uno de los equipos según las instrucciones o indicaciones de los representantes, incluyendo el error permitido para cada equipo, y realizamos un planning de calibración y revisión de cada equipo nombrando un responsable para dicho fin.

Conclusiones. Los equipos de Atención Primaria deben estar identificados con fecha de revisión, registrados, con su manual de instrucciones según el modelo y marca, controlados con un registro de calibraciones y revisiones además de un responsable del control del mantenimiento de los equipos.

P123 EXPERIENCIA ON-LINE CON ATENCIÓN ESPECIALIZADA: PROYECTO RETINOMIAP

E. Roig Angosto, A. Cánovas Inglés, A. Roig Fernández, G. Sánchez Nancrales, E. Madrid Sánchez E y V. Vicente López

Centro de Salud de Torre Pacheco. GAP Cartagena. SMS. Cartagena. Murcia.
Correo electrónico: acingles@hotmail.com

Objetivos. Establecer un Registro Evolutivo Digitalizado del Fondo de Ojo de los pacientes diabéticos en una Zona Básica de Salud. Implementación de un Circuito de derivación on-line con atención especializada.

Descripción. Se estudiará el Fondo de Ojo del universo muestral, pacientes del Programa de Crónicos de Atención a la Diabetes, $n = 1.496$. Se utilizará el retinógrafo no midriático Visucam Pronm de Cara Zeiss. Se realizarán tomas de disco óptico y mácula de los ojos, creándose así un Registro Evolutivo Digitalizado de cada paciente. Las imágenes se envían on-line a los médicos del EAP, que tras análisis y clasificación evolutiva-siguiendo los protocolos consensuados de actuación ante diferentes situaciones- se remiten on-line, al oftalmólogo para su tratamiento y citación. El ciclo se reiniciará de nuevo según la cadencia temporal indicada por atención especializada. Este circuito debe reducir las listas de espera de oftalmología al derivar a especializada solamente los casos patológicos.

Conclusiones. El Registro Evolutivo Digitalizado representa una mejora en la calidad asistencial de los de pacientes diabéticos. La utilización de tecnologías de nueva generación, deben ponerse más a disposición de los Equipos de Atención Primaria. Se potencia la relación de atención primaria con atención especializada y se mejora la accesibilidad y la calidad de los servicios prestados. Los circuitos directos, como el RETINOMIAP, agilizan los procesos diseñados.

P124 FORMULARIOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. UNA VISIÓN DIFERENTE DE MÉDICOS Y ENFERMERAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Melguizo Jiménez, N. Valero Moll, I. Barrio Cantalejo, B. Arriba Marcos y B. Marcos Ortega

Centro de Salud Almanjajar. Granada. Andalucía.
Correo electrónico: oziuglemm@telefonica.net

Objetivos. Conocer la opinión de profesionales de los EAP acerca de los procedimientos que requieren consentimiento informado (CI).

Tipo de estudio. Descriptivo.

Ámbito de estudio. Distrito de Atención Primaria de 260.000 habitantes.

Sujetos. Muestra de Médicos de Familia y Enfermeras del Distrito.

Mediciones e intervenciones. Mediciones e Intervenciones: Recopilación de todos los formularios escritos de CI utilizados en el Distrito. Valoración por parte Médicos de Familia y Enfermeras de cada uno de los procedimientos y encuadre en tres modalidades: CI escrito, CI verbal con registro en historia y no precisa CI. Se aplica para la medición test de comparación de medias. Se recogen 16 formularios de CI diferentes. Evalúan 42 Médicos de Familia y 38 Enfermeras.

Resultados. El CI escrito en el caso de Médicos de Familia se consideraba necesario para: Cirugía Menor, Inserción de DIU, Inserción de Implante Anticonceptivo Subdérmico y Técnicas de odontoestomatología.. En el caso de Enfermeras se consideraba necesario para Cirugía Menor, Inserción de DIU, Inserción de Implante Anticonceptivo Subdérmico, Técnicas de odontoestomatología, anticoncepción en menores, anticoncepción postcoital, lavado de oídos, gestión de IVE, procedimientos en

paliativos y vacunas hiposensibilizantes. El CI verbal se consideraba necesario en ambos grupos para sondaje nasogástrico, sondaje vesical, taponamiento nasal y curas no complicadas. No se precisaba CI para ambos grupos la triple toma citológica.

Conclusiones. Los médicos de familia creen necesario los CI escritos para técnicas agresivas y cruentas. Las enfermeras consideran necesarios los CI escritos además para procedimientos con implicaciones éticas y legales. Se hace preciso llegar a un consenso para el uso de formularios de CI entre profesionales sanitarios.

Sesión 13

Jueves, 8 de noviembre - 10.30-11.30 h

Hipertensión arterial

P125 VARIABILIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL CON LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA (MAPA)

M. Gijón Conde, E. Tolmo Estela, C. Rodríguez Martín-Millanes, E. Minguela Puras, M. Ramírez Ariza y S. Jones Dougan

Centro de Salud Cerro del Aire. Majadahonda. Madrid.
Correo electrónico: condemaite@terra.es

Objetivos. Conocer la variabilidad y perfil circadiano de la presión arterial.

Tipo de estudio. Descriptivo.

Ámbito de estudio. Centro de salud urbano.

Sujetos. Hipertensos mayores de 18 años atendidos en atención primaria.
Mediciones e intervenciones. Datos demográficos, factores de riesgo, enfermedad cardiovascular, cifras de presión arterial y control en consulta y MAPA, tratamiento, perfil circadiano: dipper si descenso nocturno de presión arterial sistólica era 10-20%, no dipper 0-10%, dipper extremo > 20% y riser < 0%.

Resultados. Se incluyeron 238 pacientes. La edad fue 59,34(12,86) años. 59,2% fueron varones. 15% diabéticos, 30% dislipémicos, 18% fumaban y 31% presentaban obesidad. 1 28,2% tenían la presión arterial controlada en consulta, 56,7% y 47,1% estaba controlada en MAPA actividad y descanso respectivamente. 64,5% tomaban medicación (19,7% monoterapia, 21,8% dos fármacos, 16,4% tres y 7,6% cuatro o más). 41,6% fueron dipper. 9,7% extreme dipper, 32,8% no dipper y 10,5% riser. No hubo diferencias significativas en los niveles de control de la presión arterial clínica o en la MAPA en relación a factores de riesgo o si tomaban o no tratamiento. Hubo diferencias en el perfil circadiano en diabéticos donde fue más prevalente el no dipper (67%) así como según el nivel de terapia usada siendo más frecuente el no dipper en los pacientes con terapia combinada (55%) frente a monoterapia (51%) o sin tratamiento (39%) (p < 0,05).

Conclusiones. El patrón circadiano de presión arterial está influido por la diabetes y la medicación. Sería objetivo añadido en la hipertensión conseguir adecuado descenso nocturno pues implica menor riesgo cardiovascular.

P126 ¿ES CÓMODA LA REALIZACIÓN DE UN MAPA?

M. García Cáceres, S. Díaz Herranz, J. Martín Rodrigo, M. Anselmo Díaz, M. García Reina y G. Hinchado Caballero

Centro de Salud La Paz. Badajoz. Extremadura.
Correo electrónico: fbotellom@wanadoo.es

Objetivos. Estudiar comodidad e interferencia en el sueño, desde el punto de vista del paciente, de la prueba MAPA.

Tipo de estudio. Descriptivo.

Ámbito de estudio. Atención Primaria.

Sujetos. Hipertensos remitidos a una consulta de MAPA.

Mediciones e intervenciones. Se realiza un MAPA de 24 horas y una encuesta con cuatro preguntas: 1.-¿Cuántas veces se ha levantado durante la noche? 2.-¿Cómo ha pasado la noche? 3.-¿Le ha resultado incómoda la prueba? 4.-Si su médico lo considerara necesario ¿se repetiría la prueba?

Resultados. Se incluyeron 99 pacientes, con una edad media de 57,63. Un 58,6% del total no se ha levantado ninguna vez, un 31,3% una vez y un 10,1% dos o más veces. La noche es valorada "igual a otras" en un 59,6%. Valoran la noche como "peor que habitualmente" un 40,4% de los pacientes. El 42,4% considera que la prueba le ha resultado normal o "no incómoda". El 52,5 % la valoran como incómoda y y un 5,1% como muy incómoda. Del 27,3% que contestaron, la repetirían 26 pacientes lo que representa un 96,3%.

Conclusiones. La MAPA de 24 horas no está exenta de inconvenientes pero la información que da, y la ayuda para el conocimiento y el manejo de la hipertensión arterial justifica su mayor difusión en atención primaria de salud.

P127 PATRÓN CIRCADIANO DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y CONSUMO DE FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS

L. García Ortiz, M. Gómez Marcos, N. Sánchez Ramajo, A. Matías Pérez, J. Martín Marcos y M. Dávila Vals

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

Objetivos. Analizar la relación entre el patrón circadiano de la presión arterial y el consumo de fármacos antihipertensivos.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo trasversal.

Ámbito de estudio. Atención Primaria.

Sujetos. 351 hipertensos incluidos por muestreo consecutivo en la Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA). Mujeres 180(51,3%). Edad media 62,83.

Mediciones e intervenciones. Variables: edad, sexo, fármacos, profundidad del descenso nocturno de la presión arterial y patrón circadiano.

Resultados. El patrón circadiano fue Extreme dipper 6,9%, Dipper 45,8% No dipper 37,5% y Riser 9,7% y la profundidad media sistólica 9,61% y la diastólica 14,69% sin diferencias entre sexos. Asociación negativo entre edad y profundidad sistólica (r = -2,59, p < 0,05) y diastólica (r = 2,19, p < 0,05). La edad media del Dipper y extreme dipper es inferior al No dipper y Riser (p < 0,05). Sin fármacos el 30,1%, con uno 25,2%, con dos 26,6%, con tres 13,5% y con cuatro 4,6%. Encontramos mayor profundidad, tanto sistólica como diastólica en los grupos con 0,1 o 2 fármacos (10,71,10,12 y 10,04%), sin diferencia entre ellos, pero si con los de 3 o 4 fármacos que presentan una profundidad menor (6,88% y 5,08%) (p < 0,05). Mayor proporción de Riser entre los pacientes con mayor número de fármacos, 25% los de 4 y 15% los de 3 (p > 0,05). Las variables que permanecen en la ecuación de regresión para predecir la profundidad son la edad y el consumo de betabloqueantes en la sistólica y ARAII en la diastólica.

Conclusiones. Encontramos un descenso de profundidad nocturna de la presión arterial tanto sistólico como diastólico asociado al aumento de la edad y al mayor consumo de fármacos antihipertensivos.

P128 RESULTADOS PRINCIPALES DEL REGISTRO DE 50.000 MONITORIZACIONES AMBULATORIAS DE LA PRESIÓN ARTERIAL. PROYECTO CARDIORISC-MAPAPRES

M. Gorostidi Pérez, F. Alonso Moreno, J. Segura De la Morena, J. Sobrino Martínez, A. De la Sierra Iserte y L. Ruilope

Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Madrid. Madrid.
Correo electrónico: manuel.gorostidi@sespa.princast.es

Objetivos. Cardiorisc-Mapapres es un proyecto de la Sociedad Española de Hipertensión (SEH-LELHA) que promueve la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) en Atención Primaria. Los objetivos generales son la formación e investigación en PA ambulatoria y la optimización asistencial del paciente hipertenso.

Tipo de estudio. Epidemiológico descriptivo.

Ámbito de estudio. Atención Primaria.

Sujetos. Pacientes con hipertensión arterial.

Mediciones e intervenciones. 900 médicos investigadores realizan MAPA en condiciones de práctica habitual procesando los registros en www.cardiorisc.com. Los médicos reciben un informe de resultados en tiempo real. Entre junio 2004 y enero 2007 se generó una base de 50.000 registros.
Resultados. Se analizaron 42.886 casos con edad media 59,0 años, 52,8% varones y 37,5% con riesgo cardiovascular alto. La PA clínica fue 149/88

mmHg, la PA ambulatoria diurna 133/80 mmHg y la nocturna 122/69 mmHg. El grado de control de la PA diurna ($< 135/85$ mmHg) fue 49% vs 23% el estimado por una PA clínica $< 140/90$ mmHg. Se detectó una prevalencia de HTA enmascarada de 5%. La prevalencia de un patrón no dipper fue 54%. Esta alteración se relacionó con la edad, el sexo masculino, el tratamiento antihipertensivo farmacológico, la diabetes, el riesgo cardiovascular y con la enfermedad vascular establecida.

Conclusiones. El proyecto Cardiorisc-Mapapres está permitiendo la aplicación de una técnica avanzada en la evaluación del paciente hipertenso a un número muy elevado de casos. La MAPA revela que la estimación del grado de control de la HTA mediante la PA clínica está sometida a errores relevantes y que la prevalencia de alteraciones del ritmo circadiano es muy elevada.

P129 MAPA Y COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DIABETES E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

C. Crespo González, E. García Ramón, I. Esteban Sáez, A. Cuéllar Martín, Y. Granja Garrán y J. Álvarez Manzanares

Arturo Eyries. Unidad Docente. Valladolid Oeste. Valladolid. Castilla y León.
Correo electrónico: elpiyo127@hotmail.com

Objetivos. 1º Conocer el ritmo circadiano de la hipertensión en los diabéticos. 2º Saber el porcentaje de pacientes Dipper en los diabéticos-hipertensos. 3º Conocer los pacientes diabéticos e hipertensos bien controlados 4º La relación de las complicaciones con el factor Dipper.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal,

Ámbito de estudio. Centro de salud urbano con 19876 habitantes de los cuales 673 son diabéticos.

Sujetos. La muestra ha sido de 114 pacientes con diabetes e hipertensión a los cuales se realizó un MAPA de 24 horas y se recogieron todos los datos de la historia clínica. El 55,30% son mujeres y 44,70 varones.

Mediciones e intervenciones. Las variables estudiadas son el sexo, la edad, el patrón MAPA, los factores de riesgo asociados y las complicaciones que presentaban los pacientes.

Resultados. El total de pacientes Dipper fue de 38,59%, de ellos 51% mujeres. El total de pacientes con controles de tensión arterial inferiores de 130/80 fue de 42,98%, el 63,26% mujeres y 30,73% varones. De ellos el 44,85 eran Dipper y 55,15% No Dipper. La hipertrofia de ventrículo izquierdo y la nefropatía eran más frecuentes en los pacientes No Dipper con 8,3% de prevalencia. La retinopatía y la arteriopatía periférica eran similares en ambos grupos con prevalencia de 16%.

Conclusiones. 1º El porcentaje de pacientes Dipper en diabéticos es escaso. 2º Solamente el 42,9% de los diabéticos-HTA están bien controlados. 3º En el buen control de la tensión no interviene el factor Dipper. 4º La afectación renal y cardíaca en los diabéticos hipertensos es más frecuente en los No Dipper.

P130 PRESENCIA DE LESIÓN DE ÓRGANO DIANA Y CONDICIÓN CLÍNICA ASOCIADA EN PACIENTES CON RECIENTE DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Á. García García, L. García Ortiz, M. Gómez Marcos, J. Parra Sánchez, L. González Elena y A. González García

Unidad de Investigación La Alamedilla. CS La Alamedilla.. Salamanca. Castilla y León.

Correo electrónico: aglgarcia1@yahoo.es

Objetivos. Analizar las lesiones de órganos diana (LOD) y condición clínica asociada (CCA) y su relación con el tiempo de evolución de la hipertensión arterial (HTA).

Tipo de estudio. Descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Dos centros de salud urbanos.

Sujetos. 351 hipertensos de dos centros de salud urbanos, seleccionados por muestreo consecutivo. Mujeres: 181 (51,4%), edad media: 62,8.

Mediciones e intervenciones. Creatinina, índice albúmina/creatinina (IAC), hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI), Índice tobillo/brazo, tiempo de evolución. Se establecen tres grupos según fecha diagnóstico: 1º: < 1 año, 2º: 1-10 años y 3º: > 10 años.

Resultados. En el primer grupo hay 109 (31%) en el 2º 156 (45%) y en el 3º 81 (24%). Creatinina del 1º grupo: 0,91 (IC 0,86-0,95), del 2º 0,96 (IC 0,91-1,01) y del 3º 1,12 (IC 0,94-1,3) ($p < 0,05$). Con LOD (Cr $1,3-1,5$ V y $1,2-1,4$ M) el 3%, 6,8% y 9% y CCA (Cr $> 1,5$ V y $> 1,4$ M) el

1%, 2% y 11,5% respectivamente ($p < 0,05$). No se encuentra diferencia entre los tres grupos en el índice albúmina/creatinina ni % de pacientes con microalbuminuria o proteinuria. Hay HVI en el 12,5% del 1º grupo, 4,5% del 2º y 17,5% del 3º ($p < 0,05$). Encontramos arteriopatía periférica (EAP) en el 16,5% del primer grupo, el 23% del segundo y el 20,3% del tercero ($p > 0,05$), sin embargo hay mayor prevalencia de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular conforme aumenta el tiempo de evolución. Presentan LOD y CCA el 30% del primer grupo, el 43% del segundo y el 63% del tercero ($p < 0,5$).

Conclusiones. Encontramos aumento de lesión de órganos diana y condición clínica asociada, excepto de la EAP, conforme aumenta la evolución de la hipertensión.

P131 PERFIL DE LOS HIPERTENSOS CON PATRÓN CIRCADIANO RISER Y SU IMPACTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Pérez Ductor, M. López Martí, J. Monleón Gómez, E. Parreño Rodríguez, S. Tejedor Alonso y P. Alfaro Perea

Centro de Salud Fuente de San Luís, Hospital Doctor Peset. Valencia. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: crispeduc@hotmail.com

Objetivos. Introducción. La ausencia de descenso nocturno adecuado en la presión arterial se ha asociado con aumento de eventos cardiovasculares y con mayor daño de órgano diana. Algunos estudios han documentado que el patrón riser es el más peligroso por presentar mayor riesgo de enfermedad y mortalidad cardiovascular. Objetivo. Describir el perfil de los pacientes hipertensos con patrón circadiano riser, comparando sus características con los otros patrones descritos y calcular el riesgo cardiovascular asociado. **Tipo de estudio.** Observacional descriptivo transversal, con componentes analíticos.

Ámbito de estudio. Atención Primaria.

Sujetos. Estudiamos 350 pacientes hipertensos con TA no controlada, de $59 \pm 13,2$ años a los que se les realizó MAPA 24 horas con un dispositivo Spacelabs 90207.

Mediciones e intervenciones. Se les midió los factores de riesgo cardiovascular, eventos cardiovasculares, patrón circadiano de TA, hora de toma de fármacos antihipertensivos y riesgo cardiovascular.

Resultados. De los 350 pacientes, 148 presentaron patrón dipper, 134 no dipper, 42 riser y 26 dipper extremo. La DM, dislipemia e insuficiencia renal crónica fueron significativamente más comunes en los hipertensos riser y el riesgo cardiovascular fue mayor en hipertensos con patrón diferente a dipper. No hubieron diferencias significativas al relacionar patrón con demás factores de riesgo y eventos cardiovasculares.

Conclusiones. Los pacientes hipertensos con mayor número de factores de riesgo cardiovascular son los que con más frecuencia presentan un patrón diferente a dipper, y tienen un riesgo sobreañadido, siendo los riser los de peor pronóstico cardiovascular. Consideramos que es importante la realización de MAPA en atención primaria, sobre todo en los pacientes con mayor número de factores de riesgo cardiovascular.

P132 GRADO DE CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN PACIENTES CON HTA REFRACTARIA

C. Berbel Navarro, M. Serra Laguarda, E. Cruz Garzón, M. Moreno Andújar, O. Rebagliato O y G. Prieto

CAP Ca n'Oriac. Sabadell. Cataluña.

Correo electrónico: 26316cbn@comb.es

Objetivos. Describir el grado de control de los FRCV en hipertensos que cumplen criterios de HTAR en nuestra ABS.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Centro de Salud urbano (18611 personas asignadas > 14 años).

Sujetos. Se han descrito 81 pacientes que cumplen criterios de HTAR (mal control de TA y tratados con 3 o más hipotensores, uno de ellos diurético) del total de 3074 pacientes > 14 diagnosticados de HTA.

Mediciones e intervenciones. Edad, sexo, IMC, TAS/TAD, tabaco, colesterol total (CT), LDL, HDL, HbA1c, RCV, excreción urinaria albúmina (EUA), diabetes, enfermedades cardiovasculares asociadas (ECV), tratamiento hipolipemiente, AINE.

Resultados. Prevalencia HTAR 2,6%. 68% mujeres. Edad media 64 años (IC95%: 61,6-66,3). TA media 154,3/89,9 (IC95% 150,5/88,1-

158/91,8). 12,5% fumadores. Media CT 203,7 mg/dl (IC95% 194,7-212,7), LDL 113,6 mg/dl (IC95% 104,8-122,4) y HDL 62,8 mg/dl (IC95% 55,7-69,9). Media HbA1c 6,9% (IC95% 6,5-7,3). 20 % EUA > 30 #mg/ml. 6% normopeso (criterios ajustados al sexo). 42% diabéticos. 75% RCV moderado-alto. 31% tienen ECV. 18,5% toman AINE sin que se hayan encontrado diferencias ES en cuanto a las cifras de TA. 38,8% toman tratamiento hipolipemiente. Se encontraron diferencias ES (p < 0,05) en cifras de CT en diabéticos respecto no diabéticos (media 193,1 mg/dl vs 212,3 mg/dl respectivamente).

Conclusiones. Nuestra prevalencia de HTAR se aproxima a los valores descritos en la literatura. El perfil sería mujer, 65 años, obesa, diabética con RCV moderado-alto, no fumadora, buen control de colesterol y aceptable de diabetes. Uno de cada cinco pacientes HTAR presenta afectación renal y uno de cada tres ECV, siendo necesaria una intervención más intensa de su HTA.

P133 PRÁCTICA HABITUAL DE LA AUTOMEDICIÓN DOMICILIARIA Y EN FARMACIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ESPAÑA

C. Sanchis, J. Bayó, J. División, I. Flores, L. Mengual y R. Franca

Centro de Salud Algemés. Algemés. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: tania.nadal-ext@novartis.com

Objetivos. Describir la práctica habitual de la automedición de la Presión Arterial (PA): domiciliaria (AMPA) y en farmacia versus las medidas en consulta. Evaluar la magnitud del efecto Bata Blanca (EBB); prevalencia del efecto de hipertensión arterial (HTA) enmascarada, HTA clínica aislada en consulta y no controlada y grado de variabilidad en lecturas en farmacia o domiciliaria.

Tipo de estudio. Epidemiológico transversal.

Ámbito de estudio. Consultas de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE).

Sujetos. Pacientes ambulatorios con HTA diagnosticada.

Mediciones e intervenciones. Medición de la PA en farmacia o domiciliaria versus consulta.

Resultados. 9456 pacientes, edad media (\pm DE) 63,5 \pm 11,2 años, 51,4% hombres. Mediciones de la PA ambulatoria: farmacia (43,9%), AMPA (54,5%). Valores PAS y PAD en consulta superiores a valores de AMPA o farmacia, siendo la diferencia mayor a mayores cifras de PA. El EBB esta presente en el 11,3% de los pacientes. Prevalencia del efecto de HTA clínica aislada y enmascarada similar, 12,6% y 12,5%. Elevado porcentaje (57,9%) de pacientes que presentan HTA no controlada, frente al 17,0% que registran valores de presión normales en consulta y fuera de ella. EBB menos frecuente en AP que en AE (9,5% vs 18,0%). Se registran cifras significativamente más elevadas de efecto de HTA enmascarada (13,0% vs. 9,8%) y no controlada (58,5% vs 54,1%).

Conclusiones. Mediante la automedición de la PA se obtienen valores de PAS y PAD significativamente inferiores a los obtenidos en consulta. La elevada prevalencia de HTA no controlada plantea la importancia de prestar atención a los valores de automedición de la PA para manejar correctamente a los pacientes hipertensos.

P134 PERFIL CLÍNICO Y RENAL DE OLMESARTAN EN HIPERTENSOS CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

J. Gómez Castaño

Centro de Salud de Cieza. Cieza. Murcia.
Correo electrónico: j.basilio@terra.es

Objetivos. Evaluar la tolerancia clínica y renal de olmesartan en Hipertensión de Alto Riesgo Cardiovascular (HTA con Alto RCV), por tanto, eran pacientes hipertensos que presentaban, además, patología cardiovascular y/o diabetes mellitus tipo 2 y hipertrofia ventricular izquierda (HVI) y/o síndrome metabólico (S-MTB) asociados.

Tipo de estudio. Se incluyen 39 pacientes hipertensos no controlados (TA > 140/90), de ambos sexos y con Alto RCV y que pueden ser tratados con olmesartan (ya que no recibían ningún otro ARA II ni estaba contraindicado su uso) en monoterapia (Hipertensos de novo) o añadido a su tratamiento habitual.

Ámbito de estudio. Atención Primaria.

Sujetos. 39 Pacientes, ambos sexos.

Mediciones e intervenciones. Test de Wilcoxon.

Resultados. No hubo elevación significativa de la creatinina plasmática de forma global en los 39 pacientes: 1^aCr 0,861-2^aCr 0,891 (p 0,104) ni por

subgrupos; monoterapia: 1^aCr 0,857-2^aCr 0,876 (p 0,660) y grupo de combinaciones (2 a 5 fármacos): 1^aCr 0,863 -2^aCr 0,900 (p 0,113). Sí se produjo una elevación significativa del potasio plasmático tanto de forma global: 4,46-4,64 (p 0,008) como en el subgrupo con monoterapia: 4,43-4,71 (p 0,021), no siendo así en el subgrupo de combinaciones: 4,48-4,60 (p 0,110).

Conclusiones. 1^a. La tolerancia clínica fue excelente. 2^a En hipertensos de alto riesgo cardiovascular olmesartan puede elevar el potasio plasmático, no siendo así en asociación con diuréticos que eliminan potasio. 3^a El empleo de olmesartan en monoterapia o asociado a otros fármacos (siendo uno de ellos un diurético que deplecciona potasio) respeta la creatinina plasmática en hipertensos de alto riesgo cardiovascular.

P135 VALIDEZ DE LA AUTOMEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN EL DIAGNÓSTICO DE LA HIPERTENSIÓN Y FENÓMENO DE BATA BLANCA

P. Iglesias Bonilla, J. Santos Lozano, F. García De la Corte, E. Mayoral Sánchez, J. Lapetra Peralta y M. Ortega Calvo

Centro de Salud Universitario San Pablo. Distrito Sanitario Atención Primaria Sevilla. Sevilla. Andalucía.

Correo electrónico: jlapedra@supercable.es

Objetivos. Determinar la validez de dos pautas de automedida de la presión arterial (AMPA), una corta de un día (AMPA1) y otra larga de 4 (AMPA2), como alternativa a la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) en el diagnóstico de hipertensión de bata blanca (HBB) y fenómeno de bata blanca (FBB).

Tipo de estudio. Estudio descriptivo-transversal.

Ámbito de estudio. Centro Salud urbano.

Sujetos. 130 hipertensos. Muestreo consecutivo.

Mediciones e intervenciones. Variables: presiones arteriales de consulta; presión arterial ambulatoria (PAa) obtenida mediante MAPA de 24 horas (SpaceLabs/90207/17) y por AMPA (OmronHEM-705CP). La AMPA1 (5 lecturas en un día) y la AMPA2 (3 lecturas al día durante 4 días). En cada lectura se realizaron 2 tomas calculándose la media. PAa medida mediante MAPA: media del periodo de actividad y PAa por AMPA: media de todas las lecturas. La validez se determinó mediante el cálculo de la sensibilidad, especificidad y valores predictivos, considerando a la MAPA como método de referencia.

Resultados. Hipertensión de bata blanca: AMPA1: Sensibilidad: 40%, Especificidad: 84%, Valor predictivo positivo (VPP): 20%, Valor predictivo negativo (VPN): 93%. AMPA2: Sensibilidad: 80 %, Especificidad: 86%, VPP: 36%, VPN: 97%. Fenómeno de bata blanca: AMPA1: Sensibilidad: 54%, Especificidad: 85%, VPP: 66%, VPN: 82%. AMPA2: Sensibilidad: 56%, Especificidad: 86%, VPP: 60%, VPN: 82%.

Conclusiones. La AMPA, en ambas pautas, mostró una baja sensibilidad y VPP para diagnosticar correctamente la HBB y el FBB, aunque la especificidad y el VPN fueron elevados.

Sesión 14

Jueves, 8 de noviembre - 12.00-13.00 h

Medicamentos/medicina alternativa

P136 MODIFICACIONES DEL INTERVALO Q-T EN PACIENTES CON HEPATOPATÍA CRÓNICA AVANZADA EN TRATAMIENTO CON PROCINÉTICOS

J. Sáez Pérez y Grupo de trabajo: Oncología-Paliativos

Centro de Salud y Hospital Malvarrosa. Valencia. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: navidadespíritu@hotmail.com

Objetivos. Evaluar el efecto de la cisaprida (C) en el Q-T de pacientes con cirrosis hepática (CH).

Tipo de estudio. Estudio prospectivo. Análisis con programa SPSS 11.

Ámbito de estudio. Urbano.

Sujetos. 17 pacientes con CH, edad media 59 años (44-69), 11 mujeres y 6 hombres. 41% en etapa A de Child-Pugh, 35% etapa B y 24% en etapa C. de diversas etiologías, todos recibieron un tratamiento con cisaprida oral (10 mg cada 8 h) por un periodo de 18 meses (rango 7-26).

Mediciones e intervenciones. El estudio comprendió un ECG basal y un control a los 8 meses. Se mide el QTc con la fórmula de Bazett's en el ECG y se comparan ambos resultados.

Resultados. QT basal: $0,43 \pm 0,02$ (A)— $0,046 \pm 0,02$ (B y C)— $0,45 \pm 0,02$ (total) QT post-C: $0,44 \pm 0,03$ (A)— $0,045 \pm 0,02$ (B y C)— $0,45 \pm 0,03$ (total). El primer grupo es Child-Pugh A (41%) (7 pacientes), el segundo Child-Pugh B y C (35%-24% respectivamente) (10 pacientes) Total (17). El QT no presentó diferencia significativa con el uso de cisaprida. En la evolución clínica ninguno de los pacientes presentó arritmias graves ni muerte por causas cardiovasculares.

Conclusiones. En la CH la utilización de C no produce efectos significativos en el QT, por lo que su utilización no tendría mayores riesgos cardiovasculares. Sí debe tenerse presente que dicho riesgo existe si se asocia con otros fármacos que aumentan el QT.

P140 ADECUACIÓN DE USO DE PREGABALINA EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Granados Menéndez, A. Pascual Bielsa, C. De La Casa Resino, M. Consuegra Díez, E. Morales Clavería y P. Gallego Rodríguez

Centro de Salud Monovar (Área IV Madrid). Madrid. Madrid.
Correo electrónico: migramen@terra.es

Objetivos. 1) Analizar el grado de adecuación, según criterios normativos y explícitos (indicaciones, dosis, uso como rescate, global o síntesis de anteriores), de la prescripción de pregabalina en un Centro de Salud urbano y docente. 2) Identificar el origen de las prescripciones y comprobar si el grado de adecuación es independiente del mismo. 3) Identificar áreas susceptibles de mejora.

Tipo de estudio. estudio observacional de carácter transversal.

Ámbito de estudio. realizado en centro de salud urbano docente que atiende a una población de 17.000 ciudadanos.

Sujetos. universo completo de receptores de pregabalina a 30 marzo de 2007 (69 sujetos).

Mediciones e intervenciones. evaluación de dimensiones de adecuación en historia clínica informatizada de programa OMI-AP.

Resultados. 75,4% adecuación en indicaciones (71% dolor neuropático; 1,4% crisis epilépticas; 2,9% ansiedad generalizada); 60% adecuación dosis (igual o superior a 150 mg/d); 88,4% usó como opción de rescate; adecuación global 43,3%. Prescrito principalmente en Atención Primaria 33,3%, Traumatología 24,6%, Reumatología 14,5%. La adecuación global según origen de prescripción fue: 34,5% tanto en AP como en Traumatología; 10,3% en Reumatología; 6,9% en Neurología, Urgencias de Traumatología, Clínica del Dolor. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre origen y adecuación global ($p > 0,005$).

Conclusiones. El grado de inadecuación para indicaciones es de elevada magnitud, afectando casi a la cuarta parte de los receptores. Debe mejorarse la posología en los pacientes que lo reciben. El nivel de adecuación global es independiente del nivel de origen de la prescripción, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre su uso en Atención Primaria y Atención Especializada.

P141 EFECTOS SECUNDARIOS DE LA AMIODARONA. ¿HACEMOS UN BUEN CONTROL DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA?

A. Estafanell Celma, G. Falcó Faydella, A. Pérez López, S. Masuet Aumatell y E. Limón Ramírez

ABS Granollers-4 Sud. Granollers. Cataluña.
Correo electrónico: annaestafanell@hotmail.com

Objetivos. Según la literatura, enfermos tratados con amiodarona presentan efectos secundarios un 50% de los casos. Tienen más riesgo de desarrollar enfermedades tiroideas, patología pulmonar, alteraciones cardíacas, visuales, de la piel, neurológicas y del aparato digestivo. Controles correctos: determinación tiroidea y transaminasas semestral, realización radiografía tórax, electrocardiograma y revisión oftalmológica anual. **Objetivos:** determinar el control de pacientes tratados con amiodarona en nuestra área básica de salud.

Tipo de estudio. Descriptivo transversal. Periodo enero 2003-marzo 2007. Revisión historia clínica del eCAP.

Ámbito de estudio. Área básica salud.

Sujetos. Muestra 56 personas (10 pérdidas traslados-exitus).

Mediciones e intervenciones. Sexo; edad; solicitud TSH y transaminasas, radiografía tórax; ECG; revisión oftalmológica.

Resultados: Sexo: 24 mujeres (52%), 22 hombres (48%). Intervalos edad: < 65 años: 10 (21,7%), 65-80 años: 23 (50%), > 80 años: 13 (28,3%). Solicitada TSH: 24/46 (52,17%). De los solicitados, últimos 6 meses: 14/24 (58,33%). Solicitadas transaminasas: 36/46 (78,3%). De los solicitados, últimos 6 meses: 20/36 (55,6%). Solicitada Rx tórax: 1/46 (2,17%). De los solicitados, último año: 1/1 (100%). Solicitado ECG: 32/46 (69,6%). De los solicitados, último año 30/32 (93,8%). Solicitada revisión oftalmológica: 7/46 (15,2%). De las solicitadas, último año: 6/7 (85,7%).

Conclusiones. Control analítico TSH se hace en más de la mitad pacientes en tratamiento con amiodarona. El control radiológico no se hace. Hemos hecho una sesión formativa en el CAP para establecer un protocolo de actuación en el control de pacientes tratados con amiodarona. En un año repetiremos el estudio. ¿Mejoraremos de esta forma los resultados del estudio? ¿Tendremos pacientes mejor controlados?

P142 EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA UTILIZANDO CASOS SIMULADOS

E. Fernández Herraiz, A. Martínez Jiménez, P. Martínez López y F. Núñez Martínez

Servicio de Ordenación, Acreditación Sanitaria. Consejería de Sanidad. Murcia. Murcia.
Correo electrónico: elias.Fernández@carm.es

Objetivos. Evaluar el sistema de seguridad que dispone un programa informático de atención primaria con capacidad para la prescripción electrónica de recetas.

Tipo de estudio. Descriptivo, observacional.

Ámbito de estudio. Consulta de Medicina de Familia de un Centro de Atención Primaria.

Sujetos. Episodios simulados, creados con datos clínicos de pacientes ficticios.

Mediciones e intervenciones. El evaluador comprobaba la aparición de alertas del programa informático frente a cada uno de las 18 situaciones o escenarios en los que podrían surgir contraindicaciones durante la prescripción de fármacos (penicilina, oxitetraciclinas, propranolol, acetil-salicílico, metotrexate, etc.). Los 18 escenarios han sido obtenidos de un estudio Delphi empleado en otra evaluación de características similares a este estudio.

Resultados. En sólo 2 de los 18 escenarios (11,1%) se observan alertas. En todos los fármacos (100%) que tienen nombres que pueden dar lugar a confusión (compuesto por palabras que empiezan o suenan de forma parecida pero con indicación terapéutica distinta) el programa exige la confirmación de la selección realizada.

Conclusiones. El sistema informático de prescripción no se bloquea, como medida de seguridad (ante, por ejemplo la prescripción de una penicilina en un paciente alérgico ya conocido) ni dispone de alertas que prevengan de la prescripción de fármacos contraindicados en algunos pacientes. Para mejorar la calidad de la prescripción es necesario mejorar la seguridad de los programas informáticos.

P143 FACTORES ASOCIADOS A LA PRESCRIPCIÓN DE NOVEDADES TERAPÉUTICAS NO RECOMENDADAS EN MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

F. Atienza Martín, S. Baz Montero, A. Ordóñez Soto, M. Pedregal González y M.J. Atienza Amores

Distrito Sanitario Huelva-Costa. Huelva. Andalucía.
Correo electrónico: fatienzam@hotmail.com

Objetivos. Estudiar los factores asociados al uso de NTN en la prescripción de los médicos de un Distrito Sanitario durante 2006.

Tipo de estudio. Estudio observacional.

Ámbito de estudio. Distrito Sanitario de Atención Primaria de ámbito urbano y rural.

Sujetos. Médicos de atención primaria que trabajaron más de 60 días en 2006.

Medicaciones e intervenciones. Comparación de medias de prescripción de NTNR (en porcentaje de envases) en las variables: Sexo (hombre, mujer), localización (urbano, rural), gestión (unidad de gestión clínica (UGC) o no), docencia (docencia posgrado o no), formación del médico (MIR, no MIR). Se utilizó la prueba T para el análisis bivariante.

Resultados. Número de médicos estudiados: 152 Hombre 56,6%; Urbano: 55,9% ; UGC 27,6%; Docente 46,7%; MIR 27% Análisis bivariente: Hombre vs Mujer: 1,42 vs 1,16 ($p = 0,009$) Urbano vs Rural: 1,12 vs 1,55 ($p < 0,0001$) UGC vs No UGC: 0,92 vs 1,45 ($p < 0,0001$) Docente vs No docente: 1,03 vs 1,55 ($p < 0,0001$) MIR vs No MIR: 1,13 vs 1,37 ($p = 0,036$) ANOVA para los factores estudiados $r^2 = 0,223$.

Conclusiones. Los médicos mujeres, de formación MIR y que trabajan en centros urbanos, docentes y UGC tienen un promedio de prescripción de NTNR más reducido. Las variables gestión clínica y docencia de posgrado son las que más diferencian la prescripción.

P144 FACTORES ASOCIADOS AL USO DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINES) EN MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UN DISTRITO SANITARIO

F. Atienza Martín, S. Baz Montero, A. Ordóñez Soto, M. Atienza Amores, G. Marín Andrés y D. López Martín

Distrito Sanitario Huelva-Costa. Huelva. Andalucía.
Correo electrónico: fatienzam@hotmail.com

Objetivos. Estudiar los factores asociados al uso de AINEs en la prescripción de los médicos de un Distrito Sanitario durante 2006.

Tipo de estudio. Estudio observacional.

Ámbito de estudio. Distrito Sanitario de ámbito urbano y rural.

Sujetos. Médicos que trabajaron más de 60 días en 2006.

Medicaciones e intervenciones. Comparación de medias de prescripción de AINEs recomendados (ibuprofeno y diclofenaco), (en porcentaje de Dosis Diaria Definida (DDD)) en las variables: Sexo (hombre, mujer), localización (urbano, rural), gestión (unidad de gestión clínica (UGC) o no), docencia (docencia posgrado o no), formación del médico (MIR, no MIR). Se utilizó la prueba T para el análisis bivariante.

Resultados. Número de médicos estudiados: 152 Hombre 56,6 %; Urbano: 55,9 %; UGC 27,6%; Docente 46,7 %; MIR 27% Análisis bivariente: Hombre vs Mujer: 63,08 vs 66,77 ($p = 0,035$) Urbano vs Rural: 65,09 vs 64,16 ($p = 0,598$) UGC vs No UGC: 73,42 vs 61,35 ($p < 0,0001$) Docente vs No docente: 69,19 vs 60,73 ($p < 0,0001$) MIR vs No MIR: 68,57 vs 63,24 ($p = 0,006$) ANOVA para los factores estudiados $r^2 = 0,308$.

Conclusiones. Los médicos mujeres, de formación MIR y que trabajan en centros docentes y UGC tienen un promedio de prescripción de AINEs de elección más alto. Las variables gestión clínica y docencia de posgrado son las que más diferencian la prescripción.

P145 GESTIÓN DEL FEED-BACK EN LA INFORMACIÓN DEL USO ADECUADO DE LOS MEDICAMENTOS A TRAVÉS DEL PORTAL DE FARMACIA DE UN DISTRITO SANITARIO DE ANDALUCÍA

R. García Hernández, A. Sanjuán Hervás, J. Castro Campos, R. Castillo Castillo, J. Rodríguez Toquero y B. Martínez Lechuga

Distrito Sanitario Jaén Norte. Linares, Jaén. Andalucía.
Correo electrónico: jluis.castro.sspa@juntadeandalucia.es

Objetivos. Tras la implantación en el portal de intranet de nuestro distrito sanitario de los datos relacionados con el gasto en farmacia por cada facultativo, ellos nos mostraron la necesidad de tener mayor información relacionado con el uso adecuado de la medicación y aumentar el feedback de información al respecto, por lo que se ha desarrollado una nueva página web de farmacia que permite al facultativo poder acceder desde su consulta de manera rápida y eficaz a las últimas noticias relacionados con la práctica profesional diaria.

Descripción. En el portal de farmacia el facultativo sanitario tiene acceso a sus datos de prescripción tanto los cualitativos como los cuantitativos, como novedad hemos incluido la relación de NTNR, visado, farmacovigilancia, alertas, legislación farmacéutica y consultas directas con el técnico de salud del medicamento.

Conclusiones. El facultativo sanitario dispone de una gran información sintetizada que abarca desde el conocimiento de su perfil de prescripción (evolución, comparativas...) hasta legislación farmacéutica, pasando por el conocimiento de las principales novedades terapéuticas, requisitos de los

medicamentos con visados, alertas de seguridad y calidad relacionada con los medicamentos, seguimiento de RAM, etc. Esta información es eficaz para hacer una gestión de calidad en el uso adecuado de la medicación.

P146 AUTOMEDICACIÓN EN UNA POBLACIÓN UNIVERSITARIA: ALGUNOS FACTORES EXPLICATIVOS

M. Puga Montalbo, C. Fuentes González, M. Torres Duque, E. Vicente González, P. Carrión Maroto y C. Quesada González

Hospital Clínico (Granada), CS Huétor Tájar (Granada). Granada. Andalucía.
Correo electrónico: irene Fuentesg@gmail.com

Objetivos. Analizar hábitos de automedicación en Universitarios. Evaluar causas de automedicación. Determinar los fármacos sin prescripción médica más consumidos y los conocimientos sobre ellos.

Tipo de estudio. Transversal descriptivo.

Ámbito de estudio. Población Universitaria.

Sujetos. 100 estudiantes universitarios de ambos sexos en 10 facultades seleccionados mediante muestreo aleatorio simple.

Medicaciones e intervenciones. Encuesta autoadministrada con 25 preguntas sobre datos demográficos (sexo, edad, etc.) y otras variables de interés en el estudio.

Resultados. 1. Rango de edad: 18-24 años (media = 21,39; desv. típica = 1,757). 2. El 58% son mujeres y el 42% hombres. 3. El 70% conviven con otros universitarios y el 21% aún permanecía en casa. 4. El 83% se automedica. Un 45% lo hacían con AINES/analgésicos, mientras un 21% lo hacían con antibióticos. Un 64% reconoció un consumo previo. 5. La principal causa que motivó la automedicación fue el síndrome gripal (63%). 6. Un 66% indicó su predeterminación para continuar automediándose. 7. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la automedicación y el consumo previo del medicamento ($\chi^2 = 36,12$, $p < 0,001$) y la influencia de personas próximas ($\chi^2 = 79,519$, $p < 0,001$). No existe asociación entre la conducta analizada y el sexo ($\chi^2 = 0,215$, $p = 0,643$).

Conclusiones. 1. Resultados de incidencia de automedicación en jóvenes, concordantes con otros estudios, al igual que el fármaco más prevalente. 2. En el 69% de los casos el fármaco fue prescrito con anterioridad por un médico, por lo que la consulta es un buen lugar para la intervención sanitaria. 3. Los universitarios consideran que las vitaminas no son medicamentos. 4. La opinión de la automedicación es buena, aunque reconocen que puede ser perjudicial.

Sesión 15

Jueves, 8 de noviembre - 13.30-14.30 h

Miscelánea (I)

P147 EJERCICIO FÍSICO EN ATENCIÓN PRIMARIA, ¡MUÉVETE!

E. Ras Vidal, L. Campo Estaun, M. Baylach Ruiz, J. Artigas Besades, I. Bentancur Castagnet y Y. San Miguel Domínguez

Vilanova 2. Vilanova i la Geltrú. Cataluña.
Correo electrónico: temescar@teleline.es

Objetivos. Conocer la actividad física de los usuarios demandantes de consulta y recoger el consejo recibido.

Tipo de estudio. Estudio transversal descriptivo.

Ámbito de estudio. ABS Urbana.

Sujetos. Muestra aleatoria 125 usuarios mayores 15 años riesgo alfa 0,05 y seguridad 7%.

Medicaciones e intervenciones. Por encuesta elaboración propia recogemos datos sociodemográficos generales, valoramos practica ejercicio físico por cuestionario internacional actividad física (IPAQ) versión reducida 7 ítems, recogemos el consejo recibido, registro en historia, opinión personal sobre práctica del mismo, datos de dieta equilibrada, consumo tabaco y alcohol. Análisis estadístico: ji cuadrado.

Resultados. 48,8% hombres, edad media 51,08 ± 17,61 años. 64,8% estudios primarios, 74,4% casados. 60,8% percibe su estado salud bueno.

26,4% realiza alguna actividad física excluyendo caminar (27,3% natación, 27,1% gimnasio, 21,2% bici, 9% fútbol, 6% tenis y atletismo). IPAQ: 54,4% moderado, 28,8% bajo, 16,8% alto. Ejercicio vigoroso 8,8%, moderado 14,4%, caminar 94,4%. Caminan media $5,8 \pm 1,9$ días/semana, $58,4 \pm 48,4$ minutos/día. Sedentarismo $36,1 \pm 21,2$ horas/semana. Asociación estadísticamente significativa lineal $p < 0,05$ actividad y género, $p < 0,04$ actividad y grupo edad. 46,4% historias incluye el consejo de ejercicio físico aunque 60,8% usuarios afirma haber recibido consejo, el tabaco esta registrado 90% historias. 82,4% ha recibido consejo alimentario y 62,4% sobre consumo de alcohol.

Conclusiones. 54,4% de nuestra población hace ejercicio físico regular sobretodo expensas de andar. Siendo los ancianos la población más activa. La recogida en la historia clínica sobre los hábitos y consejos del deporte son mucho menores que otras variables como tabaco, dieta y alcohol.

P148 INTERVENCIÓN FAMILIAR DESDE LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

C. Velarde Mayol, J. Alonso Barbolla, J. Rodríguez Sanz, J. Salas Ruiz, R. Herlinda Asensio y G. De La Fuente De La Fuente

Centros de Salud I-II-III de Segovia-Capital. Segovia. Castilla y León.
Correo electrónico: cvelardemayol@yahoo.es

Objetivos. La Atención Familiar no se realiza en muchos centros de salud. No hay tiempo para dejar hablar a los pacientes y menos para hacer referencia a su contexto sociofamiliar. Objetivos: describir el núcleo familiar y las intervenciones familiares que pueden realizarse en nuestras consultas.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo prospectivo, previo estudio piloto.
Ámbito de estudio. los 3 centros de salud urbanos (una consulta por cada centro).

Sujetos. Pacientes atendidos durante febrero-marzo-abril 2007. Debían estar presentes tutor y residente para el abordaje familiar.

Mediciones e intervenciones. Variables: sociosanitarias; niveles de Atención Familiar, ninguna: 0, puntual: 1, requiere seguimiento en su ámbito familiar: 2, seguimiento con modificación de pautas de conducta: 3, instrumentos (principalmente Apgar familiar) para identificar disfunciones familiares: 4. Estadística: descriptiva, con su intervalo de confianza del 95% [IC95%], para asociarlas: Ji-cuadrado, t de Student, correlación de Pearson. Significativo $p < 0,05$.

Resultados. Total 1834 pacientes. Hombres: 33,1% [IC95%: 30,7-35,5]. Edad media: 56,2 Desviación Estándar = 18,9. Matrimonio solo o con hijos: 72,3% [IC95%: 70,2-74,3] edad media 54,0. Viven solos: 12,8% [IC95%: 11,3-14,3], edad media 71,6 de éstos un 5,8% sin apoyo familiar, con diferencia significativa entre ambos grupos ($p < 0,0005$). Intervención familiar. Nivel-1: 50,6% [IC95%: 48,0-53,1], nivel-2: 10,6% [IC95%: 9,0-12,2], nivel-3: 8,0% [IC95%: 6,6-9,4] y nivel-4: 3,0% [IC95%: 2,2-3,8]. Patologías familiares: 12,1% [IC95%: 10,6-13,6] principalmente enfermedades discapacitantes. No hallamos correlación significativa entre niveles de atención familiar con edad ($r^2 = 0,27$) y vivir solo ($r^2 = 0,29$), pero sí con presentar una patología familiar ($p < 0,001$).

Conclusiones. 1-Una de cada 7-8 personas vive sola, principalmente > 75 años. 2-Las patologías familiares más frecuentes fueron las enfermedades discapacitantes. 3-La mitad de nuestras intervenciones familiares fueron puntuales, casi un 20% precisaron seguimiento. 4-Los instrumentos usados para detectar disfunciones familiares fueron escasos. 5-Es necesario mejorar habilidades de abordaje familiar para mejorar las intervenciones.

P149 DETECCIÓN DE LA LLEGADA DE EL MOSQUITO TIGRE (Aedes ALBOPICTUS) A ESPAÑA A PARTIR DE SU IMPACTO SOBRE LA ATENCIÓN PRIMARIA

B. Joven Llorente, N. Giménez Gómez, M. Barabona García, M. Gavagnach Bellsolà, A. Domingo Plana A y C. Martí Sierra

CAP Sant Cugat. Mutua de Terrassa. Sant Cugat del Vallés. Cataluña.
Correo electrónico: bea_joven@hotmail.com

Objetivos. En el Centro de Atención Primaria de nuestra área, a partir de la detección de un espectacular aumento de las consultas por picaduras de insectos, se identificó la presencia de Aedes albopictus. Objetivo: Analizar las consultas por picaduras de insecto en dicho centro, desde 1998 hasta 2006, con la finalidad de describir las características de los pacientes, de las lesiones y los tratamientos administrados.

Tipo de estudio. Descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Centro de Atención Primaria.

Sujetos. 2760 pacientes que consultaron por 3418 episodios de picadura de insecto.

Mediciones e intervenciones. Se analizaron 8 variables: edad, sexo, fecha de consulta, número de episodios, especie de insecto, área corporal, tratamiento y complicaciones. Se calcularon las tasas de incidencia utilizando datos del padrón municipal.

Resultados. Se detectó, a partir de 2002, un continuo aumento de las consultas por picaduras. En 2004, se alcanzó el máximo con 16 consultas por 1000 habitantes. Edad media de 32 años y 62% mujeres. El 76% de las picaduras se producen entre los meses de junio-julio-agosto y septiembre. El 71% de las lesiones se localizan en extremidades, preferentemente en las inferiores. Se infectaron el 19%. El 67% de los pacientes recibieron tratamiento sistémico, el 26% tratamiento exclusivamente tópico y el 7% no recibieron ningún tratamiento.

Conclusiones. La atención primaria ha alertado de la llegada de Aedes albopictus a España, que pudo producirse en el verano de 2002. El colectivo de pacientes que ha consultado por picadura de insectos es mayoritariamente femenino, joven, recibe con frecuencia tratamiento sistémico y presenta un elevado porcentaje de complicaciones locales.

P150 HIPERFRECUENTACIÓN INFANTIL, ¿COMORBILIDAD PARENTAL?

M. Rubio Díaz, C. Burgos Díez, A. García Alonso, A. Esparcia Bodegas, E. Díaz Álvarez y V. Villarejo Romero

CAP Apenins-Montigalá y CAP Montgat-Tiana. Badalona, Montgat y Tiana. Cataluña.
Correo electrónico: vvillarejo@bsa.gs

Objetivos. Detectar si existe relación entre la hiperfrecuentación en la consulta pediátrica y la comorbilidad parental. Describir la comorbilidad del niño hiperfrecuentador. Analizar si el ámbito rural o urbano influyen en la hiperfrecuentación.

Tipo de estudio. Estudio, retrospectivo de cohortes.

Ámbito de estudio. Pediatría.

Sujetos. Se revisaron las historias clínicas de pacientes pediátricos que acudieron en 10 o más ocasiones a la consulta durante el año 2006. No se consideraron las visitas programadas para revisiones obligatorias por edad.

Mediciones e intervenciones. Se revisaron las historias clínicas de los padres, analizando el historial psiquiátrico, para determinar comorbilidad.
Resultados. Se incluyeron 219 pacientes pediátricos. El 27% (60 pacientes) de medio rural, y el resto (159) de medio urbano. La edad media fue de 5 años, con un rango de 2 a 10 años. En el 27% de los niños había comorbilidad materna, en el 12% paterna, y en el 4% biparental. El 26% de los niños presentaba comorbilidad propia, (58% bronquitis asmática, 23% alteraciones del comportamiento, 12% patología ORL, 4% epilepsia). El 27% de los progenitores presentaban comorbilidad, (17% de las madres y el 10% de los padres).

Conclusiones. La comorbilidad parental está relacionada con la hiperfrecuentación infantil. Los niños con patología respiratoria crónica son más hiperfrecuentadores. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el medio rural o urbano.

P151 LAS CEFALEAS, ¿NOS DAN DOLOR DE CABEZA?

S. González López de Gamarra, M. Alhama Lucena, M. Gómez García, Á. Molina Martos, F. Moreno Osuna y F. Bustamante Gamboa

Hospital de Montilla. Córdoba. Andalucía.
Correo electrónico: sGonzález@ephag.es

Objetivos. Conocer el tipo de cefaleas que atendemos en urgencias, diagnóstico de sospecha en función de criterios de gravedad, así como tratamiento inicial, preventivo y nivel asistencial al que se asigna su seguimiento.

Tipo de estudio. Descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Urgencias de un hospital comarcal.

Sujetos. Cefaleas atendidas desde 1/01/2005 hasta 1/05/2007.

Mediciones e intervenciones. Edad, sexo, forma de instauración y clínica asociada, síntomas/signos de alarma y focalidad neurológica, pruebas complementarias, diagnóstico de sospecha, tratamiento urgente y/o preventivo, derivación y seguimiento.

Resultados. 987 casos: el 63,3% mujeres de entre 21 y 50 años, con cefalea aguda en más del 85%, asociadas a crisis hipertensivas el 11%. Tenían clínica de alarma un 7,1% y focalidad neurológica un 2,7%; se pidió TAC urgente al 9,4%. 82% de origen primario y 10,5% orgánico. Más del 50% son cefaleas tensionales y migrañas el 18,74%. A destacar las cefaleas en contexto de otros procesos (21,2%), 21 meningitis y 6 hemorragias. Tratadas con analgésicos el 52%; sólo en el 3,65% había un tratamiento preventivo previo y se pautó desde urgencias en el 2,93%. Fueron derivados los 2/3 a primaria, a consultas un 14,7% e ingresadas el 5,77% trasladándose el 1,5%.

Conclusiones. La mayoría de cefaleas en urgencias se dan en mujeres de edad media sin criterios de gravedad, por lo cual la realización de TAC se restringe a pocos casos. Y como se trata de cefaleas primarias seguidas por médicos de familia, sería deseable un mayor empleo del tratamiento preventivo incluso previo a la interconsulta con el especialista.

P152 UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA PRECOZ, REALIZADA EN ATENCIÓN PRIMARIA, PARA LA ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA DE LAS MASAS CERVICALES

M. Espigares Arroyo, R. Regueira González, J. Serrano Arias, M. García Cáceres y S. Díaz Herranz

Extremadura.

Correo electrónico: raquelregueira@telefonica.net

Objetivos. Presentar una experiencia de abordaje diagnóstico de las masas cervicales en atención primaria, basada en la valoración precoz por ecografía, realizada en el propio centro de salud.

Descripción. Las masas cervicales constituyen una patología frecuente en atención primaria y requieren una actitud diagnóstica y terapéutica precisa llevada a cabo de forma multidisciplinaria. Presentamos el abordaje diagnóstico de diferentes masas cervicales desde una consulta de atención primaria para el cual seguimos una sistemática según las recomendaciones de las guías de práctica clínica: 1- Una anamnesis minuciosa. 2- Exploración física mediante inspección y palpación de masa cervical y de regiones ganglionares. La exploración ORL básica es obligada y en mayores de 45 años se requiere una exhaustiva exploración aerodigestiva superior. 3- Analítica con serología en función de sospecha y Mantoux. 4- Rx torax. 5- PAAF que es la técnica de elección por su alta sensibilidad y especificidad. 6- Ecografía cervical realizada en el centro de salud que permite una rápida orientación diagnóstica sobre sus características morfológicas (quisticas, sólidas, vasculares) y procedencia anatómica (tiroidea, linfática, vascular,...).

Conclusiones. La realización precoz de la ecografía en la valoración de las masas cervicales, permite una rápida orientación sobre las características morfológicas y origen anatómico de las mismas, mejorando la eficiencia del proceso diagnóstico.

P153 ODONTOLÓGIA: ¿ES UNA ESPECIALIDAD ÚTIL PARA EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA?

F. Marco Cairo, M. Sender Palacios, E. Salazar Igual, A. Bosch Masgrau, A. Peña Sanromà y T. Portalés Quiles

CAP Terrassa Nord (Consorcio Sanitario de Terrassa). Terrassa. Cataluña.

Correo electrónico: mjsender@csdt.es

Objetivos. Valoración y descripción de las biopsias realizadas en una consulta de odontología de primaria y de la patología derivada por el médico de familia (MF).

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Centro Atención Primaria.

Sujetos. Pacientes visitados por odontólogo (abril 2002-noviembre 2006).

Mediciones e intervenciones. Revisión de biopsias realizadas por odontólogo primaria.

Resultados. Biopsias realizadas: 65. Patologías: 5 neoplasias (7,69%), 3 lesiones premalignas (4,61%), 57 lesiones benignas (87,69%). Neoplasias: 1 adenocarcinoma polimorfo de bajo grado en mucosa labial superior, 1 carcinoma neuroendocrino de células pequeñas en mucosa gingival (posterior diagnóstico de oat cell pulmonar), 3 carcinomas escamosos en mucosa oral. Lesiones premalignas: 2 líquenes planos erosivos que degeneraron a carcinoma escamoso durante el seguimiento y 1 leucoplasia. Patología benigna: 23 quistes radiculares post extracción pieza dentaria (35,38%), 18 fibromas mucosa oral (27,69%), 6 líquenes planos (9,23%),

4 mucocelos (6,15%), 4 granulomas piogénicos, uno de origen gravídico (6,15%) y 4 miscelánea (7,69%) (1 lesión lingual de células granulares o tumor de Abrikosov, 1 papiloma escamoso lingual, 1 sialolito conducto Warthon y 1 glositis romboidal media). Un 36,9% (24) de los pacientes biopsiados habían sido derivados por el MF, todas las neoplasias y todas las lesiones premalignas. Todos los pacientes, con posterior diagnóstico de neoplasia, fueron valorados por el odontólogo el mismo día que consultaron al MF.

Conclusiones. La odontología es una especialidad próxima a la medicina de familia, tanto en el espacio (comparten centro) como en el tiempo (consulta inmediata). Una estrecha colaboración entre odontólogos y MF puede facilitar el diagnóstico precoz de determinadas patologías y mejorar su pronóstico.

154 ¿CONOCEMOS EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS?

C. Calbó Caldentey, R. Pou Vila, M. Benítez Camps, I. Gil Brull, S. Vives Font y C. Gutiérrez Aparicio

Centro de Atención Primaria Gòtic. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: ccalbo@yahoo.es

Objetivos. Evaluar el conocimiento del Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) de médicos, enfermeras, administrativos y usuarios de un Centro de Atención Primaria (CAP). Valorar la experiencia y aceptación del DVA entre profesionales de un CAP.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. CAP urbano. Febrero del 2007.

Sujetos. Profesionales y usuarios del CAP.

Mediciones e intervenciones. Las variables analizadas son: sexo, profesión, conocimiento, aceptación y experiencia con el DVA. En el grupo de usuarios también se incluyen nacionalidad, nivel de estudios, estado civil, tipo de convivencia, patologías crónicas y enfermedades graves en la familia. Criterios de exclusión: analfabetismo, trastorno mental, enfermedad grave, duelo. Encuestas auto-administradas a todos los profesionales del CAP y a una muestra de 136 usuarios.

Resultados. Los 11 médicos conocen y consideran útil el DVA con una experiencia de un 45,50%. De las 10 enfermeras el 80% conocen el DVA, con una aceptación del 88,90% y experiencia de un 28%. De los 15 administrativos el 86,7% conocen el DVA con una aceptación del 10%. De los 136 usuarios incluidos, 64% mujeres, con una mediana de edad de 54 años, 56,6% son universitarios y un 17,3% emigrantes, conocen el DVA un 25%.

Conclusiones. A pesar del conocimiento y aceptación del DVA entre los profesionales del CAP, existe poca experiencia en realizarlo. Entre los usuarios el desconocimiento es superior en los grupos con mayor número de patologías crónicas y nivel de estudios inferiores sin objetivar diferencias significativas según edad, sexo, nacionalidad, tipo de convivencia ni estado civil.

P155 ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR: ¿HAY DIFERENCIAS ENTRE LAS FÓRMULAS COCKCROFT-GAULT Y MDRD4?

P. Sancho Gómez, R. Masa Font, C. Calbó Caldentey, L. Guix Font, M. Fernández San Martín y L. Palacios Soler

EAP Gòtic. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: rosermasa@gmail.com

Objetivos. Comparar los resultados de estimación de filtrado glomerular (FG) obtenidos con la fórmula MDRD4 (cada vez más usada) y la clásica fórmula de Cockcroft-Gault (C-G) en pacientes diabéticos y/o hipertensos de un EAP urbano.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. EAP urbano.

Sujetos. Pacientes diabéticos y/o hipertensos con registro de peso y creatinina plasmática en los últimos 6 años.

Mediciones e intervenciones. Cálculo de la estimación del FG mediante las fórmulas MDRD4 y C-G, y comparación de las diferencias de clasificación de enfermedad renal. Calculamos el índice Kappa entre los dos métodos.

Resultados. De una muestra de 1664 pacientes, 328 (19,7%) tienen un FG clasificado como normal (FG > 90 ml/min) según la fórmula de C-G mientras que con la MRDR4 obtenemos 138 (8,3%). Insuficiencia renal leve (FG entre 89,9 y 60 ml/min): un 35,1% según C-G y 58,1% con

MDRD4. Insuficiencia renal moderada (FG entre 59,9 y 30 ml/min): 40,4% vs 31,7%. FG inferior a 30 ml/min (grave): 4,7% según C-G y 1,9% con MDRD4. El índice Kappa es de 0,62 con un intervalo de confianza del 95% entre 0,59 y 0,65. En cambio, el índice Kappa ponderado para pesos extremos disminuye a 0,44 (IC95%: 0,37-0,50).

Conclusiones. La concordancia entre las fórmulas es buena. En valores extremos de peso los resultados difieren más debido a que la fórmula MDRD4 no tiene en cuenta este valor, aunque parece una buena herramienta para simplificar este cálculo.

P156 CRIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA. UNA REALIDAD

X. Costa Tadeo, A. Farras Mas, F. Terricabras Felius, J. Admetlla Batlle, V. Coma Roca y M. Segalés Coch

ABS Tona. SAP Osona. Institut Català de la Salut. Tona. Cataluña.
Correo electrónico: 21119xct@comb.es

Objetivos. Evaluar la efectividad de la Crioterapia (NL) en Atención Primaria en el tratamiento de lesiones dermatológicas benignas así como su aceptación por parte de los pacientes tratados.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo observacional.

Ámbito de estudio. A.B.S. rural de 11.200 habitantes.

Sujetos. 148 pacientes, 57 hombres y 91 mujeres (media de edad de 42,33 años, DE: 22,22 años).

Mediciones e intervenciones. Análisis de los tratamientos con crioterapia (NL) realizados en 6 consultas de Atención Primaria durante el periodo comprendido entre noviembre de 2005 y mayo de 2007. Se evalúa la respuesta al tratamiento en cuanto a la erradicación de la lesión, aparición de complicaciones y la posible derivación posterior al dermatólogo. También se valora la aceptación de dicho tratamiento por parte del paciente.

Resultados. Las patologías tratadas fueron: verrugas víricas (55,41%), acrocordones (12,16%), queratosis seborreicas (10,14%), fibromas blandos (7,43%), queratosis actínicas (4,05%) y otros diagnósticos (10,81%). Las lesiones se localizaban preferentemente en EESS (39,19%), cabeza (29,73%) y tórax (14,86%). Aparecieron complicaciones en el 0,68% de los pacientes tratados, detectándose recidivas del 16,89%. Finalmente fueron derivados al dermatólogo el 8,11%. El 93,92% se hallaban satisfechos con el tratamiento realizado por su médico de familia y aceptarían volver a repetirlo.

Conclusiones. La crioterapia es una técnica sencilla, útil y segura para el tratamiento de lesiones dermatológicas benignas y que puede llevarse a cabo en Atención Primaria (elevada aceptación por parte de los pacientes). Consigue resolver un porcentaje muy alto de lesiones con escasas complicaciones sin la necesidad de derivación al nivel especializado.

Sesión 16

Jueves, 8 de noviembre - 15.00-16.00 h

Miscelánea (II)

P157 ADQUISICIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES EN LA EDAD INFANTIL

D. Guardañero Roper, R. Illanes Leiva, J. Rodríguez Jiménez, E. Merino Del Amo y M. Zorrilla Moreno

Distrito Córdoba Sur. Unidad de Cardiología, Hospital Infanta Margarita. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Córdoba-Campiña. Caba. Andalucía.

Correo electrónico: daguro75@yahoo.es

Objetivos. Comprobar la eficacia de una intervención educativa en la adquisición de hábitos cardiosaludables en niños de 3º de Primaria.

Tipo de estudio. Estudio Cuasi-Experimental. Ensayo antes-después.

Ámbito de estudio. Centros de educación primaria.

Sujetos. Alumnos de 3º de Primaria.

Mediciones e intervenciones. Mediciones: -Edad y sexo, lugar de desayuno, trabajo de los padres, quién cocina en casa. -Frecuencia de consumo de determinados alimentos (Saludables/No saludables). -Nivel de conocimientos sobre hábitos saludables (dieta, ejercicio, tabaco-alcohol, higiene

bucodental). Intervenciones: -Talleres-actividades educativas para fomentar hábitos cardiosaludables.

Resultados. N = 204. Edad media 8 años (rango = 7-9 años). Primera visita: Siguen una dieta adecuada un 59,6%. El 11,6% han consumido tabaco, y el 16% bebidas alcohólicas. El 75,5% se cepillan los dientes 3 o más veces al día. El 75,5% realizan deporte en horario extraescolar. Tras la Intervención: El 67% sigue una dieta adecuada, el 64% sabe escribir 3 alimentos saludables, un 79% conoce los efectos nocivos del alcohol y el 91,7% conoce los beneficios de practicar deporte.

Conclusiones. No hemos podido descartar la hipótesis nula. Tampoco se ha observado asociación significativa entre "frecuencia de consumo de alimentos saludable" y, "sexo del niño", "quien cocine en casa", o "quien trabaje fuera de casa". Si existió diferencia estadísticamente significativa antes-después en reconocimiento de "alimentos no saludables" y "efectos adversos atribuibles al alcohol". El consumo de alcohol y/o tabaco es alarmante pero concordante con la bibliografía consultada. Se aprecia falta de sensibilización entre los padres en prevención de patología bucodental en la infancia.

P158 ¿SE ATIENDE PATOLOGÍA LABORAL EN UN CENTRO DE SALUD?

Y. Herreros Herreros, M. Valls Domínguez, M. Sorribes Capdevila, I. Adserà Grifó, A. Bertolín Arnau y M. Gili Riu

ABS Numancia. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: yolandaherreros@gmail.com

Objetivos. Valorar las incapacidades temporales (IT) de causa osteoarticular que pueden tener relación laboral, ver cuáles son las patologías más frecuentes y conocer la opinión de los pacientes sobre la relación con su trabajo.

Tipo de estudio. Descriptivo transversal.

Ámbito de estudio: Centro de salud urbano. Población asignada: 30720 usuarios.

Sujetos. Usuarios del centro que a 19/3/2007 están en situación de IT con diagnóstico relacionado con patología osteoarticular.

Mediciones e intervenciones. Edad, sexo, diagnóstico IT, tipo trabajo, horario laboral, percepción de si IT está relacionada con trabajo, visitas a mutua, compañeros afectos de patología similar, IT previas por mismo motivo, medidas de prevención en la empresa.

Resultados. 153 usuarios en IT. 59,5% mujeres. Edad media: 43 años (rango 16-65). El diagnóstico de IT más prevalente fue lumbalgia (28,8%) seguido de fracturas (17,6%). Imposibilidad de contactar con usuario: 38,6% casos. 20,3% realizan tareas administrativas, 14,4% manipulación de cargas. 64,9% piensan que su patología tiene relación con trabajo, pero sólo 34,2% acude a mutua. Las patologías percibidas como asociadas al trabajo son cervico-dorsalgia (28,9%) y lumbalgia (28,9%) en mujeres. En hombres el 60,9%: lumbalgias. Sólo 29 (47,5%) su empresa realiza prevención de riesgos laborales.

Conclusiones. Hoy en día cuesta relacionar patología osteoarticular con patología laboral, aunque el paciente sí relacione el trabajo desempeñado con su patología. El trabajador acude en pocas ocasiones a la mutua. El acceso al sistema sanitario facilita que muchas IT que pueden tener un origen laboral acaben siendo reconocidas como enfermedad común. Tendríamos que ser más rigurosos a la hora de realizar las IT.

P159 ABORDANDO LA SEXUALIDAD

M. Sarmiento Cruz, B. Pérez Olano, N. Farran Torres, M. Urgelés Castillón, A. Vidal Tolosa y M. Morcillo Gallego

ABS La Bordeta - Magraners. Lleida. Cataluña.
Correo electrónico: msarmiento1979@hotmail.com

Objetivos. Adquirir habilidades para abordar la salud sexual. Aproximación al conocimiento de la satisfacción sexual. Orientar sobre posibles variaciones según datos biológicos y sexuales para un trabajo de investigación posterior.

Descripción. Se utilizó una muestra no aleatoria apareada por sexo y edad a 22 personas mayores de 24 años. Se utilizaron sujetos cercanos, más accesibles, como compañeros de trabajo, amigos y familiares. Se cumplimentó un cuestionario mediante entrevista personalizada, en el que se registró edad, sexo, orientación sexual, estado relacional actual, hijos propios, existencia de relaciones sexuales, relaciones con una o varias parejas sexuales, satisfacción sexual actual, satisfacción sexual en

los últimos 6 meses, situación laboral, situación educativa y autopercepción de su estado de salud. La media de edad fue de 33,2 años. 3 hombres y una mujer refirieron orientación homosexual. No hubo ningún bisexual. Un 27,27% refirió no tener pareja actualmente, igual en hombres y mujeres. Las mujeres sin pareja eran más jóvenes. Todos refirieron tener relaciones sexuales y, un 27,27% de mujeres y 36,36% de hombres refirieron más de una pareja sexual. Estaban insatisfechos con su sexualidad un 9,09% de mujeres y 27,27% de hombres. 75% de insatisfechos eran mayores de 40 años. Sin cambios en los últimos 6 meses. No se correlacionó con situación laboral, educativa y autopercepción de salud.

Conclusiones. El abordaje de la temática sexual es complicado y precisa formación. Aún existen prejuicios sobre la temática sexual. La satisfacción sexual puede correlacionarse con edad y sexo. Conocer al sujeto puede producir efectos positivos y/o negativos variables según sujeto.

P160 CÓMO SE MUEVE EL PERSONAL SANITARIO

M. Sarmiento Cruz, M. Buti Solé, B. Pérez Olano, M. Urgeles Castellón, A. Vidal Tolosa y C. Marquilles

ABS La Bordeta - Magraners. Lleida. Cataluña.
Correo electrónico: msarmiento1979@hotmail.com

Objetivos. Evaluar la actividad física del personal sanitario durante su jornada laboral. Determinar variaciones según sexo, categoría profesional y actividad física habitual.

Tipo de estudio. Descriptivo.

Ámbito de estudio. Centro de Atención Primaria de área urbana.

Sujetos. Personal que desarrolló su actividad laboral un centro de Atención Primaria en marzo y abril de 2007.

Mediciones e intervenciones. Personal laboral voluntario de un Centro de Atención Primaria. Se cumplimentó una hoja de datos con parámetros biológicos, categoría profesional y actividad física habitual (inactivo, parcialmente activo, activo), y Sedarismo. Se valoró la actividad física mediante colocación de un podómetro durante cada jornada laboral durante 10 días. El sujeto autocumplimentaba una hoja de monitorización de su actividad laboral diaria (atención al público, descanso, domicilios y otros). Se utilizó como medida principal de actividad física la de pasos/hora realizados, considerando como referencia de recomendación los 625 pasos/hora.

Resultados. Se estudiaron 31 sujetos con medias de edad 43,86 años, IMC 24,71 y frecuencia cardiaca en reposo de 74,39 pulsaciones/minuto. 87,1% fueron mujeres. Un 38,46% se consideraba sedentario, pero sólo un 15,38% podía ser considerado activo. Se realizó una media de 477,75 pasos/hora. Auxiliar (834,26), enfermería (535,24), medicina (422,92) y administración (396,38). Hombres 566,46 pasos/hora y mujeres 465,08. Auxiliar (834,26) y hombres médicos (627,74) superaron 625 pasos/hora. "Activos" realizaron 450,02 pasos/hora, "parcialmente activos" 602,7 e "inactivos" 403,7. Sedentarios 531,57 y No-sedentarios 445,47.

Conclusiones. El personal sanitario realiza poca actividad física durante su jornada laboral. Parece existir correlación con categoría profesional y sexo, pero no con actividad física habitual y sedentarismo.

P161 EXPERIENCIA DE 3 AÑOS EN EL USO DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD RURAL

A. Ortiz Molina, M. De Prado Hidalgo, M. Jódar Reyes, C. Morales Ocaña, I. Martínez Rívero y E. Pérez García

CS Huétor-Tájar. Huétor-Tájar. Granada. Andalucía.
Correo electrónico: aortizm79@yahoo.es

Objetivos. Analizar el uso del implante subdérmico como método anticonceptivo (MAC) en una zona básica de salud (ZBS) rural, recogiendo información sobre los efectos adversos más frecuentes y sobre la tolerancia.

Descripción. Estudio descriptivo en el que se consultan las historias clínicas de 51 mujeres, de entre 20 y 45 años captadas en la consulta de Planificación Familiar y Trabajo Social, utilizando la base de datos TASS, confirmando datos mediante llamadas telefónicas. Se recogen los efectos secundarios registrados en el momento de inserción, a la semana, a los 3 meses y al año. Durante la inserción se registran reacciones vagales (4%, n = 2). A las semana se encuentran: reacción local (2%, n = 1) y metrorragia (4%, n = 2). A los 3 meses: amenorrea (14%, n = 7), y metrorragia

(14%, n = 7). Al año: amenorrea (14%, n = 7), y metrorragia (14%, n = 7). Se retiraron 16% de los implantes (n = 8), el 62% de ellas (n = 5) por deseo concepcional y el 38% (n = 3) por metrorragia no controlada con tranexámico.

Conclusiones. El implante subdérmico es un MAC bien tolerado aplicable por los médicos atención primaria al ámbito rural. El principal efecto secundario fueron las metrorragias y la amenorrea. La principal causa de retirada fue el deseo concepcional.

P162 ESTADO DE SALUD Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN LA POBLACIÓN INDIGENTE QUE ACUDE A UN CENTRO DE DÍA

R. Martín Peinado, M. Rus Calafell, A. García Junquera, N. Carrera Grañó, M. Gómez Miranda y H. Roig

ABS Raval Sud. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: neus-rus@mixmail.com

Objetivos. Describir prevalencia de patologías crónicas, utilización de los diferentes recursos sanitarios y características sociodemográficas de las personas en situación de sin hogar.

Tipo de estudio. Estudio transversal descriptivo.

Ámbito de estudio. Tres centros de Atención Primaria y un Centro de Día que da apoyo a las personas sin hogar.

Sujetos. 105 pacientes indigentes vinculados al Centro de Día y asignados a uno de los tres centros de Atención Primaria.

Medidas e intervenciones. Revisión historia clínica. Número visitas realizadas por el servicio de Atención Primaria, de especialidades y de urgencias durante el 2006. Problemas de salud codificados al CIE-10. Fármacos crónicos codificados a ATC.

Resultados: Población: 105 pacientes, 82% hombres, 83,8% españoles, edad media de 57,2 ± 9,5 años. -Media de 14,27 visitas/paciente a ABS durante el año 2006 (11,4% no se visitaron en ninguna ocasión). Media visitas urgencias hospitalarias: 1,36/paciente (46% no acudieron nunca). Consumo de sustancias: el 76,2% de pacientes presentan dependencia a sustancias (59% fumadores, 62,8% dependencia por consumo de alcohol, 7,6% dependencia por consumo de múltiples drogas). Patología dental 44,8%. Patología infecciosa 30,5%. Trastornos psicóticos 12,4% (33,3% de las mujeres y 26,3% de los pacientes entre 31 y 54 años presentan este trastorno, ningún paciente extranjero lo presenta). Fármacos más prescritos: antihipertensivos, ansiolíticos, fármacos para la deshabitación enólica, protectores gástricos y antipsicóticos.

Conclusiones. -El colectivo de indigentes presenta una media de frecuencia en ABS superior a la población general. -Mayor prevalencia de patología crónica y de abuso de sustancias tóxicas, así como de patología mental en el colectivo estudiado.

P163 ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE EL MOSQUITO TIGRE EN UNA POBLACIÓN AFECTADA

B. Joven Llorente, N. Giménez Gómez, O. González Ferrer, V. Mauri Vázquez, M. Barabona García y N. Curcó Botargues

CAP Sant Cugat. Sant Cugat. Cataluña.
Correo electrónico: ngimenez@mutuaterrassa.es

Objetivos. El mosquito tigre (*Aedes albopictus*) identificado en 2004 en el Vallés (Barcelona) ha repercutido, por su agresividad, sobre la calidad de vida de la población. Objetivo: Determinar conocimientos y experiencia de la población del Vallés en 2005.

Tipo de estudio. Descriptivo.

Ámbito de estudio. Población del área del centro de salud.

Sujetos. 230 personas.

Mediciones e intervenciones. Cuestionario anónimo: 4 secciones (datos sociodemográficos, conocimiento del mosquito, experiencia en tratamiento y prevención e impacto social) y 23 preguntas. Realizada validación técnica y prueba piloto. Análisis descriptivo con SPSS.

Resultados. Respondieron la encuesta 214 individuos en junio 2005. Mujeres 62%. Edad media 42 años. Tienen escolarización superior 56%. El 96% conoce al mosquito tigre y el 77% está preocupado por su presencia. Los que lo conocen son mayoritariamente hombres (p = 0,012). El 78% sabe que se reproduce en aguas estancadas. El 75% considera necesaria más información. La eficacia de los tratamientos y las medidas preventi-

vas fue puntuada, en media, con 5. El 77% realiza medidas preventivas. Un 65% de encuestados presento picadura de insecto en el último año. De ellos: 31% consultó algún profesional sanitario y 42% se autotrataron. Se infectaron 19%. Un 25% refirió afectación en su ritmo de vida habitual. No se observaron diferencias en las variables estudiadas por sexo, ni por edad ni por nivel de estudios.

Conclusiones. Población joven con nivel cultural elevado, que ha visto afectada su calidad de vida. La población dispone de información, pero sigue demandándola. Ya se aplican medidas de prevención. Es frecuente el autotratamiento.

P164 GENOGRAMAS EN LA CONSULTA A DEMANDA. UN MÉTODO PARA PRACTICAR, ENSEÑAR Y REFLEXIONAR LA ATENCIÓN FAMILIAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

R. Soto Calpe, F. Crespo Ramos, E. Martínez Jiménez, M. López Navarro, A. Nieto Fernández-Pacheco e I. Ayala Viguera

CS Prof. Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia.

Correo electrónico: felixluis@telefonica.net

Objetivos. Los médicos de familia somos cada vez más resolutivos en cuestiones clínicas, usando cada vez más técnicas y herramientas en este ámbito, sin que ocurra igual con la atención familiar/comunitaria. Durante el curso 2006-2007 integramos el genograma como otra herramienta en consulta, analizando al mismo tiempo cómo lo hacíamos, qué información aportaba, y para qué nos servía. **Descripción.** Coincidiendo con la rotación del MIR3, realizamos 110 genogramas aproximadamente, tanto el tutor (médico de familia con experiencia en atención familiar), como el residente (sin formación previa). Se construyeron en consultas a demanda, desde el motivo de consulta (malestar, cansancio, vértigos, dolor, eventos estresantes, deterioro cognitivo...), siempre en papel, a mano, delante del paciente/informador que puede verlo y corregirnos. Esto aportó libertad en la elaboración y rapidez, haciéndolos en 2-3 minutos. Posteriormente se escaneaban a OMI-AP. Hemos realizado hasta ahora el análisis visual estructurado de 30 genogramas, identificables por paciente/consulta, por dos personas por separado. Además de la información estructurada cada investigador aportó una imagen analógica sugerida, elaborándose hipótesis relacionales que daban sentido al síntoma en el contexto. La concordancia de los resultados se trianguló con un tercero.

Conclusiones. Todo esto ha permitido la formación/entrenamiento del residente, facilitado el paso de lo individual a lo familiar y dado continuidad asistencial en este ámbito. A los pacientes se les permitió narrar episodios relevantes que no hubiesen compartido, mejorando la entrevista clínica. Además, más allá de la información objetiva conseguida/consignada, creamos hipótesis analógicas que han ampliado nuestra comprensión del paciente y de la génesis y el sentido del síntoma.

P165 EVALUACIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL EN UNA ZONA DE SALUD RURAL DESPUÉS DE 14 AÑOS DE UN PROGRAMA DE ENJUAGUES FLUORADOS

E. Higuera Serrano, C. Cabañes Cabañes, M. Vaquero y A. Beamonte Peral

Centro de Salud de Gamonal. Burgos. Castilla y León.

Correo electrónico: cvelio.higuera@gmail.com

Objetivos. Medir la variación de la prevalencia de caries en la población escolar de la zona de salud entre 1987 y 2001

Tipo de estudio. Estudio cuasi-experimental del tipo antes-después con control histórico previo valorar las posibles variaciones de la salud bucodental pretendiendo detectar una diferencia mayor de 0,15 en la prevalencia de 0,85 detectada en el estudio preliminar de 1987 en los escolares y otro en 2001 a los 14 años de su implantación.

Ámbito de estudio. Zona de salud rural de Burgos, Castilla-León.

Sujetos. 5693 alumnos en 13 centros escolares grado de cumplimiento de 96,84%, realizándose unos 71.356 enjuagues y utilizando 713 litros de FINA.

Mediciones e intervenciones. 1.- Medir la variación de la prevalencia de caries en la población escolar de la zona de salud entre 1987 y 2001. 2.- Comparar el índice de CAO de los escolares de 8º de EGB (14 AÑOS) que han seguido el programa de salud bucodental durante 8 años, con los alumnos de 8º de EGB de 1987 que no se beneficiaron de ningún programa preventivo.

Resultados. En 1987 el 85,7% de los escolares tenía historia de caries, en el año 1995 ha descendido hasta el 67,8% ($p < 0,0001$) y en el 2001 al 39% lo que

ha supuesto una disminución porcentual de la prevalencia de caries del 46%.

Conclusiones. Satisfactorio resultado del programa.

P166 TERAPÉUTICA EVACUADORA EN PACIENTES CIRRÓTICOS CON ASCITIS REFRACTARIA

J. Lozano Rodríguez, A. Duque Granado, R. Valle Álvarez-Dardet, J. Camero Macías y M. Salas Camacho

Unidad de Hospitalización Domiciliaria H.U. Virgen del Rocío. Sevilla. Andalucía.

Correo electrónico: jm_lozano27@hotmail.com

Objetivos. Descripción de variables en pacientes cirróticos con ascitis refractaria ingresados en nuestra Unidad de Hospitalización Domiciliaria sometidos a paracentesis evacuadoras.

Tipo de estudio. Se trata de un estudio descriptivo basado en la revisión de historias clínicas.

Ámbito de estudio. Pacientes ingresados en nuestra Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

Sujetos. 49 pacientes cirróticos con ascitis refractaria y en tratamiento con paracentesis evacuadoras.

Mediciones e intervenciones. Se calculó la prevalencia por sexo y etiología, y se midieron parámetros bioquímicos, hematológicos y de coagulación antes y después de la primera paracentesis.

Resultados. Entre nuestros pacientes predominaban los hombres con un 80%, siendo la etiología más frecuente la enólica (50%). Los parámetros medidos de bioquímica, hemograma y coagulación no sufrieron diferencias tras la primera paracentesis y la posterior infusión de seroalbúmina.

Conclusiones. En nuestros pacientes la ascitis refractaria es más predominante en varones siendo el origen más frecuente la cirrosis alcohólica. La periodicidad de la paracentesis fue de alrededor de 3 semanas, a pesar de unos niveles proteicos y de creatinina no muy alterados.

Sesión 17

Jueves, 8 de noviembre - 16.30-17.30 h

Osteoporosis/aparato locomotor

P167 MANEJO DE LA FIBROMIALGIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Ruiz Egea, M. Medina Abellán, I. Moreno Encabo, V. Valcárcel Lencina, P. Abenza Jiménez y E. Granero Fernández

CS Espinardo- Murcia. Murcia. Murcia.

Correo electrónico: medinaabellan@hotmail.com

Objetivos. Conocer el diagnóstico, manejo y tratamiento de la fibromialgia en nuestra área de salud.

Tipo de estudio. Es un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo.

Ámbito de estudio. Área de Salud.

Sujetos. Muestra compuesta por 41 pacientes diagnosticados de fibromialgia incluidos en el programa OMI desde 1995.

Mediciones e intervenciones. Se revisaron aspectos sociodemográficos, tratamiento, comorbilidad físico-psíquica y derivación a especializada.

Resultados. El 97,56% de los pacientes eran mujeres con una edad media de 54 años. El 97,56% recibió tratamiento analgésico y el 87,8% tratamiento antidepressivo. Entre los síntomas funcionales explorados, el más frecuente es el colon irritable (42,85%), seguido de dismenoreas y cefaleas. El 14,6% de los pacientes presenta enfermedad reumática asociada (polimialgia reumática, artritis reumatoide y degenerativa, espondiloartrosis...) y la comorbilidad psiquiátrica está presente en el 53,65%, siendo la más frecuente la depresión. El 73,17% fue derivado a atención especializada. En el 4,87% consta exploración de puntos dolorosos y en el 85,36% de los casos no se solicitan pruebas de imagen. Han precisado bajas laborales por fibromialgia o comorbilidad asociada el 29,27%.

Conclusiones. El colon irritable es el síndrome somático funcional que más se asocia y la patología mental más prevalente es la depresión. Consideramos insuficiente el manejo que desde Atención Primaria se presta a la fibromialgia.

P168 MANEJO DE ARTROPATÍA GOTOSA EN ATENCIÓN PRIMARIA

R. Gayarre Aguado, M. Pou Giménez, E. Centeno González, N. Piquer Farres, C. Díaz Torre y M. Llauger Roselló

EAP Encants EAP Camp de l'Arpa EAP Carmel. Hospital Sant Pau. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: rgayagu@camfic.org

Objetivos. El manejo de la artropatía gotosa se da principalmente en atención primaria (AP). Se cree que tanto el diagnóstico como el tratamiento son mejorables. Describir en base a que elementos clínicos, analíticos y anatómo-patológicos se realiza el diagnóstico de artritis gotosa en AP. Recoger el tratamiento hipouricemiante, profiláctico y sintomático en estos pacientes.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal de historias clínicas informatizadas (HCAP), de los pacientes con diagnóstico de gota (M.10).

Ámbito de estudio. Dos centros urbanos de AP, con 45685 personas asignadas.

Sujetos. Se encontraron 219 HCAP con diagnóstico de gota. Media de edad: 66,38 ± 12,4 años; 88,1% varones.

Mediciones e intervenciones. Datos clínicos, analíticos y anatómo-patológicos.

Resultados. Presencia cristalina 1,4%; podagra sin hiperuricemia 13%; podagra con hiperuricemia 34%, cumplían criterios de Wallace 16,4%. Uricemia media al diagnóstico 8,17 ± 1,5 mg/dl, en el último año 7,38 ± 1,87 mg/dl. En el 17,8% de historias constaban las dos cifras, la diferencia fue 0,807 mg/dl (p = 0,007). Como tratamiento agudo de gota se prescribieron: AINEs 52% colchicina 33,8%, ambos 24,2%, no consta 15,2%. En el 52% constaba tratamiento con alopurinol y en el 10,5% tratamiento profiláctico (6,8% colchicina; 3,7% AINEs).

Conclusiones. La mayoría de diagnósticos se realizó en base a impresión clínica. Se objetivó un registro deficitario en HCAP, tanto de datos clínicos, analíticos, anatómo-patológicos como de tratamiento. El control de la hiperuricemia mejoró en los pacientes gotosos. En casi un tercio de los pacientes no se recoge ninguna uricemia. Sólo la mitad de los pacientes realizaba tratamiento hipouricemiante. Se prefirió AINEs como tratamiento agudo y colchicina como tratamiento profiláctico.

P169 ¿PREVENIMOS LA OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR CORTICOIDES?

J. Montero Alcaraz, I. Buxadé Martí, M. Pubill Sucarrat, M. Serra Pujol, L. Ribó Tarrés y G. Hinojosa Bareas

ABS Cirera Molins. Consorci Sanitari del Maresme. Mataró. Cataluña.

Correo electrónico: 28842jma@comb.es

Objetivos. Valorar las características de la prevención de la osteoporosis inducida por corticoides.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo retrospectivo.

Ámbito de estudio. Área básica de salud con una población de 20000 habitantes.

Sujetos. Hombres y mujeres mayores de 14 años que en algún momento en los últimos 5 años ha recibido tratamiento con corticoides a dosis de 5 mg de prednisona o equivalente durante al menos 3 meses.

Mediciones e intervenciones. -Patología que motiva la indicación de corticoterapia -Existencia de densitometría -Tratamiento farmacológico preventivo; antiresortivo : bifosfonatos, raloxifeno, calcitonina o ranelato de estroncio, tratamiento con calcio o calcio asociado a vitamina D.

Resultados. Tratamientos osteopenizantes: 162. Patología: osteoarticular 53%, respiratoria 25,3%, densitometrías 15,4%. Reciben algún tipo de tratamiento: 59,8%. Tratamiento antiresortivo + calcio + vitamina D: 49,48%, antiresortivo + calcio 12,37%, antiresortivo solo: 5,15%, calcio + vitamina D: 21,64%, calcio: 11,34%.

Conclusiones. Las indicaciones principales del tratamiento corticoideo prolongado son las enfermedades articulares y respiratorias. Bajo porcentaje de densitometrías, útiles para evaluar la respuesta al tratamiento que debe ser instaurado precozmente. Un 60% recibe algún tipo de tratamiento pero sólo la mitad de los tratados reciben tratamiento con antiresortivo, calcio y vitamina D que es el tratamiento considerado de elección. Los antiresortivos más utilizados son los bifosfonatos que son los únicos que han demostrado eficacia en prevención de fracturas inducidas por corticoides.

P170 INFLUENCIA DE LOS EPISODIOS RECURRENTE DE LUMBALGIA Y DE LOS QUE APARECEN POR PRIMERA VEZ EN LA EVALUACIÓN DEL NIVEL DE DOLOR E INTERFERENCIA EN LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS EN PACIENTES CON LUMBALGIA AGUDA EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

E. Blanco Tarrío, J. Sánchez Jiménez, M. Serrano Sánchez e I. Sánchez-Magro y Grupo de Investigadores del Estudio

Salamanca. Castilla y León.

Correo electrónico: mar.serrano@grunenthal.com

Objetivos. Analizar la asociación: intensidad del dolor medida por la escala visual analógica EVA y el cuestionario breve evaluación del dolor Brief Pain Inventory BPI, en pacientes con lumbalgia aguda, con las variables: Primer episodio de lumbalgia y recurrencia.

Tipo de estudio. Estudio epidemiológico observacional prospectivo, multicéntrico, seguimiento de una cohorte de pacientes. Cumplían criterios de inclusión: dolor lumbar 2 semanas evolución, características mecánicas, EVA > 40 mm y dieron su consentimiento a participar. Aprobado por el CEIC Hospital La Paz. Madrid. Los datos se analizaron con estudio descriptivo y análisis de regresión logística.

Ámbito de estudio. Nacional.

Sujetos. 366 médicos AP, reclutaron 2.270 pacientes.

Mediciones e intervenciones. Mejoría obtenida mediante la escala EVA y el BPI en 2 registros consecutivos, al inicio y a los 15 días, con las variables: Primer episodio de lumbalgia y recurrencia.

Resultados. El 44,70% de pacientes padecían un primer episodio, edad media 48 años, más frecuente varones. La recurrencia es mayor en el grupo de 55 a 70 años (38,7%). La reducción del dolor en los que acuden con primer episodio frente a episodio recurrente: en EVA 62,3%/53,2%; en Intensidad (BPI) 68,42%/54,83% y en Interferencia (BPI) 68,42%/59,32%. Se prescribe terapia combinada al 66,66% fundamentalmente con dos fármacos (52,28%): paracetamol + opioide débil (52,93%), AINEs + paracetamol (18,98%) y AINEs + opioide débil (8,51%).

Conclusiones. Los pacientes con episodios recurrentes mejoran menos, en intensidad del dolor como en interferencia en las actividades cotidianas. La terapia combinada más utilizada: paracetamol + opioide débil. La resolución del dolor está condicionada por aspectos psicosociales y/o laborales.

P171 VARIABILIDAD INTEROBSERVADOR EN LA MEDICIÓN DE LAS VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS UTILIZADAS COMO CRIBADO DE OSTEOPOROSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

V. Martínez Gil, A. Martínez Tascón, A. Manzanas González, L. García San José y D. Ortiz Ortiz

CS José Barros. Camargo. Santander. Cantabria.

Correo electrónico: anamanzanas@hotmail.com

Objetivos. Valorar el grado de variabilidad interobservador en la medida de los parámetros antropométricos considerados valorables en el cribaje de osteoporosis.

Tipo de estudio. Concordancia Interobservador.

Ámbito de estudio. Atención Primaria.

Sujetos. Se estudió una muestra de 100 sujetos elegidos al azar entre mujeres posmenopáusicas y hombres mayores de 50 años, pertenecientes todos a una cohorte seleccionada en un centro de AP para estudio de enfermedades del metabolismo óseo.

Mediciones e intervenciones. Mediciones: Distancia occipucio-pared, distancia costilla-pelvis, cifosis, perímetro abdominal y envergadura. Análisis estadístico: para analizar la correlación de las variables cuantitativas occipucio-pared, perímetro abdominal y envergadura, que siguen una distribución normal, aplicamos el coeficiente de correlación de Pearson. En el caso de la variable Costilla-pelvis, al no seguir una distribución normal, se aplicó el test de correlación de Spearman. Los resultados de la variable cifosis, medida cualitativamente (sí/no), fueron analizados mediante el índice kappa. **Resultados.** Para las variables, perímetro abdominal, envergadura y occipucio-pared se obtuvo un índice de correlación de Pearson entre 0,790 y 0,964. En el caso de la variable cifosis obtuvimos un resultado de kappa = 0,661. El valor de la rho de Spearman para la medida costilla-pelvis fue de 0,641. En todos los casos la p fue < 0,001.

Conclusiones. Existe una elevada concordancia, no atribuible exclusivamente al azar, en las mediciones interobservador de las variables descritas. Se garantiza así que la validez de las mismas es independiente de su medición por diferentes observadores.

Este estudio cuenta con una beca del Fondo de Investigaciones Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Consumo (FIS: PI05 0125).

P173 FACTORES DE RIESGO MAYORES DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS Y VARONES MAYORES DE 50 AÑOS INCLUIDOS EN UN ESTUDIO DE OSTEOPOROSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. Castillo Obeso, C. Ramos Barrón, J. De Juan Armas, E. Obregón López, J. Hernández Henández y J. González Macías

Centro de Salud José Barros, Camargo. Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria, Santander. Cantabria.
Correo electrónico: cramos@gap01.scsalud.es

Objetivos. Determinar la prevalencia de factores mayores de riesgo de osteoporosis en mujeres postmenopáusicas y varones mayores de 50 años en una muestra de pacientes obtenida de una cohorte para estudio de detección de osteoporosis y otras enfermedades de metabolismo óseo en población general.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Atención Primaria. Centro de Salud Semi-urbano.

Sujetos. Los pacientes, con criterios de inclusión, son reclutados a medida que acuden a la consulta de forma oportunista (caso finding).

Mediciones e intervenciones. Se realizó historia completa que incluía variables demográficas, clínicas y antropométricas y factores de riesgo mayores y menores. Se les realizó estudio analítico, radiológico y densitométrico.

Resultados. Se han estudiado 819 sujetos (163 varones y 656 mujeres). La edad media fue 64,9 ± 8,3 en varones y 62,5 ± 8,9 en mujeres. Los resultados de los factores estudiados fueron en varones y mujeres respectivamente: historia familiar de osteoporosis (9,6%/16%), fracturas después de los 40 años (17,2%/17,5%), fractura vertebral (18%/17,2%) menopausia precoz (-/0%), tratamiento sistémico con corticoides > 3 meses (13%/8%), síndrome de malabsorción (2,5%/1,5%), hiperparatiroidismo primario (1,2%/0,6%), propensión a caídas (10%/23,7%), hipogonadismo, (1,3%/-) osteopenia aparente radiológica (54%/61,9%). Asimismo se estudiaron factores menores de riesgo de osteoporosis.

Conclusiones. Después de la edad los factores mayores de riesgo más prevalentes han sido osteopenia radiológica, antecedente de fractura y la propensión a las caídas. En este último campo el EAP puede trabajar en su prevención.

(FIS: PI05 0125).

P174 FACTORES BIOPICOSOCIALES EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

R. Sequera Requero, A. Girona Amores, C. González Berbería, M. Toribio, R. Cabello y A. Martínez

ABS Badalona-6 (ABS de Llefia). Badalona. Cataluña.
Correo electrónico: rosa_maria_sequera@hotmail.com

Objetivos. Investigar aspectos socio-demográfico-vitales y su relación con impacto de la fibromialgia (FM).

Tipo de estudio. Estudio descriptivo con encuesta y cualitativo con técnica de grupo focal.

Ámbito de estudio. ABS urbana.

Sujetos. 20 pacientes seleccionadas sistemáticamente de la base de datos de historias clínicas, que cumplían criterios de FM.

Mediciones e intervenciones. Variables: datos sociodemográficos, número de convivientes, horas dedicadas a cuidado de familiares, satisfacción con empleo, calidad del sueño, ejercicio, escala de impacto de la FM (FIQ) en actividades vida diaria (AVD), antecedentes personales y familiares de patología mental, acontecimientos vitales. Estadística: SPSS v13.

Resultados. -Sexo 100% mujeres, 17% separadas, 35% no había finalizado EGB. -71% recordaban un acontecimiento traumático/emocional en la infancia. -65% dedicaban más de 6 horas diarias al cuidado de padres o suegros. -100% refieren sueño no reparador. El 33% realiza ejercicio aeróbico suave y el 42% técnicas de relajación. -En el 88% la relación con la pareja y el índice de ansiedad/depresión empeoró tras el diagnóstico. -66% de las que trabajan fueran de casa están en situación de incapacidad o invalidez laboral.

Conclusiones. Mujeres casadas, cuidadoras, estudios primarios, 66% de baja o con incapacidad laboral, sueño no reparador, el 71% recuerdan acontecimientos traumático/emocional, las relaciones personales empeoraron tras la irrupción de la enfermedad, produciendo en la mayoría aislamiento social. Mayor impacto de enfermedad a mayor número de familiares ancianos a su cargo y sin relación con trabajar fuera de casa.

Objetivos. Describir la evolución clínica de los pacientes que han recibido tratamiento con infiltración esteroidea, y su eficacia terapéutica a medio/largo plazo.

P175 ¿RECAE EL HOMBRO DOLOROSO TRAS SER INFILTRADO EN ATENCIÓN PRIMARIA?

A. Zúñiga Guerrero, E. Tolmo Estelas, A. Gómez Cruz, R. Valles Vila y F. Caballero Martínez

Centro de Salud Cerro del Aire. Majadahonda. Madrid.
Correo electrónico: fcaballero.gapm06@salud.madrid.org

Objetivos. Describir la evolución clínica de los pacientes que han recibido tratamiento con infiltración esteroidea, y su eficacia terapéutica a medio/largo plazo.

Tipo de estudio. Tipo de estudio: estudio observacional descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Ámbito del estudio: dos centros de AP de una misma Zona Básica de Salud.

Sujetos. Sujetos: pacientes infiltrados con anterioridad al 1 de mayo 2006 (desde 2004) y que respondieron completamente en fase aguda al tratamiento.

Mediciones e intervenciones. Mediciones e intervenciones: entrevista telefónica al paciente, transcurrido un periodo mínimo de un año postinfiltración (entre 1-30 mayo 2007). Variables recogidas: edad, sexo, actividad laboral, dominancia, hombro afectado, recaída, intensidad sintomática (si recaída -EVA-), tiempo libre de síntomas tras infiltración, nuevo tratamiento (si recaída -analgésicos, AINEs, fisioterapia y re-infiltración-).

Resultados. Población diana: 90 pacientes. Se descartaron 15 casos por los siguientes motivos de exclusión: no respuesta, mejoría parcial (EVA > 4) o periodo libre de síntomas < 1 mes tras la infiltración. Se contactaron 49 sujetos, tras 4 intentos telefónicos en doble horario (mañana/tarde). Muestra: 82,8% mujeres, edad promedio = 59,8 años (rango: 38-79), dominancia derecha = 93,1%, infiltración hombro dominante = 75,9%. Recaídas = 27,6%. La mayoría (87,5%) se describen como esporádica vs continua, y de intensidad moderada-alta (EVA 7,3). Periodo libre de síntomas = 45-510 días (mediana 225). El 48,9% de los encuestados refirieron una recuperación funcional completa. Entre los factores asociados a la recaída destacó la menor edad (actividad laboral).

Conclusiones. La respuesta terapéutica a la infiltración corticoidea del hombro doloroso en AP se muestra efectiva y estable a medio-largo plazo en la mayoría de los pacientes.

P176 TENGO OSTEOPOROSIS, ¿YA LO SABE, DOCTOR?

P. Fernández García, M. Asensio Vidal, E. Abadía Lasala, M. Grifoll Hernández, A. Romero Ruiz e I. March Seguí

ABS Cambrils. Cambrils. Cataluña.
Correo electrónico: agrifoll@grupsgassa.com

Objetivos. Describir el perfil del paciente con osteoporosis. Valorar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente osteoporótico.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal. Explotación de datos de historias clínicas informatizadas del OMI-AP. Paquete estadístico SPSS 13.0.

Ámbito de estudio. Área Básica de Salud urbana de 30.000 habitantes.

Sujetos. Pacientes con diagnóstico de osteoporosis desde marzo de 1999.

Mediciones e intervenciones. VARIABLES: edad, sexo, tabaquismo, estilo de vida, edad de menopausia, diagnóstico (radiología y densitometría ósea -DMO-), fractura durante el seguimiento y tratamiento de osteoporosis.

Resultados. Muestra 360 pacientes; 4,4% varón. 95,6% mujer. Edad media de diagnóstico 63 años. En el 22,5% consta edad de menopausia, 7,2% menopausia precoz. 91,6% no tabaquismo. Estilo de vida sedentario 29,8%, saludable 38,7%. No consta diagnóstico por radiología 67,2%, porosis 19,2% y aplastamiento 7,5%. Diagnóstico por DMO 52,7%: T-score inicial 54,7% de éstos y T-score de seguimiento 19,5%. Realizada en el 10,4% de pacientes DMO de seguimiento en los tres primeros años. El 80,6% de pacientes están con tratamiento, el 19,7% toma tres fármacos: 100% vitamina D y calcio, y 90% bifosfonatos. El 4,2% presentan fractura vertebral durante el seguimiento.

Conclusiones. El perfil del paciente osteoporótico es el de una mujer de 63 años, no fumadora, con estilo de vida saludable. Se detecta falta de registro de la edad de menopausia. Observamos déficit de métodos diagnósticos, tratamiento y de seguimiento de la osteoporosis, inducido en un importante número de casos por otros facultativos. Sólo el 19,7% de los diagnosticados toman el tratamiento adecuado. Sería conveniente la elaboración de un protocolo para el registro del paciente osteoporótico en un futuro.

P177 PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS EN UN CENTRO DE SALUD

J. Martínez Suberviola y F. Gómez

Centro de Salud Guayaba. Madrid. Madrid.
Correo electrónico: fjmartinezs@teleline.es

Objetivos. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de pacientes diagnosticados de osteoporosis en nuestra población; determinar los pacientes que estando diagnosticados de osteoporosis reciben tratamiento para ello y determinar los pacientes que reciben tratamiento para la osteoporosis sin constar este diagnóstico.

Tipo de estudio. Se seleccionó a todos los pacientes mayores de 40 años en los que constaba el diagnóstico de osteoporosis o alguna de las siguientes fracturas: vertebrales, cadera, radio y húmero. Así como en los que constaba al menos un tratamiento para la osteoporosis.

Ámbito de estudio. Zona Básica de Salud.

Sujetos. Fueron incluidos 13.241 pacientes.

Mediciones e intervenciones. Prevalencia de pacientes con 1 o más episodios de osteoporosis y/o fractura osteoporótica. Pacientes con 1 o más tratamientos para la osteoporosis. Pacientes con 1 o más episodios de osteoporosis y/o fractura osteoporótica y con 1 o más tratamientos para la osteoporosis.

Resultados. En al menos el 9,36% de la población consta el diagnóstico de osteoporosis; siendo el 17,2% mujeres y el 2% hombres. En un 50% de los diagnosticados de osteoporosis no consta ningún tratamiento para la osteoporosis. En el 20% de los pacientes en tratamiento con fármacos para la osteoporosis no consta el diagnóstico de osteoporosis y/o fractura osteoporótica.

Conclusiones. La prevalencia de osteoporosis en mujeres en nuestra zona de salud es del 17,2% y sólo el 50% reciben tratamiento para ello.

Sesión 18

Jueves, 8 de noviembre - 18.00-19.00 h

Salud mental/Burnout

P178 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PREVALENCIA DE BURNOUT Y ENGAGEMENT EN MÉDICOS DE FAMILIA

R. Mourelle Varela, J. Menéndez Puigmail, A. Bilbao Garitagoitia, L. Sánchez Muñoz, E. Martín Correa y J. Rodríguez Valero

ABS 4 Riu Nord Riu Sud. Santa Coloma de Gramenet. Cataluña.
Correo electrónico: r.mourelle@gmail.com

Objetivos. Conocer la prevalencia de burnout y engagement en el personal facultativo de atención primaria (AP), así como analizar su relación con factores personales y laborales.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo, observacional y transversal.

Ámbito de estudio. Zona urbana de clase social media baja.

Sujetos. 36 médicos de los 6 centros de Atención Primaria de titularidad pública (ICS).

Mediciones e intervenciones. Se administró cuestionario anónimo autoadministrado estructurado en tres partes: datos sociodemográficos/laborales, Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) y Utrecht Work Engagement Scale (UWES).

Resultados. Tasa de respuesta del 53%, 66% mujeres, con edad media de 41,7 años. 53,12% eran interinos, con 13,5 años trabajados de me-

dia, 36,06 pacientes vistos al día y 37,86 horas semanales trabajadas. Afectado por burnout 69,4% de facultativos, 8,3% nivel muy elevado (todos varones). En cuanto al engagement, afectado un 40%, 11,4% de forma intensa. Buena correlación entre subescalas (CE, DP, RP y VI, DE, AB) y burnout/engagement respectivamente. Baja estabilidad laboral (34,37% con plaza en propiedad). Baja satisfacción laboral, 22% de encuestados habían considerado abandonar su trabajo. No diferencias significativas de prevalencia de burnout/engagement en función características sociodemográficas. Asociación estadísticamente significativa entre desgaste profesional y número de pacientes vistos al día, haber pensado abandonar su trabajo, número de horas trabajadas y turno tarde. No asociación entre engagement y variables laborales.

Conclusiones. Existe prevalencia de niveles medios de burnout y de engagement que pueden estar relacionadas con factores modificables como número de pacientes visitados y número de horas de ejercicio profesional semanales.

P180 TRASTORNOS DEL SUEÑO EN PROFESIONALES SANITARIOS

A. Aulet Ruiz, M. Viedma Lloreda, C. Puerma Castillo, C. Díaz del Campo García-Carpintero, Y. Díaz del Campo García-Carpintero y E. Lázaro Merino

CS Villafranca de los Caballeros. CS Quintanar de la Orden. CS Sonseca. CS Madridejos. GAP Alcázar de San Juan. Villafranca de Los Caballeros, Quintanar de la Orden, Sonseca, Madridejos, Alcázar de San Juan. Castilla-La Mancha.
Correo electrónico: olgaf@sescam.jccm.es

Objetivos. Conocer las características del sueño en profesionales de atención primaria y su relación con atención continuada y actividad asistencial.

Tipo de estudio. Descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Atención Primaria.

Sujetos. Profesionales sanitarios de Castilla-La Mancha.

Mediciones e intervenciones. Se remitió un cuestionario anónimo para ser autocumplimentado que recogía variables sociodemográficas, sobre la actividad asistencial y sobre las características del sueño.

Resultados. Contestaron 281 profesionales. Edad media 41,27 años (DE 8,76). El 37,7% eran hombres; un 37,9% médicos; El 72,2% realizaba guardias. Refirieron tener trastornos del sueño el 31,7% (IC95% 26,65-38,46) sin diferencias significativas respecto a la realización de guardias, al sexo (31,6% hombres vs 31,2% mujeres) ni a la profesión (29,7% médicos vs 32,7% enfermeros). Para un 72,5% estos trastornos influían en su actividad habitual y para el 55,6% en su conducta. Entre los profesionales que realizaban guardias, un 18,8% tomaba estimulantes durante ellas (sin diferencias por sexo ni profesión) y el 5,5% relajantes, más los médicos que enfermería (10,7% vs 1,7%; X^2 7,66; $p < 0,01$). El 47,7% refirieron haber cometido errores postguardia, más los médicos (65,1% vs 34,8%; $\#c^2$ 17,7, $p < 0,001$) y los varones (57,8% vs 39,4%; $\#c^2$ 6,63, $p < 0,05$). Un 29,6% había sufrido algún accidente postguardia siendo mayor en enfermería (21,2% vs 35%; $\#c^2$ 4,57; $p < 0,05$). Para un 76,1% fue peor el trato a los pacientes postguardia.

Conclusiones. La prevalencia de trastornos del sueño encontrada es similar a la de población general. Las guardias no parecen asociarse a dichos trastornos pero sí podrían relacionarse con una peor calidad asistencial y un aumento de los riesgos.

P181 A PROPÓSITO DE UN HIPERFRECVENTADOR: PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS REACCIONES DE DUELO

J. Espino Márquez, I. García-Heras Carretero, M. Curado-Molimi Álvarez, M. Rúa Guillermo, A. De la Vega Olmeda y A. Sevilla Aguerrea

Villa de Vallecas. Madrid. Madrid.
Correo electrónico: neni_gh@hotmail.com

Objetivos. El duelo aun siendo una reacción normal, existen ocasiones en las que adquiere una dimensión patológica. Normalmente el médico de familia es el único especialista al que acuden las personas que han sufrido una pérdida. A veces se manifiesta en forma de consultas múltiples por causas banales y resulta muy difícil la detección, máxime si tenemos en cuenta el tiempo asignado para cada paciente y la enorme presión asistencial que soportamos. En nuestra expe-

riencia se detectó a un paciente con estas características y se intentó realizar un seguimiento, ofreciéndole apoyo y consejo. Se intentó que realizase su duelo lo más fisiológico posible, evitando en la malignización.

Descripción. Comenzó a frecuentar (casi semanalmente) una de nuestras consultas, un paciente prácticamente desconocido. Tras ser visto y tratado en varias ocasiones por distintas causas, alguien decidió escucharle detenidamente: Su hijo había muerto en un accidente cuatro meses antes. Se realizó un primer acercamiento para determinar la situación actual del duelo en el contexto de la AP, analizando distintas publicaciones que sobre el tema aparecían en nuestro medio. se siguió al paciente mediante consultas programadas, intentando ofrecer una solución a su problema. Fue necesario derivar al paciente a atención especializada para ofrecerle una mejor ayuda y asesoramiento.

Conclusiones. El trabajo concluyó con unas reflexiones acerca de la dificultad de tratar el duelo en el contexto de la Atención Primaria debida por un lado a la propia organización de nuestras consultas y por otro al probable déficit en técnicas de comunicación que presentan muchos profesionales.

P182 ¿REALIZAMOS ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN PACIENTES PSICÓTICOS?

L. Viñas Cabrera, M. Serrano Barragán, M. Birulés Pons, M. González Medina, O. Armengol Badia y M. Riera Del Brío

Cataluña.

Correo electrónico: lydiavc@comb.es

Objetivos. Analizar el registro PAPPs de la población psicótica.

Tipo de estudio. Descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Atención Primaria. Barrio urbano. Población asignada al centro 20.988.

Sujetos. Pacientes en tratamiento con antipsicóticos entre 15 y 64 años (atendidos en CAP en 2006). Tamaño muestral: 154.

Mediciones e intervenciones. Variables analizadas: edad, sexo, fumador, HTA, DM, DL, obesidad, IMC, peso, talla, colest T, colest HDL, TGD, Glucemia, RCV (regicor), perímetro abdominal.

Resultados. De 154 pacientes, el 55,84% eran hombres. Edad media 44,25 (IC 95% 37,65-50,65), el 32 % menores de 35 años. El 92,9% había sido atendido en 2006. Perímetro abdominal y RCV no registrado. No constaba hábito tabáquico en el 62,9%, constaba el diagnóstico de HTA en 8,4%, el de DM en el 4,5% y el de obesidad en el 13,6%. Registro del 27,9% del IMC, media 30,50 (IC 95% 26,83-34,17). Registro del 30,5% del peso, media 90,42 (IC 95% 76,80-104,03). Registro del 24,7% de talla, media 171,67 cm (IC 95% 164,52-178,82). Registro del 27,9% del colest T, media 211,42 (IC 95% 191,13-231,71), registro del 24,7% colest HDL, media 46,83 (IC 95% 39,62-54,05), registro del 25,3% de TGD, media 201 (IC 95% 134,51-267,49), registro del 23,4% de glucemia, media 116 (IC 95% 86,03-143,47).

Conclusiones. Destaca el infraregistro del PAPPs de estos pacientes y la prevalencia de alteración de factores de RCV en los que existe registro. Todo ello plantea la necesidad de coordinación con la especializada para mejorar su control.

Urgencias

P183 ATENCIÓN CONTINUADA: EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA URGENTE

M. Mangrané Ferrando, Y. Ortega Vila, B. Rius Fernández, J. Saumell Boronat, J. De Magriñá Claramunt y A. Cañisa Roig

ABS Reus 4. Reus. Cataluña.

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

Objetivos. Analizar el perfil del paciente que más frecuentemente solicita atención médica urgente en su domicilio y comprobar si la gravedad diagnóstica descrita antes, coincide después de realizar la visita domiciliaria.

Tipo de estudio. Estudio observacional descriptivo prospectivo.

Ámbito de estudio. Ámbito: Servicio de Atención Continuada (CAC) urbano que atiende a 90000 usuarios.

Sujetos. Llamadas telefónicas al CAC solicitando atención domiciliaria. Muestreo consecutivo noviembre'05-junio'06.

Mediciones e intervenciones. Variables: edad, sexo, antecedentes patológicos, tratamiento habitual, motivo del aviso, motivo de la demanda de atención domiciliaria, valoración subjetiva de la gravedad por parte del profesional que responde al aviso y una vez realizada la visita, tiempo demorable para realizar la atención médica y el tratamiento indicado una vez visitado el paciente. Variables resultado: polimedicación, antecedentes patológicos y medicación más frecuente.

Resultados. n = 79. Mujeres 59,5%. Edad media 65,26 años. Antecedentes patológicos: HTA (47%), DM (21,7%), EPOC (12%), ACV (12%), cardiopatía (8,4%). Medicación habitual: hipotensores (38,6%), antidiabéticos (15,7%), hipolipemiantes (7,2%). Solicitan la visita por MEG o falta de ayuda. Motivo de visita más frecuente: vómitos/diarreas y fiebre. 74,7% no recibe ningún tratamiento en el domicilio. 15,7% se deriva al hospital. La correlación entre valoración gravedad pre-visita-postvisita es significativa (Rho de Spearman > 0,01).

Conclusiones. Predominan mujeres > 55 años, patología más frecuente HTA, DM, EPOC, en tratamiento con > 3 fármacos. Perfil similar al del paciente que acude mayoritariamente a la consulta ambulatoria. En general la valoración diagnóstica realizada a partir de la entrevista coincide con la obtenida después de la visita, pero la gravedad es menor que la valorada inicialmente.

P184 LA LLAMADA TELEFÓNICA COMO HERRAMIENTA DE CRIBADO

M. Mangrané Ferrando, Y. Ortega Vila, J. De Magriñá Claramunt, M. Morán, B. Rius Fernández y J. Saumell Boronat

ABS Reus 4. Reus. Cataluña.

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

Objetivos. Evaluar si la información telefónica que obtenemos de un aviso domiciliario nos permite realizar una buena valoración de la urgencia con que ha de ser atendido.

Tipo de estudio. Estudio observacional descriptivo prospectivo.

Ámbito de estudio. Servicio de Atención continuada (CAC) urbano (90000 usuarios).

Sujetos. Llamadas telefónicas al CAC solicitando atención domiciliaria. Muestreo consecutivo noviembre05-junio06.

Mediciones e intervenciones. Variables: Edad, sexo, motivo del aviso, motivo de solicitud, valoración subjetiva de gravedad por parte del profesional que responde y correlación después de la visita, tiempo demorable de atención médica y tratamiento indicado.

Resultados. n = 79. 40,5% hombres. Consulta más frecuente: vómitos/diarreas. Llamadas desde el domicilio: 81,9%. Motivo más frecuente: MEG (51,8%), falta de ayuda (12%). La entrevista telefónica, orientada a patología digestiva (22,9%), patología ORL (16,5%), una vez realizada la visita la proporción no varía. Medidas indicadas durante la espera (21%): dieta absoluta (10,8%) y analgesia (7,2%). La valoración del tiempo demorable: 32,5% podía esperar (30'-2 h), 27,7% en < 30', 18,1% precisaba visita inmediata. 9,6% podía haber esperado más del tiempo indicado. 74,7% recibe tratamiento en el domicilio. 15,7% se deriva a urgencias hospitalarias. La correlación entre valoración de gravedad pre-visita-postvisita es significativa (Rho de Spearman > 0,01).

Conclusiones. La mayoría de las llamadas que solicitan atención domiciliaria son por patología banal, producen malestar en el paciente y su cura se basa en medidas higiénico-dietéticas. Salvo excepciones, la valoración diagnóstica y de gravedad que realizamos con la llamada telefónica coincide con valoración domiciliaria. En general la gravedad es menor que la que se había valorado telefónicamente.

P185 CARACTERÍSTICAS, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DE LAS PICADURAS POR MOSQUITO TIGRE (AEDES ALBOPICTUS) EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

R. Hernández Resa, N. Giménez, M. Barahona, R. Tomás, A. Domingo y N. Curco

CAP Sant Cugat del Vallès. Sant Cugat del Vallès. Cataluña.

Correo electrónico: 33630rhr@comb.es

Objetivos. Analizar las consultas urgentes por picadura de insecto, identificando al insecto responsable.

Tipo de estudio. Descriptivo transversal con seguimiento prospectivo de complicaciones.

Ambito de estudio. Urgencias (19 junio-31 agosto).

Mediciones e intervenciones. Formación específica a médicos de urgencias sobre especies de insectos del área. Se analizaron 8 variables: edad, sexo, población, insecto, número picaduras, área corporal, tratamiento y complicaciones.

Resultados. Resultados; en el 51% se identificó al insecto: mosquito tigre (64%), mosquitos autóctonos (14%), abejas, avispas y abejorros (11%), simúlidos (9%) y arañas (2%). Se atendió a 76% de mujeres, edad media 41 años. En media cada paciente que consultó por mosquito tigre mostraba 4 picadas. El 76% tenía picadas en un área corporal y el 24% en varias. Las lesiones se encontraban en EEII (79%), EESS (27%), tronco (15%) y cabeza (8%). Las mujeres consultan más ($p = 0,01$) por picadura *Aedes albopictus* y simúlidos mientras que el resto de insectos (abejas, avispas, abejorros y arañas) no muestran diferencias por sexo. Recibieron tratamiento el 99% de los pacientes (71% sistémico y 3% intramuscular). Este consistió en corticoides (62%), antihistamínicos (64%), antibióticos (22%) y antiinflamatorios (6%). El 12% presentaron infección, siendo ésta más frecuente en los mayores ($p = 0,045$).

Conclusiones. Es factible identificar al insecto agresor. Consultan por picadura de *Aedes albopictus* mayoritariamente mujeres, con lesiones en piernas, que precisan tratamiento y con un riesgo elevado de infección que aumenta con la edad.

P186 ¿QUÉ HACE UN/A RESIDENTE DE MEDICINA DE FAMILIA COMO TÚ EN UN SERVICIO DE URGENCIAS COMO ÉSTE?

J. Coll Benejam, R. Montenegro Gordillo, L. Ene y M. Torrent Quetglás

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Menorca. Maó.

Menorca. Illes Balears.

Correo electrónico: jcollb@gmail.com

Objetivos. Evaluar la actividad asistencial de los residentes de medicina familiar y comunitaria (MFYC) en un servicio de urgencias hospitalario.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ambito de estudio. Servicio de Urgencias de un Hospital Comarcal.

Sujetos. Médicos residentes de una Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria.

Mediciones e intervenciones. Se analizaron todas las visitas realizadas durante 15 días consecutivos.

Variables: Número de visitas total, diurnas y nocturnas, indicadores de efectividad individual (tiempo de espera, de visita y de tratamiento, porcentaje de altas sin pruebas complementarias, sin consultar al adjunto ni al especialista), tipo de patología y comorbilidad asociada.

Resultados. Se realizaron 374 visitas (56,4% del total de urgencias). El 53% eran varones y la mediana de edad era de 34. El 65% tenían baja comorbilidad y 2 de cada 3 patologías eran traumatológicas, infecciosas y respiratorias. Las medianas en los tiempos de espera, visita y tratamiento fueron de 10, 21 y 40 min. Al 47% de las altas no se les realizó ninguna prueba complementaria y no se consultó al adjunto ni al especialista en el 56% y el 84% de los casos. La consulta al adjunto se asoció a una mayor comorbilidad del paciente ($p < 0,0002$) pero no al tipo de patología.

Conclusiones. Los residentes visitan más de la mitad de las consultas de urgencias y una de cada dos consulta a su adjunto. La baja comorbilidad y el tipo de patologías explicarían los bajos porcentajes de pruebas complementarias e interconsultas al especialista.

P187 EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN EN URGENCIAS A INMIGRANTES EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

S. Sanz Izquierdo y M. Borge García

Villalón de Campos. Villalón de Campos. Valladolid. Castilla y León.

Correo electrónico: carbajosanz@hotmail.com

Objetivos. Cuantificar la demanda asistencial de la población inmigrante y su evolución en el tiempo, describiendo sus características demográficas y los motivos más frecuentes de consulta.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo retrospectivo transversal.

Ambito de estudio. Zona Básica de Salud Rural.

Sujetos. Pacientes inmigrantes que acuden al servicio de urgencias.

Mediciones e intervenciones. Recopilación de la información registrada en los libros de urgencias del Centro de Salud desde el año 2002 al 2006.

Resultados. En el año 2002, la proporción de pacientes inmigrantes atendidos fue del 1,65% respecto al total de las consultas aumentando progresivamente hasta el 5,08%, en 2006. Los países de procedencia son Bulgaria (67,7-70%), seguido de Rumanía y Marruecos. La mayoría son adultos jóvenes con edades entre 15 y 44 años (55,76-69,67%). En el año 2002 la proporción de varones era del 72,41% y de mujeres 27,59%, igualándose en años posteriores. Las patologías más frecuentes fueron las infecciones respiratorias, gastrointestinales, patología musculoesquelética, heridas, accidentes, problemas dermatológicos y urticarias con proporciones variables en los distintos años.

Conclusiones. El número de pacientes inmigrantes atendidos en urgencias ha aumentado progresivamente, tratándose de adultos jóvenes que habitualmente residen y trabajan en la zona, donde se han asentado con sus familias. En su mayoría proceden de los países de Europa del Este, y la patología por la que demandan asistencia no difiere sustancialmente de la población autóctona.

P188 ADIESTRAMIENTO EN HABILIDADES DE RCP EN MONITORES DE UN GRUPO SCOUTS

J. Belmonte Santamaría, J. Martín Rodríguez, M. Díez Andrés, M. Triviño Juárez, R. Hernández Alfaro y S. Aguilar Martín

Cervantes. Guadalajara. Castilla-La Mancha.

Correo electrónico: jacamaro@wanadoo.es

Objetivos. Conseguir que un grupo de monitores de tiempo libre desarrollen conocimientos, actitudes y habilidades para actuar en caso de accidentes. Específicos: -Conseguir que aumenten y reorganicen conocimientos previos. -Conseguir que se entrenen en habilidades de RCP Básica. -Conseguir que se entrenen en habilidades ante atragantamientos y traumatismos.

Descripción. La actividad surgió de una demanda realizada por un grupo de monitores Scouts porque durante los últimos campamentos, afrontaron situaciones médicas que les supusieron gran ansiedad, al no saber responder adecuadamente. Única sesión de 4 horas con los siguientes contenidos. -Información sobre la prevención de accidentes más frecuentes en el grupo de personas con las que trabajan. -Actuación ante un individuo inconsciente. -Actuación ante atragantamientos y traumatismos. Se entregó cuestionario breve, previo a la actividad, para conocer expectativas sobre la misma y experiencias previas. Se utilizaron métodos tipo lección-demostración. Posteriormente los asistentes se ejercitaron en distintos supuestos prácticos. Durante la experiencia se utilizó la videgrabación como método de autoevaluación para los educandos así como para los educadores. Finalizamos entregando un nuevo cuestionario en el que se preguntó sobre las competencias adquiridas y la mejoría del nivel de ansiedad.

Conclusiones. Todos señalaron que sufren un nivel muy alto de ansiedad en situaciones de urgencia. Atribuyen la principal causa de su ansiedad a la inseguridad en las decisiones y en menor medida al miedo a perjudicar al accidentado. La apreciación general de la experiencia fue muy satisfactoria. Todos coinciden en la necesidad de repetir periódicamente la actividad, y en algún caso ampliarla para abarcar nuevos contenidos. Beneficio de la videgrabación para autoevaluación.

P189 PAPEL DEL MÉDICO DE FAMILIA EN EL ÁREA DE URGENCIAS Y CUIDADOS POLIVALENTES DE UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN

C. Suárez Herrerías, A. Ortega Pérez, F. Mellado Vergel, L. Vázquez Alonso, N. Díaz Ricoma y F. Hornero Martínez

Hospital de Alta Resolución El Toyo. EP Hospital Poniente. Almería. Andalucía.

Correo electrónico: anortega27@auna.com

Objetivos. Describir el perfil del paciente que ingresa en Cuidados Polivalentes (CP) en un hospital de alta resolución atendido por médicos de familia.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo retrospectivo.

Ambito de estudio. Pacientes ingresados en CP.

Sujetos. Pacientes ingresados en CP durante junio-05, hasta febrero-07.

Mediciones e intervenciones. Variables: Estancia Corta (EC): sexo, edad, diagnóstico, estancia media, destino al alta; Hospital de Día (HD): técnica realizada; Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA): motivo de ingreso.

Resultados. Total pacientes: 60210, 1063 (1,76%) ingresaron en CP, 695 en Observación y 365 en EC. Edad media: 65,72 años. 68% hombres. Motivos de ingreso, EPOC (15,34%), Infección respiratoria (18,4%), Síndrome

coronario agudo (7%), Insuficiencia cardíaca (5,75%), Fibrilación auricular (4%). Estancia media: 3 días. Destino al alta: 71,8% domicilio; 1,1% exitus; y el resto Hospital de referencia (HR). HD, 36: 58% endoscopia digestiva con sedación, 17% cardioversión, 17% tratamiento hematológico, y 8% estudio del sueño. 100% alta a domicilio. Pacientes postquirúrgicos ingresados: 332, edad media 45,79 años, 60,5% mujeres. El 64,5% programados y el 35,6% complicación tras CMA. 46% procedían de Cirugía General, 21,7% de Traumatología, 14,7% de Ginecología. El 97% alta a domicilio y 3% trasladados al HR. Principal motivo de ingreso fue dolor, y el de derivación al HR, sangrado tras intervención ginecológica.

Conclusiones. Los pacientes en EC presentan patología cardíaca y respiratoria. Los pacientes del HD, acuden, sobre todo, para endoscopia digestiva con sedación. La mayor parte de la CMA proceden de Cirugía, Traumatología y Ginecología. La mayoría son alta al domicilio.

P190 ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES DE GUÍAS CLÍNICAS EN EL MANEJO DEL ICTUS EN URGENCIAS

C. Fernández Del Blanco, C. Moral Moraleda, R. Acebal Berruete, B. De La Casa Fages, B. Rodríguez Miranda y C. Sánchez Sánchez

Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón. Madrid.
Correo electrónico: camino19@hotmail.com

Objetivos. Las guías clínicas son una herramienta útil para protocolizar y mejorar la asistencia sanitaria. Objetivo: evaluar el grado de adherencia a las guías de recomendaciones en el manejo inicial del ictus agudo en Urgencias. **Tipo de estudio.** Retrospectivo descriptivo. Se recogieron: sexo, edad, tensión arterial, glucemia, frecuencia cardíaca, saturación O₂, temperatura, electrocardiograma, radiografía de tórax y tratamiento administrado.

Ámbito de estudio. Servicio de Urgencias de un hospital de segundo nivel. **Sujetos.** Pacientes con ictus agudos que son valorados por médicos de urgencias.

Mediciones e intervenciones. Se realiza estadística descriptiva sobre cumplimiento de las recomendaciones de exploración, realización de pruebas complementarias imprescindibles y uso de medidas terapéuticas no recomendadas (sueroterapia glucosado-glucosalino, hipotensores no ajustado a tensión arterial, glucemia sin control insulínico, antiérmicos sin ajustar a temperatura y sin tratamiento antiagregante) según guías de atención primaria.

Resultados. Pacientes 74 (6 excluidos procedentes de otros hospitales). 52% hombres, edad media 68, 4 ± 14,8. Recogida tensión arterial en 100%, glucemia 100%, frecuencia cardíaca 91,8%, saturación O₂ 34,7%, temperatura 40,8%, con al menos cuatro determinaciones 64,6%. Solicitado en el 100% electrocardiograma, 83,7% radiografía de tórax (20,4% resultaron patológicas), 100% TAC, 100% analítica 83,7% con todas las exploraciones realizadas. Tratamiento: 21,3% glucosado-glucosalino, 61,7% hipotensor, 87,2% sin control insulínico, 76,6% antiérmicos, 12,3% sin antiagregantes (sólo isquémicos).

Conclusiones. La implementación de las medidas básicas recomendadas por las guías para la atención urgente del ictus tiene un margen de mejora. Analizar esta situación y sus causas podría ser muy productivo.

Sesión 19

Viernes, 9 de noviembre - 9.00-10.00 h

Tabaquismo

P191 ESTUDIO DE LA DEPENDENCIA PSICOLÓGICA CON EL TEST DE GLOVER-NILSSON EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TABAQUISMO EN FUNCIÓN DE LA EDAD Y GÉNERO

I. Mahiques Vidal, S. Fillard Moliner, R. Peris Cardells y C. Santamaría Navarro

Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: mahiques99@hotmail.com

Objetivos. Analizar las características de la dependencia psicológica medida por el test de Glover-Nilsson en pacientes remitidos a una consulta monográfica de tabaquismo.

Tipo de estudio. Retrospectivo. Descriptivo.

Ámbito de estudio. Consulta monográfica de tabaquismo del servicio de Neumología.

Sujetos. Análisis de 236 historias sistematizadas.

Mediciones e intervenciones. Test de t de Student o la U de Mann-Whitney para variables cuantitativas, y Chi-cuadrado para variables cualitativas. Significación p < 0,05. Los análisis se efectuaron con el programa SPSS. **Resultados.** De 236 pacientes, 147 (62,3%) eran hombres, la edad media fue de 48,1 ± 10,5 años. El test de glover-Nilsson tuvo una media de 22,02 ± 6,46. Lo más frecuente fue encontrar dependencia moderada (48,8%), seguido por dependencia fuerte (43,8%), leve (4,6%) y por último muy fuerte (2,8%). Las mujeres tenían una dependencia mayor que los hombres (23,51 ± 6,26, frente a 21,05 ± 6,43, p = 0,006). Encontramos una correlación negativa (-0,329) con la edad. Dividimos la serie en dos grupos, > 48 y < 48 años, por ser esta la edad media de la serie. Los pacientes de < 48 tenían una puntuación (23,46 ± 6,32) mayor que los pacientes > 48 años (20,26 ± 6,23) con diferencias significativas (p < 0,001). En los varones > 48 años la puntuación era menor que en los de < 48 años, (19,64 a 23); siendo estas diferencias significativas (p < 0,003). Sin embargo en las mujeres la disminución era menor (23,85 a 22,48) y las diferencias no significativas (p = 0,387).

Conclusiones. Encontramos una mayor dependencia psicológica en jóvenes y en mujeres. Con la edad se da una disminución en hombres pero no en mujeres. Estas diferencias podrían relacionarse con la mayor dificultad en la cesación en mujeres y jóvenes.

P192 FACTORES QUE CONDICIONAN EL ÉXITO EN UNA CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

R. Burón Leandro, L. Salgado Martínez, N. Moreno Millán, I. Sánchez Patiño, A. Díez Díez y V. Miralles Belda

CAP Sant Andreu. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: nmoreno.pbcn@ics.scs.es

Objetivos. Estimar la tasa de éxito y las variables que la condicionan en una consulta de deshabituación tabáquica de atención primaria.

Tipo de estudio. Estudio observacional descriptivo.

Ámbito de estudio. Centro de atención primaria urbana.

Sujetos. Se analizaron los pacientes derivados por el médico de familia e incluidos en el programa desde 1998 a 2006.

Mediciones e intervenciones. Se recogieron la edad, sexo, edad inicio, cantidad cigarrillos, tipo tratamiento, test Fagerström, intentos anteriores. Se consideró éxito al paciente con un mínimo de 4 visitas y abstinentes a los 6 meses. El tratamiento era siempre consejo estructurado y según dependencia sustitutivo de la nicotina o bupropion. Se realizó un análisis descriptivo y bivariante, y un multivariante con la variable dependiente éxito del programa y variables independientes sexo, cantidad de cigarrillos, dependencia, años de fumador y número de intentos.

Resultados. 594 pacientes fueron atendidos. Edad media: 44,7 años. 52,8% hombres. Edad de inicio media: 17,2 años. Cantidad cigarrillos media: 27,1. El 91,3% tenía dependencia alta (> 7). Los pacientes según método y su tasa de éxito fueron: bupropion (80; 37,5%), sólo consejo (159;33, 3%), tratamiento sustitutivo (317;28,4%), burpropion + tratamiento sustitutivo (7;57, 1%). La tasa de éxito total fue del 31,4%. En el análisis bivariante ninguna variable resultó significativa. En el análisis multivariante la variable más cercana a la significación fueron los años de fumador (p = 0,064; a más años más éxito).

Conclusiones. No existen diferencias entre los diferentes tratamientos. A más años de fumador parece haber una mayor tasa de éxito. La elevada tasa de éxito justificaría la utilidad de una consulta específica en atención primaria.

P193 MOTIVACIÓN Y TABACO, UNA EVALUACIÓN TELEFÓNICA

I. Roca Brasó, J. Massons Cirera, C. Molina Guasch, M. Sastre Martín, T. Jiménez Pascua y N. Montellà Jordana

Mataró 7-Ronda Prim. Mataró. Cataluña.
Correo electrónico: ingridrocabraso@hotmail.com

Objetivos. Evaluar la motivación para dejar de fumar con diferentes cuestionarios, mediante entrevista telefónica.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal observacional.

Ámbito de estudio. Ámbito de atención primaria.

Sujetos. Pacientes de 18-75a registrados como fumadores, atendidos entre septiembre-diciembre 2006. Criterios de exclusión: enfermedades graves, problemas de comunicación, negarse a participar.

Mediciones e intervenciones. Variables: demográficas, consumo, consejo antitabaco, valoración de la motivación: test de Richmond, valoración categorial de estadios del cambio, autopercepción de motivación (escala 1-10). Método de recogida: entrevista telefónica. Análisis descriptiva y comparación con T-Wilcoxon.

Resultados. Se incluyen 148 pacientes (de 248) 53,4% hombres. Edad media 44,7 años (DE \pm 14,6) con diferencias significativas entre sexos (49,6 a. hombres; 39 a. mujeres; $p = 0,0001$). Consumo medio = 15 cig/día, (1-60). Hay registro de consejo en el 75%, y lo recuerdan el 54,7%. Test de Richmond: motivación baja = 65,5%, media = 25,7%, alta = 8,8%. Estadios del cambio: precontemplativos = 59,5%, contemplativos = 31,7% y preparación = 8,8%. Resultados similares a otros estudios. No hay diferencias entre los dos tests ($Z = -1,671$, $p = 0,09$). Si existe diferencias ($p = 0,0001$) en comparación con la autopercepción (baja = 26,6%, media = 41,2%, alta = 59,5%). En la comparación por sexos hay diferencia en los estadios de la cambio y la autopercepción ($p = 0,043$ y $p = 0,03$), con niveles de motivación más bajos en mujeres. No se ha encontrado relación entre el registro de consejo y la motivación.

Conclusiones. Se han excluido muchos pacientes (especialmente por mal registro). Las mujeres son más jóvenes y con motivación más baja. Los dos cuestionarios utilizados dan valores similares, pero encontramos valores más altos en la autopercepción. Parece que el registro de consejo no influye en la motivación.

P184 CUMPLIMIENTO DE LA LEY ANTITABACO 28/2005 EN EL SECTOR DE HOSTELERÍA DE LA RIOJA

M. Sevilla Lerena, B. García Mozáin, M. Latorre Aliaga, M. Gallardo Doménech y M. Gil De Gómez Barragán

Centro de Salud Siete Infantes de Lara. Logroño. La Rioja.
Correo electrónico: magallardome@terra.es

Objetivos. Analizar el cumplimiento de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo en el sector hostelero de La Rioja, tras 18 meses de su entrada en vigor.

Tipo de estudio. Estudio observacional descriptivo.

Ámbito de estudio. Sector hostelero de La Rioja.

Sujetos. 100 establecimientos de más de 100 m². Muestreo por conveniencia.

Mediciones e intervenciones. Se visitaron los locales y se recogió información sobre: tipo de local; señalización adecuada; existencia de zona de fumadores; separación física de zona de fumadores; señalización en zona de fumadores de prohibición a menores de 16 años; signos de fumar o presencia de fumadores en zona de no fumadores y cumplimiento global de la Ley.

Resultados. Sólo 51% de locales analizados tienen señalado si permiten fumar o no. El 87% no tienen separación entre zona de fumadores y no fumadores. En 58 locales existen salas para fumar pero sólo 12 advierten que los menores no pueden estar en zona de fumadores; en 24 hay signos de fumar en zona de no fumadores y en 17 hay fumadores en zona de no fumadores. El 72% de locales tienen signos de fumar en zonas no permitidas y en 63% hay gente fumando en zonas no habilitadas. El 73% de locales no cumple la ley.

Conclusiones. El cumplimiento de la Ley en establecimientos estudiados es deficiente. Uno de cada dos locales no tiene señalización. A pesar de la señalización, no se respeta la zona de fumadores ni se advierte a los menores. Debemos poner en conocimiento de las autoridades la falta de cumplimiento de la legislación.

P195 FORMACIÓN PARA MEJORAR EL PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Bermejo Arruz, N. García Martínez, M. Ruiz Cimarras y C. Soria López

Hospital Virgen de la Concha. Unidad Docente de Zamora. Zamora. Castilla y León.
Correo electrónico: ababera@hotmail.com

Objetivos. Debido a la gran importancia del tabaco como primer factor de riesgo cardiovascular evitable se realiza un programa formativo en deshabituación tabáquica, dirigido a los profesionales sanitarios del área de salud de Zamora.

Material y métodos. Estudio descriptivo, transversal. Se realiza una encuesta previa al programa, y otra a posteriori abordando diferentes ítems en relación a la deshabituación tabáquica. En el programa participaron los 22 centros de salud del área realizándose tres sesiones en cada uno de ellos durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2005. El test estadístico aplicado es Chi-cuadrado con un nivel de significación del 5%. **Resultados.** 424 profesionales del área de salud. Realizaron la Encuesta Previa 169 (54% médicos, 43% DUE y 3% otros); Fumadores 51% y No Fumadores 49%. Realizaron la Encuesta Posterior al programa 104 (56% médicos, 41% DUE y 3% otros); Fumadores 23%, No Fumadores 38% y Exfumadores 39%. Abordaje en Atención Primaria: 93% consideraron adecuado abordar la problemática desde AP. Se ofertó ayuda para dejar de fumar por MAP en el 64% (consejo 42%, consejo + guía + seguimiento 46%, tratamiento farmacológico 41%). Tras el programa 57% se consideraba capacitado para hacer tratamiento y seguimiento del hábito tabáquico. Comparando resultados entre encuesta previa y posterior al programa se aprecia un aumento en los registros del consumo del 15%; en registro de fase del 14%; consejo sanitario del 3%; apoyo farmacológico del 11% y en el seguimiento del 8%.

Conclusiones. Con los resultados obtenidos observamos que con un programa formativo se puede obtener un mejor manejo en la deshabituación tabáquica.

P196 TABAQUISMO PASIVO Y PATOLOGÍA RESPIRATORIA EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Tabera Hernández, M. Gómez-Escolar Pérez, M. Torrecilla García, R. Rodríguez Herrero, M. Rosón Varas y M. Plaza Martín

CS San Juan. Salamanca. Castilla y León.
Correo electrónico: mctabera@gmail.com

Objetivos. Valorar la relación entre la condición de fumador de los padres que acuden a la consulta de pediatría del Centro de Salud, con el motivo de la consulta y la patología respiratoria.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Consulta de pediatría del Centro de Salud.

Sujetos. N = 1013 padres/madres.

Mediciones e intervenciones. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, condición de fumador y motivo de consulta de los niños. Se aplicó el test Chi cuadrado y t de Student.

Resultados. La edad media de los encuestados fue de 35,4 (DE 6,0). El motivo de consulta fue un 24,7% (22,1%-27,5%) consulta programada y el 75,3% (72,5%-77,9%) a demanda. De los niños que acudieron por procesos respiratorios el 36,3% (32%-40,8%) tenían padre/madre fumador vs 34,1% (30,1%-38,3%) y se relacionaba con el hecho de fumar en el domicilio en un 47,7% (43,2%-52,3%), siendo esta última relación significativa ($p < 0,01$). El 35,1% de los adultos encuestados se declararon fumadores de los que el 63,5% (58,2%-68,5%) se plantean el abandono del tabaco. El 64,3% (59%-69,3%) de los fumadores dejaría de fumar por su salud y el 31,4% (26,7%-36,6%) por sus hijos.

Conclusiones. Fumar en el domicilio familiar influye en la patología infantil demandada y que cerca del 64% de los padres fumadores se planteen dejar de fumar, hace que la intervención del médico de familia en la consulta de atención primaria deba ser más incisiva respecto al abandono del tabaco.

P197 CONSOLIDACIÓN DE LA ABSTINENCIA TABÁQUICA EN FUNCIÓN DE LA FASE DE ABANDONO DEL TABACO

M. Gómez-Escolar Pérez, M. Tabera Hernández, M. Torrecilla García, M. Otero Pérez, D. Plaza Martín y A. Morales Sánchez

Centro de Salud. Salamanca. Castilla y León.
Correo electrónico: martanul@yahoo.es

Objetivos. Valorar la influencia que tiene la disposición de abandonar el tabaco en un programa de deshabituación tabáquica mediante el consejo sanitario en relación a la consolidación de la abstinencia tabáquica.

Tipo de estudio. Estudio prospectivo.

Ámbito de estudio. Atención Primaria.

Sujetos. Los sujetos fueron 267 pacientes fumadores.

Mediciones e intervenciones. Se determinaron las fases del proceso del abandono del tabaco según el esquema de Prochaska y DiClemente, valorándose la abstinencia tabáquica a los 2, 6 y 12 meses y a los 5 años del inicio de la intervención, aplicándose el test de Chi cuadrado.

Resultados. De los 267 sujetos sobre los que se realizó la intervención, 44 estaban en fase de precontemplación, 39 en fase de contemplación y 175 en fase de preparación. Entre los que lograron la abstinencia a los 2 meses la abstinencia mantenida observada a los 6, 12 meses y 5 años fue respectivamente del 77,8% (40%-97,2%), 77,8% (40%-97,2%) y 44,4% (13,7%-78,8%) entre los fumadores que se encontraban en fase de precontemplación al inicio del estudio; del 88,2% (63,6%-98,5%), 82,4% (56,6%-96,2%) y 44,4% (21,5%-69,2%) entre los que se encontraban en fase de contemplación; y del 79,5% (68,8%-87,8%), 69,6% (58,2%-79,5%) y 48,8% (37,7%-60%) entre los que estaban en fase de preparación.

Conclusiones. Se debe realizar la intervención antitabaco a todo paciente fumador, ofreciendo ayuda y seguimiento del proceso de deshabituación tabáquica, esté o no decidido a abandonar el consumo de tabaco, pues en un porcentaje considerable abandonan su consumo.

P198 TABAQUISMO EN MÉDICOS JÓVENES

L. Sánchez Suárez, P. Plaza Valía, F. García Tolosa, R. Peris i Sánchez, P. Catalán Serra y A. Martínez Martínez

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: ppp01v@saludalia.com

Objetivos. Aproximación epidemiológica al tabaquismo en un colectivo de médicos jóvenes.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Hospital.

Sujetos. Médicos internos residentes del hospital.

Mediciones e intervenciones. Se realizó una encuesta anónima y voluntaria. Se recogieron datos demográficos, hábito tabáquico, consejo antitabaco (CAT) y conciencia sobre su actitud modélica. A los fumadores: edad de inicio, consumo diario de cigarrillos, intentos de abandono, fase de abandono tabáquica y dependencia nicotínica según el test de Fagerström. Análisis descriptivo de la muestra y test de chi cuadrado para variables cualitativas. Significación estadística $p < 0,05$.

Resultados. Contestaron 127 (82%) encuestas de 154 enviadas, 87 (68,5%) mujeres y 40 (31,5%) varones. Edad media 27 años (DE 2,7). Prevalencia global de fumadores 20,5% (27,5% en varones y 17,2% en mujeres; p NS). Consumo medio de 9 cig/día (DE 7,2). Edad media de inicio 18 años (DE 2,8). El 88% de los fumadores tenían un grado ligero de dependencia. El 60% daban siempre CAT. El 77% creen en la importancia de su actitud modélica; según su hábito tabáquico: el 50% de los fumadores frente al 86% de los no fumadores ($p < 0,001$). El 46% se hallaban en fase de abandono precontemplativa. El 39% de los fumadores habían realizado entre 1 y 3 intentos de abandono.

Conclusiones. 1) La prevalencia de fumadores es significativamente inferior a la de su grupo de edad en la población general. 2) El consejo antitabaco no se ofrece de forma sistemática. 3) Habría que reforzar la importancia de la función modélica del colectivo médico, sobre todo en los fumadores.

P199 LEY DEL TABACO Y PROFESIONALES DE LA SALUD, ¿QUÉ OPINAN?

M. Ruiz Sánchez, N. Fernández Danés, C. Ortodó Parra, S. Copetti Fanlo, J. Mena Sánchez y M. Guiu Canteras

ABS Centre. L'Hospitalet de Llobregat. Cataluña.
Correo electrónico: 27550nfd@comb.es

Objetivos. Analizar el grado de acuerdo de las principales medidas establecidas en el Real Decreto 28/2005 que regula el consumo del tabaco, entre los profesionales de los equipos de atención primaria (EAP), según si son o no fumadores. Conocer la dependencia, motivación y necesidades terapéuticas de los profesionales fumadores.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Área de salud urbana.

Sujetos. Profesionales sanitarios y no sanitarios de los 10EAP.

Mediciones e intervenciones. Encuesta autoadministrada a todos los profesionales sanitarios y no sanitarios de los 10 EAP entre los meses de febrero y marzo del 2007, que incluía test de Fagerström breve, motivación según Richmond y grado de acuerdo de las medidas.

Resultados. De las 361 encuestas obtenidas (grado respuesta: 80%), el 45% eran no fumadores, el 29% ex-fumadores, el 24% fumadores. Se observaron diferencias entre fumadores y no fumadores en: limitar el fumar en

espacios de ocio (87% vs 99%; $p < 0,001$); prohibir completamente fumar en bares y restaurantes (41,2% vs 89,5%; $p < 0,001$); sancionar a los fumadores que no cumplen la ley (62,4% vs 92,1%; $p < 0,001$). Se observó un alto grado de acuerdo en prohibir la venta de tabaco a los menores de 18 años y en prohibir la publicidad del tabaco. De los profesionales fumadores ($n = 86$), el 38% refirieron reducción del consumo desde la entrada en vigor de la nueva ley, el 65% presentaba dependencia baja, el 76% motivación media/baja y el 38% preferían ayuda individual en la deshabituación.

Conclusiones. Los profesionales no fumadores manifiestan un elevado grado de acuerdo a la nueva legislación, la aceptación de los fumadores a las restricciones totales es inferior al 50%.

P200 EFECTOS EN LA POBLACIÓN FUMADORA UN AÑO DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DE LA LEY ANTITABACO

J. Ferré Gras, O. Vázquez Martínez, R. Vila Rodrigo, E. Sardaña Álvarez, E. Hernández Lázaro y E. Álvarez Soler

Consutorio Miami Playa (ABS Mont-Roig del Camp). Tarragona. Cataluña.
Correo electrónico: jferreg.tarte.ics@gencat.net

Objetivos. Evaluar la influencia en el hábito tabáquico, un año después de la entrada en vigor de la ley gubernamental 28/2005 contra el tabaquismo.

Tipo de estudio. Estudio Observacional Transversal.

Ámbito de estudio. ABS Rural (8.000 habitantes).

Sujetos. Fumadores mayores de edad en diciembre-2005 encuestados telefónicamente hace 1 año.

Mediciones e intervenciones. Se volvieron a rellamar analizándose si variaron la dependencia tabáquica (Test Fagerström Breve) (TFB) y la posible influencia de ley antitabaco (ILL) comparándola con la anterior encuesta (AE). Si ha dejado o ha reducido el consumo se estudió el tratamiento utilizado y la ayuda desde Atención Primaria (AP). Los que continuaban fumando se valoró si lo abandonarían próximamente. Análisis estadística: χ^2 .

Resultados. 167 encuestas. Edad Media: 46,04 años. 87 mujeres (52,1%). Han dejado de fumar: 14 pacientes (8,4%) (igual AE) de los cuales 3 (21,4%) admitieron de alguna forma la ILL (versus AE: 35%). Han reducido el consumo: 49 pacientes (29,3%) (vs AE: 27,1%) reconociendo 20 la ILL (40,8%) (vs AE: 67,2%) Fuman igual: 94 (56,3%) (vs AE: 64%). Han aumentado: 6 pacientes (3,6%) (vs AE: 0,4%). 4 recaídas (2,4%) vs AE. De los reductores, 79,5% disminuyen el consumo diario, 38,7% aumentan el tiempo de inicio del primer cigarro y 57,1% rebajan el TFB (vs AE: 55,7%). La mayoría (> 90%) no utilizaron tratamiento ni ayuda AP. De los todavía fumadores, 51 pacientes (33,3%) piensan abandonar el hábito próximamente (vs AE: 32,7%), 14 (9,2%) están dubitativos (vs AE: 1,9%) y 88 (57,5%) no lo ven factible (vs AE: 65,4%).

Conclusiones. Se mantiene la tendencia a reducir y abandonar el consumo tabáquico a pesar del debilitamiento de la ILL y el riesgo de presentar recaídas. Las expectativas de abandonar el hábito próximamente son mejores debido a la disminución de los que antes pensaban que era imposible.

P201 INSTAURACIÓN DE CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN UN CENTRO DE SALUD

M. Campos López, A. Quilez Muñoz, B. Ortiz Peralvo, A. Torcal Potente y J. Rodríguez Álvarez

Centro de Salud Balconcillo. Guadalajara. Castilla-La Mancha.
Correo electrónico: jRodriguezal@papps.org

Objetivos. Instaurar una consulta de deshabituación tabáquica en un Centro de Salud.

Descripción. Método: captación de pacientes en las consultas de Atención Primaria y seguimiento de un programa de deshabituación de cinco visitas, basadas en la entrevista motivacional, realizadas a lo largo de un período de tres meses.

Resultados. Personas atendidas 76 Edad media 44,84 años (21-75) El 56,2% mujeres. Media de índice paquetes/año 27,05 (rango de 3 a 100). Gasto mensual en tabaco: menos de 20 euros 5,30%; 20-60 euros: 31,60%; más de 60 euros: 63,20%. Grado de dependencia del tabaco (test de Fagerström): 10,5% muy alto, 42,1% alto, 10,5% medio, 21,1% bajo y 15,8% muy bajo. Grado de motivación (test de Richmond): 84,2% tenían alta motivación. El 47,4% sólo realizaron la primera visita; el 52,6 %

restante de los pacientes está en un rango de 2 a 8 visitas. Respecto al tratamiento el 57,9% de los pacientes no precisó apoyo farmacológico; del resto el 50% usó bupropion, el 37,5% parches de nicotina y el 12,5% chicles de nicotina. Tras 3 meses de consulta 40 pacientes siguen el programa y 28 (36,8%) están sin fumar.

Conclusiones. La instauración de una consulta de tabaco en un centro de salud requiere la colaboración de todo el equipo de atención. La entrevista motivacional se perfila como una herramienta adecuada para trabajar el tabaquismo, superior al consejo antitabaco.

P202 DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA SOBRE EL ABORDAJE DEL TABAQUISMO PARA LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

E. Olano Espinosa, T. Gómez Gascón, J. Martín Fernández, M. Beamud Lagos, B. Matilla Pardo y A. Ramos Martín

Unidad de Docencia. Área 11. Servicio Madrileño de Salud. Madrid. Madrid.
Correo electrónico: e_oecoeo@hotmail.com

Objetivos. Diseñar una intervención formativa en tabaquismo para profesionales sanitarios de Atención Primaria de Salud (APS).

Descripción. Diseño y pilotaje de encuesta "Necesidades formativas en tabaquismo"; Distribución a 980 profesionales (35 Centros de Salud, CS) Contestaron 264 (33%) de 32 CS (94%). 199 (75,37%) no tenían formación previa; 248 (93,93%) interesados en recibir formación específica y 216 (81,81%) acudirían a curso de seis horas en su CS en horario laboral; 142 (el 65,64%, 53,78% del total) preferían horario de 13:45 a 15:15. Se diseñó la intervención "ad hoc", basada en el máximo nivel de evidencia, tras revisión sistemática específica para APS. Asistencia valorada mediante hoja de firmas: asistieron 213 profesionales (58,35%), 100 DUE (54,64%) y 105 Médicos de familia (57,69%). Asistencia media 66,51% (del 19,15% al 100% de los profesionales). El 79,3% de los asistentes acudieron a más del 75% del curso (3 o 4 sesiones) el 20,6% a menos del 50% (1 o 2 sesiones). Encuesta de satisfacción: resultados (0-10): valoración global del curso media 8,56; utilidad en la práctica habitual 8,62; contenidos y metodología 8,72.

Conclusiones. Los profesionales sanitarios no tienen en su mayoría formación en tabaquismo. La mayoría acepta intervenciones formativas específicas y adaptadas a sus circunstancias laborales. Para garantizar su eficiencia, las posibles intervenciones formativas deben diseñarse de acuerdo a las preferencias de su población diana, (lugar duración y horario), además de adecuar los contenidos a su trabajo habitual y a la evidencia existente.

P203 DESDE QUE HE DEJADO DE FUMAR EL SEGURO DEL COCHE ME SALE GRATIS

R. Gayarre Aguado, M. Pou Giménez, M. Moral Martín, M. Quintela Salvans, M. Peiró i Fàbregas y L. Domínguez Olivera

EAP Encants, Hospital de Sant Pau. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: rgayagu@camfic.org

Objetivos. La deshabituación tabáquica es una de las actividades preventivas más costo-efectivas. Realizar una intervención comunitaria con motivo del "día mundial sin humo", basada en información sobre hábito tabáquico y deshabituación, colaborando atención primaria y hospitalaria. Analizar las características de los datos sobre hábito tabáquico recogidos durante esta intervención.

Descripción. Durante todo el día 31/05/07 colocamos un stand en la planta baja de nuestro centro que comprende cuatro equipos de atención primaria. En él, participaron enfermeras de neumología y primaria, médicos de familia y personal administrativo. Se acercaron voluntariamente a informarse 96 personas. Les realizamos: test de Richmond, Fagerström y cooximetría. Ofrecimos: la posibilidad de escribir su testimonio como fumadores o exfumadores, cambiar su tabaco por el poema que una compañera escribió explícitamente para este día, e información sobre el abandono del tabaco. A todos, dimos consejo breve para el abandono del tabaco, y explicamos posibles tratamientos. Algunos de sus argumentos más sorprendentes: "Desde que he dejado de fumar el seguro del coche me sale gratis", "he dejado de fumar y soy más feliz", "Déjalo ya, sí se puede".

Conclusiones. La mayoría de los usuarios eran fumadores y presentaban una dependencia moderada y motivación alta. Realizar un actividad preventiva fuera de la consulta, ayuda a acercarnos al paciente y puede supo-

ner un paso adelante en la motivación para el cambio. La colaboración entre los diferentes profesionales ayuda a organizar estrategias preventivas comunitarias como ésta.

Sesión 20

Viernes, 9 de noviembre - 10.30-11.30 h

Vacunas

P204 VACUNACIÓN ANTIGRIपाल EN EL EMBARAZO: CREENCIAS Y ACTITUDES DEL MÉDICO DE FAMILIA

G. Schwarz Chávarri, V. Pedrera Carbonell, L. Ortiz de Saracho, J. Quintana Cerezal, P. Valencia Valencia e I. Montiel Higuero

CS San Blas. Alicante. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: vpedrera@gmail.com

Objetivos. Conocer creencias y actitudes frente a la vacunación antigripal (VAG) en el embarazo.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal; encuesta autocumplimentada a médicos de 8 CAP de un Área sanitaria. De 91 médicos y 9 residentes de MFyC, contestaron a la encuesta 51 (tasa de respuesta: 51%), 7 de ellos residentes.

Ámbito de estudio. Centros de Salud.

Sujetos. Médicos de familia de EAP y residentes de MFyC.

Mediciones e intervenciones. Edad, sexo, vacunación, creencias, conocimiento sobre VAG Estudio observacional.

Resultados. Rango edad: 26-50 años. 47,1% mujeres. Del total, 52,9% cree que las embarazadas deben vacunarse; el 28,6 % lo aconseja. Razón principal de no aconsejar: creer que no existe recomendación institucional (48,4%). El 23,5% recomendó VAG a embarazadas la pasada campaña. El 79,2% sabe que su tasa de cobertura es menor al 10%. 16 médicos (32,0%) se vacunaron en la campaña anterior, y 19 (38,0%) se mostraron dispuestos a hacerlo la próxima. Entre los residentes de MFyC, el 100% cree que las embarazadas no deben vacunarse frente al 25% del resto de médicos (p < 0,001), y no recomiendan la vacunación igualmente el 100% de los residentes, frente al 51,3% del resto (p < 0,08). Las mujeres creen que debe vacunarse de VAG a las embarazadas más que los hombres: 70,8% vs 37,0%. (p < 0,016), y aconsejan más la VAG: 39,1% vs 19,2% (p < 0,02) Los vacunados aconsejan más la VAG: 53,3% vs 18,2%. (p < 0,045).

Conclusiones. Existe desconocimiento de indicación de VAG en el embarazo, sobretudo en residentes. Hay divergencia entre creencias e intervención clínica. Las mujeres y vacunados aconsejan más la VAG. La VAG entre los médicos es baja.

P205 VACUNACIÓN ANTIGRIपाल Y MORTALIDAD INVERNAL EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

A. Vila Córcoles, C. De Diego Cabanes, O. Ochoa Gondar, C. Fuentes Bellido, X. Ansa Echeverría y G. Epióvac

SAP Tarragona-Valls. Institut Català de la Salut. Tarragona. Cataluña.
Correo electrónico: olgaochoagondar@wanadoo.es

Objetivos. Evaluar la efectividad de la vacunación antigripal (VAG) en la prevención de mortalidad invernal entre las personas mayores de 65 años con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Tipo de estudio. Estudio cohortes prospectivo y multicéntrico.

Ámbito de estudio. Ocho Centros de Atención Primaria.

Sujetos. Todos los individuos > 65 años con diagnóstico de EPOC asignados a 8 Centros de Atención Primaria (n = 1298 pacientes), seguidos entre 01/01/2002 y 30/04/2005.

Mediciones e intervenciones. Se valoró la recepción o no de la VAG en los otoños 2001-2004 y se identificaron todas las muertes por cualquier causa ocurridas en la cohorte durante 2002-2005. Se realizó análisis multivariante mediante regresión de Cox, con cálculo de efectividad vacunal ajustada por edad, sexo y presencia de comorbilidad.

Resultados. La cobertura VAG media fue del 69% (64% en otoño 2001 y 74% en otoño 2004). La tasa cruda de mortalidad invernal fue un 16% inferior entre aquellas personas que habían recibido la VAG en el otoño previo (167 muertes por 100.000 personas-semana) en comparación con aquellos que no la habían recibido (192 por 100.000). La recepción de la VAG se asoció con una reducción del 24% en el riesgo ajustado de muerte por cualquier causa considerando el periodo invernal total 2002-2005 (hazard ratio: 0,76; IC 95%: 0,52-1,06; $p = 0,098$), estimándose que una muerte fue prevenida por cada 187 vacunaciones (IC 95%: 62 a infinito). **Conclusiones.** Los resultados apuntan un considerable beneficio de la VAG para prevenir mortalidad invernal en pacientes EPOC, y confirman la necesidad de las estrategias anuales de vacunación en los grupos de riesgo.

P206 VACUNACIÓN NEUMOCÓCICA EN ATENCIÓN PRIMARIA. ¿CUMPLIMOS LAS RECOMENDACIONES?

E. De Diego Bustillos, I. Enguix, J. Cugat, I. Yuste, M. Botey, D. Oltean, M. Atero Guillén y M. Oltean

Vía Barcino. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: jenguix.pbcn@ics.scs.es

Objetivos. Las recomendaciones PAPPs de vacunación de neumococo incluyen a población mayor de 65 años, niños mayores de 2 años y adultos pertenecientes a grupos de riesgo. El estudio pretende valorar la cobertura vacunal en las diferentes indicaciones.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Centro de salud urbano, nivel socioeconómico medio-bajo.

Sujetos. Pacientes que presenten como mínimo uno de los siguientes factores de riesgo: esplenectomía, bronquitis crónica, infección VIH, hepatopatía crónica, alcoholismo, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, síndrome nefrótico, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, trasplante de órganos, neoplasias hematológicas y anemia falciforme. También seleccionamos una muestra de mayores de 65 años sin factores de riesgo.

Mediciones e intervenciones. Revisión de vacunación neumocócica en historia clínica informatizada y en registro de papel.

Resultados. $N = 454$ pacientes. La cobertura vacunal global fue de 41,2%. Las mayores coberturas se dieron en EPOC (58,9%) y cardiopatía isquémica (54,9%) y las menores en VIH (16%) y hepatopatía crónica VHC (20%). Pacientes mayores de 65 años con algún factor de riesgo presentan una cobertura 63,0%, mientras que en los menores de 65 años es sólo del 15,4%.

Conclusiones. A pesar de las indicaciones de vacunación del neumococo, la cobertura global es baja. Podría deberse a un infraregistro de la vacunación, a la confianza de que todo lo concerniente a una patología hospitalaria es llevado en el tercer nivel asistencial y a la priorización de otras actuaciones a pacientes incluidos en grupos de riesgo como neoplasia, alcoholismo y VIH. No tenemos en cuenta las indicaciones de la vacuna en los grupos de riesgo menores de 65 años.

P207 PACIENTES VHC. ¿ESTÁN VACUNADOS DE LA HEPATITIS A Y B?

G. Falcó Faydella, A. Estafanell Celma, M. Lara Rodríguez, J. Espinasa Rifà y J. Barrero Ramos

ABS Sant Miquel. Granollers. Cataluña.

Correo electrónico: 36474gff@comb.es

Objetivos. Se ha demostrado que los pacientes con enfermedad hepática por VHC que presentan coinfección por virus hepatitis B o A empeora la progresión de la enfermedad y el desarrollo de cáncer. **Objetivos:** -Conocer el porcentaje de vacunación VHA y VHB en pacientes con infección crónica por VHC. -Conocer cuántos han recibido tratamiento y dónde se realiza el seguimiento.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Centro urbano, febrero 2007.

Sujetos. 74 pacientes VHC. Criterios de exclusión: exitus, traslado de centro.

Mediciones e intervenciones. Edad; sexo; transmisión del virus; coinfección; nivel transaminasas, hepatopatía, vacunación VHB-VHA; tratamiento y seguimiento.

Resultados. Muestra de 65 pacientes, 56,25% son hombres, edad media 56,8 años. Transmisión del virus: ADVP 25%, transfusión sanguínea

9,4% y no consta en la historia 65,6%. Coinfección con VHB 32,8%, VIH 7,8%. Transaminasas elevadas 64%, hepatopatía crónica diagnosticada por ecografía o TAC 28,1%. Recibieron tratamiento con Interferón + Ribavirina 17,1%, no estaba indicado o rehusaron 54,7% y no consta 28,1%. Vacunación contra VHA y VHB 0%. Seguimiento de los pacientes: 50% en el CAP, 42,2% en el especialista y 7,8% no consta.

Conclusiones. Tras detectar una baja cobertura de vacunados frente al VHB y VHA se ha realizado una sesión formativa en el centro de salud y se ha establecido un protocolo de actuación siguiendo las recomendaciones de la literatura revisada. A los 6 y 12 meses se reevaluará el estado vacunal de dichos pacientes. Desde Atención Primaria se realiza el seguimiento del 50% de los pacientes VHC.

P208 VACUNA ANTIGRIपाल, ¿POR QUÉ LA RECHAZAN?

M. Giner Martos, M. Pinyol Martínez, E. Pérez García, M. Devant Altimir, B. Fornés Ollé y B. De Pedro Elvira

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: mpinyol@clinic.ub.es

Objetivos. Analizar los motivos de rechazo de la vacuna antigripal (VAG).

Tipo de estudio. Estudio descriptivo retrospectivo.

Ámbito de estudio. Centro de salud urbano (CS).

Sujetos. Todos los pacientes en los que consta el rechazo de la VAG 2006 en la historia clínica informatizada.(HCI).

Mediciones e intervenciones. Se evalúan las variables: sexo, edad, indicación de la VAG, quién deniega la administración (paciente, médico o tutor), el motivo, existencia de rechazo de VAG previas u otras vacunas y quién hizo el registro en la HCI.

Resultados. El rechazo de la VAG fue del 12% en nuestro CS, que supone 568 casos. El 56,3% eran mujeres. La edad media fue de 68,42 (DE: 11,3). El principal motivo de indicación de la VAG era la edad superior a 60 años (55,6%). En el 96,5% de los casos fue el paciente quien rechaza la vacuna, siendo el motivo más frecuente la percepción de no necesitarla (38,9%), seguida por una mala experiencia previa (6,3%). En un 37,3% no constaba el motivo. El 46,8% de pacientes habían rechazado la VAG en otras campañas, y el 26,8%, se habían opuesto a la administración de otras vacunas (14,1% vacuna antitetánica, y 13% a la vacuna antineumocócica). Enfermería realizó el 83% de los registros de rechazo.

Conclusiones. El principal motivo de rechazo de la VAG es la percepción del paciente de no necesitarla. Casi la mitad de los pacientes ya se habían opuesto a la administración de la VAG en campañas anteriores. Existe un bajo registro del motivo del rechazo.

Validación de estudios

P210 VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE EVENTOS ESTRESANTES DE BRUGHA (LTE-Q)

M. Díaz Barreriro, J. Bellón Saameño, B. Moreno Küstner, E. Motrico Martínez, V. Ruiz García y P. Brangier Weinberg

CS Vecindario (Las Palmas). CS El Palo (Málaga), Facultad de Psicología, Universidad de Málaga, Unidad de Investigación del Distrito de AP. Málaga. Departamento de Medicina Preventiva. Universidad de Málaga. Islas Canarias. Correo electrónico: jabellon@terra.es

Objetivos. Valorar la validez y fiabilidad del cuestionario de eventos estresantes de Brugha.

Tipo de estudio. Transversal de validación de cuestionario.

Ámbito de estudio. AP.

Sujetos. Muestra aleatoria de 5.441 pacientes que acudieron a la consulta de 243 médicos de familia, pertenecientes a 41 centros de salud (urbanos y rurales) de 7 provincias españolas.

Mediciones e intervenciones. Se realizó la traducción y retrotraducción de los 12 eventos del cuestionario LTE-Q. Se les administraron el LTE-Q y otra serie de cuestionarios ya validados. A una submuestra de 401 pacientes se les administró de nuevo el LTE-Q con una separación de dos semanas (251 heteroadministrados y 150 autoadministrados).

Resultados. Los índices Kappa fueron $> 0,70$ en 9 eventos en la forma autoadministrada y en 7 eventos en la heteroadministrada. No hubo ningún evento con kappa $< 0,60$. No refirieron eventos del LTE-Q-E, 1828 pacientes (34%); un evento, 1760 (32,7%); dos eventos, 1037 (19,3%); tres eventos, 441 (8,2%); y > 3 eventos, 312 (5,8%). El número de eventos estresantes se relacionó negativa

y significativamente con la edad ($r = -0,19$), salud física-SF12 ($r = -0,16$), salud mental-SF12 ($r = -0,24$) y apoyo social de la familia y los amigos (PSS-F&A) ($r = -0,12$). Tuvieron significativamente más eventos aquellos aquejados de depresión mayor (CIDI), trastornos de ansiedad (PRIME-MD), problemas con el alcohol (AUDIT), percepción de discriminación (Discrimination Schedule), refirieron maltrato y abusos en la infancia (Childhood Trauma Questionnaire), insatisfacción con las relaciones sexuales e íntimas (Sexual Function Questionnaire), y tuvieron personas cercanas con problemas graves.

Conclusiones. El cuestionario de eventos estresantes de Brugha es válido y fiable.

Violencia doméstica

P211 ASISTENCIA INTEGRAL AL MALTRATO EN URGENCIAS

E. Fernández Romero, R. Espino Pérez, M. Aguilera Peña, J. Recio Ramírez, J. C. Galán Doval y M. Pablo Vázquez

Hospital de Montilla. Montilla. Córdoba. Andalucía.
Correo electrónico: efernandezr@ephag.es

Objetivos. Integrar los distintos niveles asistenciales implicados en la atención al maltrato desde un servicio de urgencias de un hospital comarcal.

Descripción. Se comenzó organizando formación específica en maltrato para nuestro personal (cursos y sesiones clínicas programadas), creando un procedimiento específico de asistencia integral y ejecutando un estudio prospectivo de los casos atendidos. Se incluyó un representante nuestro en la mesa técnica provincial de maltrato. Cuando el servicio se consideró suficientemente formado y con una actitud homogénea, se convocó una mesa intersectorial de atención al maltrato, formada por: los coordinadores del proyecto, Inspector Jefe de Policía, concejala de la mujer, responsable del Centro Municipal de la Mujer, Magistrado del Juzgado de lo Penal, Técnico provincial de Programas de Salud y representantes sanitarios y de servicios sociales de los centros de salud. El trabajo de la mesa intersectorial consistía en detectar los problemas en cada nivel de interrelación y organizar una respuesta integral fácilmente ejecutable por parte del médico de urgencias: Protocolo de Intervención Temprana (PIT). Las reuniones fueron programadas y a demanda de algún participante. En cada reunión se modificó el PIT.

Conclusiones. La atención al maltrato mejora si existe formación previa al desarrollo de cualquier protocolo. La formación es tan importante como la sensibilización. El contacto directo intersectorial detectó graves déficit de fácil resolución. El desarrollo de medidas prácticas es más efectivo si en su planificación participan coordinadores de alto nivel ejecutivo. Los protocolos deben ser de fácil ejecución y fácilmente modificables.

P212 RELATOS BIOGRÁFICOS DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO. RESULTADOS PRELIMINARES

A. Carrasco Rodríguez, I. Ortega Fraile, J. Río Ruiz, M. Villalobos Bravo, M. Martín Carretero y M. Burgos Varo

Centros de Salud Huelín, Rincón de la Victoria, Puerta Blanca, Ciudad Jardín, San Pedro de Alcántara, El Palo. Málaga. Andalucía.
Correo electrónico: franciscam@supercable.es

Objetivos. Analizar la experiencia de mujeres víctimas de Violencia de Género atendidas en centros de atención primaria, desde su propio punto de vista. Identificar factores relacionados con el mantenimiento o ruptura de la situación de maltrato.

Tipo de estudio. Investigación cualitativa interpretativa, perspectiva fenomenológica.

Ámbito de estudio. 6 centros de salud urbanos, multicéntrico.

Sujetos. Mujeres víctimas de violencia de género detectadas en centros de salud, con reconocimiento del maltrato y consentimiento informado. Muestreo intencional hasta saturación.

Mediciones e intervenciones. La técnica utilizada es el Relato Biográfico audiodgrabado y transcrito. Método de análisis: teoría fundamentada de Glasser y Strauss. Codificación abierta- > codificación axial. Programa Atlas.Ti. 5.1. **Resultados.** Resultados preliminares del microanálisis sobre 35 relatos mediante codificación abierta. Códigos comunes: continuidad del maltrato, servidumbre/dominio, miedo, amenazas, maltrato en el embarazo, alcohol, maltrato a los hijos, presencia de enfermedad, mentiras, ideal de familia, papel de la familia de él, desigual apoyo familiar e institucional, im-

portancia de los aspectos materiales y de la falta de apoyo en los problemas de salud. Los relatos muestran una alta variabilidad en las siguientes dimensiones bipolares: amor/odio al agresor, alta/baja autoestima, alivio/sufrimiento tras la separación, permanencia-separación pasiva-separación activa, apoyo familiar-apoyo condicionado-falta de apoyo, apoyo institucional/abandono-maltrato institucional. Pendiente de realizar la codificación axial.

Conclusiones. La técnica de Relato Biográfico aporta información directamente de la vivencia de las mujeres víctimas de violencia de género para permitir una aproximación científica cualitativa al fenómeno. La perspectiva de las mujeres identifica vivencias no siempre coincidentes con las concepciones previas acerca del maltrato.

P213 ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN

A. Ortega Pérez, L. Alonso Vázquez, C. Suárez Herrerías, F. Mellado Vergel, N. Díaz Ricoma y E. Quesada Yáñez

Hospital de Alta Resolución El Toyo. Retamar. Almería. Andalucía.
Correo electrónico: anortega27@auna.com

Objetivos. Conocer la prevalencia de la violencia de género en las mujeres atendidas por agresión. Describir el perfil de la mujer víctima de violencia de género y su manejo en el servicio de urgencias de un Hospital de Alta Resolución (HAR).

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio. Servicio de Urgencias de un HAR.

Sujetos. Mujeres atendidas por agresión debido a violencia de género. Periodo: de junio 2005 a mayo 2007.

Mediciones e intervenciones. Variables: edad, nacionalidad, tipo de lesión, asistencia recibida (derivación, pruebas complementarias realizadas), acceso a urgencias (acompañada o no), denuncia previa. Análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas. **Resultados.** De las 141 mujeres atendidas por agresión, 16 fueron víctimas de violencia de género (11,34%). Edad media: 32. Extranjeras: 10 (62,5%). Tipo de lesión más frecuente: contusiones y hematomas 13 (81,3%), agresiones sexuales 2 (12,5%). Precisarón pruebas complementarias 7 (43,7%), radiología: 6 (37,5%). Derivación a hospital de referencia 2 (12,5%). Acudieron no acompañadas: 13 (81,3%) y hacen referencia a la denuncia en 2 casos (12,5%).

Conclusiones. El perfil de la mujer víctima de violencia de género es una mujer joven, extranjera, que presenta lesiones leves que no precisa pruebas complementarias ni derivación a hospital de referencia y que acude sola al servicio de urgencias sin hacer referencia a la interposición de denuncia o no. El estudio está limitado por el tamaño de la muestra (sólo 16 casos) y la ausencia de información más detallada en la historia clínica.

SESIÓN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Viernes, 9 de noviembre

Sesión 21

12.00-13.00 h

Proyectos de investigación (I)

P214 SÍNDROME METABÓLICO Y SOBRECARGA BIOQUÍMICA DE HIERRO: ANÁLISIS PROSPECTIVO Y EVALUACIÓN TERAPÉUTICA EN UNA POBLACIÓN FENO Y GENOTÍPICAMENTE CARACTERIZADA

M. Pérez Lucena, J. Féliz Brugués, N. Freixenet Guitart, M. Rosell Murphy, C. Cabistañ Arbiol C y M. Moreno Rosell

ABS Canaletes-ABS Serrapera. Cerdanyola del Vallès. Cataluña.
Correo electrónico: 31741mpl@comb.es

Objetivos. Analizar de manera prospectiva, la relación entre Síndrome Metabólico (SM) y Sobrecarga Bioquímica de Hierro (SBH), en un grupo de pacientes son SBH pero sin Hemocromatosis Hereditaria (HH), durante un período inicial de 2 años Valorar el efecto de la intervención terapéutica (farmacológica y no farmacológica) sobre la evolución del SM y de la SBH.

Tipo de estudio. Estudio prospectivo de cohortes emparejadas.

Ámbito del estudio. Dos centros de salud de Atención Primaria (área urbana).

Sujetos. Individuos de más de 18 años que acudían de forma consecutiva y por cualquier motivo a dichos centros.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Cohorte emparejada de casos. (n = 200). La cohorte emparejada de controles (n = 200) se han identificado a partir del grupo de 1875 individuos protocolizados a los que no se encontró una SBH en el proceso de escrutinio de HH, y se aparearon por edad (± 1 año) y sexo con los casos.

Mediciones e intervenciones. Datos de anamnesis y exploración física. Análisis de sangre en ayunas: Hemograma y bioquímica, VSG, ferritina, IST, TSH, PSA, AFP, CEA, serología VHB, VHC y VIH Muestras de suero (congeladas a -80 C) para determinar IL-6, sTNFR2, PCR, insulina (para la valoración de la RI mediante el índice HOMA-R [32]) y prohepcidina Muestras para extraer DNA (estudio genético de HH) Ecografía hepática En los pacientes con SM, dislipemia, diabetes y/o hipertensión arterial, se procederá a una intervención tipo, con medidas no farmacológicas y de tipo farmacológico, según los criterios establecidos en las guías de actuación del ICS.

Análisis estadístico. Las variables que no sigan una distribución normal se transformarán logarítmicamente para los cálculos estadísticos. Inicialmente, para comparar los dos grupos se utilizarán la t de Student para variables cuantitativas, y el test de χ^2 para comparar proporciones. Las correlaciones entre variables cuantitativas se analizarán mediante el modelo de regresión lineal, realizando ajustes para controlar la presencia de posibles factores de confusión. Además se utilizarán modelos de regresión logística condicional para estudiar el efecto de posibles factores de confusión.

Limitaciones. La mayor limitación del estudio deriva de su corto periodo de seguimiento. Un aspecto a veces discutible en los estudios de cohortes emparejadas es la selección de la cohorte de control, ya que a menudo se suele incurrir en un sesgo de selección que puede modificar notablemente los resultados obtenidos. En nuestro estudio este sesgo es muy poco probable, ya que los controles se obtienen a partir de los individuos que

participaron en el mismo programa de escrutinio de HH en el que se detectaron los casos.

Aplicabilidad. Hemos detectado una asociación entre la población afecta de SM y SBH en una población genotipada en la que se ha descartado una HH. La repercusión del SM sobre el riesgo cardiovascular de los individuos que lo presentan obliga a una intervención terapéutica. Lo interesante de este proyecto será determinar como la intervención terapéutica puede modificar el fenotipo del SM en función del tiempo, incluyendo parámetros biológicos hasta ahora no valorados prospectivamente.

Aspectos éticos-legales. Tanto a los casos como a los controles se les solicitará su consentimiento informado para participar en el presente estudio.

P215 IDENTIFICACIÓN DE POSIBLES ÁREAS DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS CENTROS SANITARIOS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA MEDIANTE EL ESTUDIO DE LAS HOSPITALIZACIONES POR AMBULATORY CARE SENSITIVE CONDITIONS (ACSC) 1997-2006

S. Villanueva, A. Málaga, A. Escuder y R. González

Hospital Francesc de Borja. Gandía. Valencia. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: villanueva_sil@gva.es

Objetivos. Identificación de posibles áreas de mejora en la calidad asistencial en los centros sanitarios de la Comunidad Valenciana mediante el análisis de las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions en los diferentes hospitales públicos de la Comunidad Valenciana para el periodo 1997-2006, indicador útil para la evaluación indirecta de la efectividad de la Atención Primaria de Salud, a la vez que identifica la actividad hospitalaria potencialmente evitable.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo, observacional, transversal, a partir de la base de datos del Conjunto Mínimo de Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD), con los datos de las altas hospitalarias de la Comunidad Valenciana para el periodo 1997-2006.

Ámbito del estudio. Hospitales de la red pública de la Comunidad Valenciana.

Sujetos. Altas hospitalarias en los hospitales de la red pública de la Comunidad Valenciana por Ambulatory Care Sensitive Conditions durante el periodo 1997-2006.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Todas las altas registradas en el CMBD para el periodo de estudio con diagnóstico CIE 9.

Mediciones e intervenciones. Frecuencia de las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions por Departamento de Salud y para la Comunidad Valenciana para el periodo de estudio. Tasas de hospitalización por 10000 habitantes/año por Ambulatory Care Sensitive Conditions por Departamento de Salud y para la Comunidad Valenciana, para el periodo de estudio. Razón de Hospitalización Estandarizada para establecer las diferencias de hospitalización entre los diferentes Departamentos de Salud dentro de la Comunidad Valenciana y entre la Comunidad Valenciana y Comunidad de Cataluña para el periodo de estudio.

Análisis estadístico. Los datos de las altas se obtendrán del CMBD de la Comunidad Valenciana El análisis de los datos de realizará con el programa informático SPSS versión 14.0 y con la aplicación CLINOS CAL para el cálculo de los GRD's. Se calcularán las tasas de hospitalización por ACSC para cada departamento de Salud y la razón de hospitalización estandarizada, se analizarán las variables demográficas de las hospitalizaciones por ACSC. Se obtendrá el coste de los GRD's de las hospitalizaciones por ACSC del Servicio de Análisis de Costes y Facturación, para el análisis de los mismos.

Limitaciones. La interpretación de las diferencias encontradas en la frecuencia de las altas por ACSC en los diferentes departamentos de salud de la Comunidad Valenciana puede deberse a múltiples factores, socioeconómicos, demográficos, debidos a la organización de la Atención Primaria, a la dispersión geográfica de la población y a la calidad de la atención. Se trata pues de un indicador complejo por lo que las conclusiones deben analizarse con precaución.

Aplicabilidad. Constituyen un indicador indirecto de la capacidad de resolución de la Atención Primaria de Salud y directo del volumen de actividad hospitalaria potencialmente prevenible mediante cuidados oportunos y efectivos en el primer nivel asistencial. El uso de este indicador se basa en que una reducción de las hospitalizaciones potencialmente evitables mejoraría la calidad asistencial y los costes del sistema sanitario para la población.

Aspectos éticos-legales. No se vulnera ningún aspecto ético o legal.

P216 EVOLUCIÓN DEL BURNOUT EN LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Á. Matía Cubillo, J. Cordero Guevara, J. Mediavilla Bravo, M. Pereda Riguera, M. González Castro y A. González Sanz

CS Pampliega, CS Las Torres, Gerencia Atención Primaria Burgos. Burgos. Castilla y León.

Correo electrónico: angelcmatia@gmail.com

Objetivos. Analizar la evolución de las tasas de burnout de los médicos de Atención Primaria (AP). Estudiar las variables asociadas con el desgaste profesional en los médicos de AP. Elaborar un modelo explicativo del burnout en los médicos de AP.

Tipo de estudio. Estudio longitudinal de cohorte. Se inició en el año 2005 siendo transversal en esta primera fase, recogiendo datos cada dos años.

Ámbito del estudio. Área de Salud que abarca toda la provincia, comprende 22 Centros de Salud rurales y 13 urbanos, integrada por 325 médicos de Familia en Atención Primaria.

Sujetos. Todos los médicos de Familia que trabajan en Atención Primaria.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Se excluyeron los médicos que realizan Pediatría, que trabajan en los Servicios de Urgencia y Residentes por tener un perfil de trabajo distinto.

Mediciones e intervenciones. Cuestionario anónimo autoadministrado remitido por correo interno, incluye una carta de presentación y un sobre para su ulterior envío; contactando previamente con el Coordinador de cada Centro vía telefónica, con un recordatorio al mes. El cuestionario incluye: Maslach Burnout Inventory (MBI): que valora el desgaste profesional en tres dimensiones: Cansancio emocional(CE), Despersonalización (DP) y Realización personal (RP), y Variables independientes: sociodemográficas, red social, hábitos de vida, formación, características laborales, y de comunicación interna.

Análisis estadístico. Comparación de las características de los médicos que responden a la encuesta con la población de médicos de AP del Área. Análisis descriptivo de los datos, con medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas. Comparación de porcentajes mediante el test de χ^2 y de medias con la t de Student. Análisis de regresión logística para valorar la relación de las variables que en el análisis bivalente sean significativas con el burnout. Se calculará la tasa de incidencia de burnout. Nivel de significación a utilizar $p < 0,05$.

Limitaciones. Podría ser el porcentaje de respuesta; aunque en el primer corte (51,38%) fue similar a otros estudios del ámbito de AP realizados con la misma metodología, sin diferencias significativas en las características de los médicos que respondieron con la población de referencia. Habrá que estudiar la similitud existente entre esta población y a nivel autonómico o nacional para establecer inferencias. Abierto a la colaboración para la realización de un estudio multicéntrico. Cabe reflexionar que el método empleado para la realización de los cuestionarios puede incrementar la tasa de respuesta mediante la presencia de un colaborador por centro o la encuesta directa con entrevista como planteamiento para futuros trabajos.

Aplicabilidad. Será el primer estudio prospectivo en este ámbito en España. Permitirá conocer la situación de desgaste profesional entre los médicos de Atención Primaria, su evolución y con que variables se relaciona; el seguimiento de estos profesionales permitirá monitorizar y detectar la aparición de posibles factores relacionados con el burnout, lo que podrá

facilitar la toma de medidas para evitar el desencuentro entre las expectativas de los médicos de AP y la realidad sanitaria actual.

Aspectos éticos-legales. Cuestionario anónimo en el que se garantiza la confidencialidad de los datos.

P217 EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN DE LA ESPECIALIDAD MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

M. Moreno García, S. Rodríguez Priego, T. Martínez Cañavate, S. Fernández Albarra, P. Carrión Maroto y C. Borrego Aparicio

Unidad Docente de MFyC Granada. Granada. Andalucía.

Correo electrónico: manuelmoreno1980@hotmail.com

Objetivos. 1- Evaluar grado de cumplimiento de objetivos de prioridad I del programa docente de la especialidad de MFyC en nuestra Unidad Docente (2006-2009). 2.- Conocer el grado de satisfacción y opiniones de los residentes, respecto al programa formativo: -Rotaciones -Guardias -Actividades Docentes. 3- Comparar grado de cumplimiento de objetivos docentes y satisfacción entre el programa de la especialidad vigente hasta 2004 y el nuevo programa docente implantado en 2005.

Tipo de estudio. Estudio Longitudinal con 2 cortes transversales. —Primer corte transversal: 1-Cumplimiento de objetivos prioridad I: A) Cuestionario autoadministrado, B) R3 2006-07. 2-Satisfacción con el programa docente: A) Grupos focales B) R3 2006-07. —Segundo corte transversal: igual método a R4 del nuevo programa (2008-09).

Ámbito del estudio. Entorno de nuestra Unidad Docente de MFyC, extensible al resto de Unidades Docentes.

Sujetos. Población: MIR en su último año del proceso formativo de nuestra Unidad Docente para los años 2006-07 (últimos R3) y 2008-09 (primeros R4).

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. La población descrita en sujetos.

Mediciones e intervenciones. Variables: -Universales: sexo, edad, año de finalización de la Licenciatura, experiencia profesional previa, otra especialidad previa; -Contenidos formativos del área docente de diferentes competencias; -Esenciales: relacionadas con la atención al individuo, relacionadas con la familia, relacionadas con la Comunidad, relacionadas con la formación, docencia y la investigación.

Análisis estadístico. 1.- Análisis descriptivo de las variables estudiadas. 2.- Análisis bivariante: test comparación de proporciones (Chi-cuadrado). Variables cualitativas ordinales (prueba de Kruskal Wallis). 3.- Análisis Descriptivo de las no respuestas y/o pérdidas de seguimiento y evaluación de su impacto potencial. 4.- Análisis textual de los grupos focales: transcripción del texto del grupo, identificación de categorías de análisis, análisis de contenido de categorías. Modelo de análisis por triangulación.

Limitaciones. -Los MIR no han finalizado el proceso formativo. -Se han seleccionado contenidos del programa, acordados con unidad docente, y considerados imprescindibles para ser MF. -Número limitado de opciones de respuestas, solventado por la categoría "Otros". -Voluntariedad. -Guardias cercanas- Sesgo de Deseabilidad Social-.

Aplicabilidad. Aplicable en el entorno de nuestra Unidad Docente de MFyC, así como extensible al resto de Unidades Docentes. Aplicable en estos momentos por la implantación del nuevo programa docente y el nuevo método de evaluación: Portafolio.

Aspectos éticos-legales. No comporta ningún problema ético ni legal.

P218 ESTUDIO DE ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y DE OCIO EN MAYORES DE 65 AÑOS

J. Del Río Madrazo y A. Pérez Martín

Centro de Salud Centro Santander. Centro de Salud Los Valles. Santander. Cantabria.

Correo electrónico: alvaroperezma@yahoo.es

Objetivos. Analizar el riesgo de sufrir accidentes de la población general de más de 65 años Estudiar las características de la población de más riesgo de sufrir accidentes dentro de los resultados obtenidos Comparar las diferentes poblaciones urbanas y rurales estudiadas entre sí, buscando similitudes y diferencias entre ellas Determinar posibles actuaciones preventivas a tomar, con el objetivo de mejorar el conocimiento general y específico de estos accidentes en Atención Primaria, con el fin de obtener información básica para un programa de intervención en la comunidad, para prevenir.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo prospectivo del riesgo de sufrir un accidente la población general.

Ámbito del estudio. 1 Centro de Salud Centro de ámbito urbano y 1 Centro de Salud de ámbito rural.

Sujetos. Todos los pacientes con edad superior a 65 años, de ambos sexos y con tarjeta sanitaria en dichos centros.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios inclusión: todos los pacientes del centro de salud Criterios exclusión: no se contemplaron Muestreo aleatorio simple representativo de los siguientes grupos de edades 65- 69, 70- 74, 75 y más años, de ambos sexos y con tarjeta sanitaria en dichos centros. Se realizará en el centro de salud, domicilio o por teléfono.

Mediciones e intervenciones. Aplicar un cuestionario, tomando como base el utilizado por el Sistema E.H.L.A.S.S. y el de caídas en el anciano de la O.M.S. En el que figurará las siguientes variables: Fecha y hora del accidente, Tratamiento recibido, Edad, Sexo, Mecánica, Lugar, Iluminación del lugar, Condiciones meteorológicas si fue en el exterior, Actividad realizada al suceder el accidente, Diagnóstico de lesiones, Parte del cuerpo afectada, Producto implicado en el accidente, Producto causante, Si estaba afectado anteriormente por otra enfermedad o incapacidad, Fármacos que tomaba en el momento del accidente, Otros factores predisponentes (Si vive solo o acompañado, En domicilio particular o instituciones). Estado mental, Alimentación, Higiene, Movilización, Nivel de estudios, Nivel de ingresos económicos, Situación laboral. Se realizará un pretest con un grupo entre 30 y 50 personas.

Análisis estadístico. Para variables cuantitativas se ha usado la media y la desviación típica, para variables cualitativas porcentajes. Para comparar variables cualitativas dicotómicas chi-cuadrado y cualitativa con cuantitativa la t-Student.

Limitaciones. No se contemplan.

Aplicabilidad. Realización posterior de un programa de intervención en la comunidad, para prevenir el riesgo de accidentes en población general y de riesgo. El presente proyecto se puede extender a otros centros rurales y urbanos de la comunidad autónoma así como nacionales. No requiere financiación suplementaria para su realización.

Aspectos éticos-legales. A lo largo de todo el estudio se respetarán los siguientes principios éticos: 1. Garantía del anonimato en la información suministrada por el paciente. 2. Restricción de los datos suministrados, en exclusividad, a la investigación propuesta. 3. Los objetivos del estudio suponen, presumiblemente, un avance en el conocimiento médico sobre el estado de salud.

P219 FACTORES ASOCIADOS AL INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN EL PACIENTE POLIMEDICADO

E. Jiménez Mejías, M. Agrela Cardona, R. Rodríguez Avellaneda y E. García Ureña

La Chana y Cartuja. Granada. Andalucía.
Correo electrónico: eladiojm76@hotmail.com

Objetivos. 1. Determinar la prevalencia del incumplimiento terapéutico en la población de estudio. 2. Diseño de un cuestionario para conocer los factores más importantes asociados al incumplimiento. 3. Comprobar la validez y fiabilidad de cuestionario sobre los factores de no adhesión al tratamiento. 4. Valorar las medidas de control sobre la correcta toma de fármacos en pacientes polimedicados que se están llevando a cabo en los Centros de Salud objeto de este estudio, si las hubiere.

Tipo de estudio. Estudio Observacional Descriptivo de Corte o Prevalencia.

Ámbito del estudio. Atención Primaria. Centros de Salud Universitarios.

Sujetos. Pacientes con 65 años o más, con al menos dos de las siguientes patologías: DM, HTA, cardiopatía isquémica (CI) o EPOC, que consumen cinco o más fármacos, al menos tres de ellos de forma habitual. Seleccionaremos nuestra muestra, de entre los pacientes que acuden a 4 UAF; dos en cada uno de los centros.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios de inclusión: los aportados en la definición de la población de estudio.(sujetos). Criterios de exclusión: incapacidad para contestar el cuestionario y acudir a consultas programadas para crónicos, pues entendemos que estos pacientes en general, pueden tener un mayor grado de adherencia al tratamiento. Muestreo no probabilístico de tipo consecutivo, de los pacientes que acuden a consulta a demanda, (50% de la muestra) o retiran del buzón sus prescripciones de largo tratamiento (otro 50%).

Mediciones e intervenciones. La recogida de datos: combinación de métodos indirectos: tests de Comunicación del autocumplimiento (CA): de Haynes-Sackett, y cuestionario de Morisky-Green, combinado con el recuento de comprimidos en los cumplidores. En los pacientes no cumplidores y en los cumplidores en los que el recuento de comprimidos detecte errores, se pasará un cuestionario para valorar los factores asociados a la no adhesión.

Análisis estadístico. Análisis: bivariante de variables, análisis multivariante tipo regresión logística, de las significativas y cálculo de la odds ratio asociada al factor de estudio y ajustada al resto de variables independientes. Finamente Comprobación de la validez, fiabilidad, sensibilidad y viabilidad, del cuestionario que se pretende validar según los procedimientos establecidos para ello.

Limitaciones. -Captación de los pacientes. -Cuestionario relativamente breve y comprensible por el paciente. -Entrenamiento de los encuestadores. -Acceso a su domicilio y a la medicación. -Recuento de comprimidos.

Aplicabilidad. Elevada frecuencia y repercusión del incumplimiento en la evolución de las patologías crónicas, el gasto sanitario y la relación paciente-personal sanitario. Posibilidad de poner en marcha o reforzar las medidas para controlar el incumplimiento, en la población de estudio. La validación de un cuestionario posibilita comparar resultados de diferentes estudios en los que se emplee.

Aspectos éticos-legales. Información detallada de fines a los pacientes. Se solicitará el consentimiento informado a todos los pacientes que participen en nuestro estudio.

P220 ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN MULTIFACTORIAL BASADA EN EL COUNSELLING PARA REDUCIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN ATENDIDA EN CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (PROYECTO RCV-AP)

L. Pérula de Torres, J. González Lama, J. Fernández García, J. Prados Castillejo, J. Arbonies y J. Ruiz Moral

Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba. Córdoba. Andalucía.

Correo electrónico: langel.perula.sspa@juntadeandalucia.es

Objetivos. Evaluar la eficacia de una intervención preventiva integral multifactorial, basada en el Consejo Educativo (Counselling), frente a un Consejo Breve, para la reducción del Riesgo Cardiovascular (RCV), en pacientes atendidos en consultas de Atención Primaria.

Tipo de estudio. Ensayo clínico controlado, aleatorizado, de dos brazos paralelos, abierto, multicéntrico.

Ámbito del estudio. 21 Centros de Salud.

Sujetos. 436 pacientes (218 por grupo, para detectar una diferencia de al menos un 10% de reducción del RCV). Se prevé que participen entre 20-25 médicos, reclutando entre 17-22 pacientes/médico.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios de inclusión: -Pacientes de ambos sexos de 18 a 75 años de edad. -RCV alto, según la Guía Europea de Prevención Cardiovascular (2004). -Consentimiento informado del sujeto. Criterios de exclusión: -Pacientes sin FRCV (-bajo RCV-): no presentan problemas de tabaquismo, hipertensión arterial, dislipemia o diabetes, o con RCV < 5%. -Enfermedad coronaria, enfermedad arterial periférica o enfermedad cerebrovascular arteriosclerótica. -EPOC u otros procesos crónicos relacionados con los FRCV. -Patología psiquiátrica o consumo de sustancias adictivas. -Enfermedad grave o con una baja laboral prolongada. -Mujeres embarazadas o en período de lactancia. -Otras patologías severas o alteraciones analíticas. Muestreo: consecutivo. *Mediciones e intervenciones.* Se aleatorizarán los médicos participantes para realizar con los pacientes una intervención basada en el Consejo Educativo (Counselling-Entrevista Motivacional, Estadios de Prochaska y DiClemente) (GE) o en un Consejo Breve (Intervención básica informativa) (GC). Se hará un seguimiento de 18 meses con una valoración a los 0, 4, 8, 12 y 18 meses tras el reclutamiento.

Análisis estadístico. End-point principal: Reducción del RCV. Como resultados específicos se determinará la reducción del tabaquismo, de las cifras de colesterolemia, de presión arterial, el incremento de la actividad física, la reducción de peso en pacientes obesos, la mejora de la dieta, cumplimiento de la medicación prescrita para la HTA y/o dislipemia, la autopercepción de salud y la calidad de vida relacionada con la salud. Análisis por protocolo y por ITT. Comparabilidad inicial de los grupos.

Estadística descriptiva e inferencial (ANOVA para medidas repetidas, Regresión lineal múltiple o Regresión logística; medidas de magnitud y de impacto: RR, RA, NNT; IC95%; $p < 0,05$).

Limitaciones. La principal limitación reside en su carácter abierto, pero no es posible enmascarar las intervenciones. El período de estudio será de 18 meses y puede que éste sea un tiempo corto para poder observar resultados clínicamente relevantes en determinados FRCV. Sin embargo, el estudio está diseñado para poner de manifiesto la reducción global del RCV. **Aplicabilidad.** Las técnicas de entrevista clínica y de educación sanitaria constituyen la "tecnología" fundamental que ha de manejar el médico de familia con sus pacientes. Poder llegar a demostrar que el Counselling constituye una herramienta más eficaz que un Consejo breve para reducir el RCV puede tener una gran relevancia de cara a postular o no dicho abordaje entre los médicos de familia.

Aspectos éticos-legales. Se solicitará el consentimiento informado por escrito. Se asumen los requisitos legales aplicables y las directrices de Buena Práctica Clínica de la ICH, así como los de la Declaración de Helsinki. Este proyecto ha sido aprobado por un Comité de Ética de Investigación Clínica.

P221 INFLUENCIA DEL ENTRENAMIENTO PERIÓDICO EN LA TÉCNICA INHALATORIA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON EPOC

A. Maldonado Barrionuevo, M. López-Sidro López, J. Bermúdez Merino y S. Pendón Fernández

Centros de Salud de Nerja y Torre del Mar. Distrito Sanitario Axarquía. Málaga. Andalucía.

Correo electrónico: megasalva@hotmail.com

Objetivos. Demostrar la mejoría en la calidad de vida de los pacientes con EPOC que reciben entrenamiento periódico de la técnica inhalatoria.

Tipo de estudio. Se trata de un Ensayo Clínico Aleatorio, pragmático. Se estudiará el impacto de una intervención educativa. A lo largo de 6 meses, se seguirán a 92 pacientes divididos en dos grupos aleatorizados, uno de ellos recibirá la práctica clínica habitual, y el otro recibirá educación en el uso de inhaladores de forma mensual.

Ámbito del estudio. 92 pacientes con EPOC pertenecientes a centros de salud de municipios costeros.

Sujetos. Pacientes diagnosticados de EPOC en los dos años previos al estudio mediante espirometría forzada (FEV1 /FVC < 70%).

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. -Inclusión: Pacientes diagnosticados de EPOC en los dos años previos al estudio mediante espirometría forzada. Terapia inhalada mediante cualquiera de los dispositivos existentes. Situación clínica estable. Consentimiento informado. -Exclusión: Pacientes con deterioro cognitivo severo. Pacientes que no residan de forma permanente en las zonas indicadas. Reagudización el mes previo al inicio del estudio. Pacientes en tratamiento con oxigenoterapia domiciliaria. Pacientes dependientes para las actividades básicas de la vida diaria. Pacientes que no tengan al menos una Prueba de Función respiratoria realizada en los últimos 3 años. Enfermedad sistémica mal controlada.

Mediciones e intervenciones. Realización a lo largo de seis meses de un entrenamiento periódico en la técnica inhalatoria a los sujetos pertenecientes al grupo tratamiento. Se realizará una intervención mensual coincidiendo con la visita del paciente al centro de salud. Se pide al paciente que realice una inhalación con un dispositivo placebo. Se compara la secuencia realizada con la correcta y se registran los errores cometidos por el paciente. A continuación el educador indica verbalmente las instrucciones para una inhalación correcta y realiza una demostración con la secuencia adecuada. Al inicio y al final del estudio, se medirá la calidad de vida de los pacientes según el cuestionario Respiratorio de St George.

Análisis estadístico. Se realizará el procesamiento y estudio de los datos creando una base de datos mediante el programa SPSS. Para la comparación de medias del objetivo del estudio (comparación de la puntuación SGRQ), se realizará una comparación de los dos grupos estudiados mediante el test de la t-Student Fischer para datos apareados.

Limitaciones. Necesidad de colaboración de los médicos que forman parte del EBAP Necesidad de que los pacientes acudan al menos una vez al mes al Centro de salud. Se hará coincidiendo con la visita del paciente para recoger las recetas que normalmente necesitan.

Aplicabilidad. El paciente EPOC es un usuario frecuente de la consulta de AP, y en muchas ocasiones acude por temas diversos, siendo la práctica clínica habitual que no se realice de forma periódica y sistemática un entrenamiento en el uso de inhaladores en estos pacientes, una técnica

sencilla y de bajo coste. Creemos que si se demuestra la hipótesis planteada, implicaría cambios en la forma de plantear las visitas rutinarias de los pacientes EPOC a la consulta de AP.

Aspectos éticos-legales. Al tratarse de un ECA, se presentará una solicitud para llevar a cabo este estudio en el comité de ética del Distrito sanitario.

P222 UTILIDAD DE LA ESPIROMETRÍA PARA EL ABANDONO DEL HÁBITO TABÁQUICO

M. Rodríguez Álvarez, M. Marina Ortega, M. Jiménez González, M. Ollé Borqué, C. Forcada Vega y G. Espitab

ABS Canet de Mar y Centros de AP del Maresme. Canet de Mar. Cataluña.

Correo electrónico: victoria.marina@gmail.com

Objetivos. Principal: Evaluar la utilidad de la espirometría en el ámbito de la atención primaria (AP) para el abandono del hábito tabáquico. Secundarios: a) Determinar las variables que influyen en la eficacia de la espirometría para la disminución del tabaquismo. b) Valorar la eficacia de la espirometría en la detección de obstrucción precoz de las vías aéreas. c) Conocer la prevalencia de EPOC en pacientes asintomáticos.

Tipo de estudio. Intervención/grupo control/aleatorio/multicéntrico.

Ámbito del estudio. Población atendida en AP.

Sujetos. Pacientes fumadores. Se aleatorizarán dos grupos: uno recibirá consejo antitabáquico aislado y otro consejo antitabáquico + espirometría.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Inclusión: fumadores > 18 años. Exclusión: 1.- Pacientes con diagnóstico EPOC 2.- Pacientes con proceso crónico que altere la espirometría. 3.- Negativa del paciente. Muestra: para el cálculo de la n partimos de los datos conocidos acerca del % de fumadores que abandonan el hábito tabáquico tras el consejo antitabáquico. Aceptando un riesgo alfa = 0,05 y un riesgo beta = 0,20 se precisan 110 sujetos en grupo de intervención y 100 sujetos en el grupo de control, para detectar un RR = 4, si % abandono del hábito en el grupo es 5%, estimando unas pérdidas del 20%.

Mediciones e intervenciones. Variables: exfumador (sí/no, exfumador = persona que lleve 1 año o más sin fumar) abandono del tabaquismo, (en semanas y se considerará abandono si no ha fumado en más de 1 semana), número paquetes/año, años de fumador, edad inicio, puntuación test de dependencia y motivación, variables socioeconómicas, datos espirométricos y síntomas. La variable abandono del tabaquismo se medirá según la respuesta a las preguntas: ¿ha fumado en alguna ocasión en el último año? y ¿cuánto tiempo ha estado sin fumar?, considerando positiva el consumo de 1 cigarrillo. En el caso de los controles (a los 3, 6, 18 y 34 meses) la pregunta se relacionará a ese periodo. Se realizará control de calidad mediante test de CO (abandono ≥ 10 ppm) La información se recogerá en la primera entrevista mediante cuestionario administrado y en los controles por teléfono. La espirometría se realizará según normativa SEPAR. Se dispone de espirometro en las áreas básicas participantes. Para diagnóstico de sintomatología se utilizarán las respuestas al cuestionario CECA, utilizadas en el estudio IBERPOC. Para el control de calidad se realizará al inicio del estudio una prueba de concordancia entre el personal que realizará la espirometría. Un observador independiente revisará las espirometrías realizadas en un % no menor de 20%. **Análisis estadístico.** Descriptivo (medias, desviación estándar, porcentajes). Análisis bivalente (χ^2 , anova...).

Limitaciones. Las limitaciones corresponden a la tasa de participación y a la validez y fiabilidad de la información recogida. Se precisa personal de enfermería entrenado en la realización de espirometrías. Se precisa la adquisición del test del aliento de CO.

Aplicabilidad. La espirometría es una prueba de fácil acceso desde AP, disponiendo de un espirometro en todos los centros.

Aspectos éticos-legales. Se pedirá consentimiento informado a los participantes en el estudio proporcionándoles la información necesaria y explicándoles la finalidad del estudio. El estudio se presentará al comité ético correspondiente.

P223 CONOCER LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA CIUDAD

M. Barroso Pérez, E. Cubo Delgado y J. Cordero Guevara

Unidad Docente de Burgos. Hospital General Yagüe. Burgos. Castilla y León.

Correo electrónico: teresabarrosoperz@hotmail.com

Objetivos. Conocer la prevalencia del síndrome de piernas inquietas (SPI) en la población adulta de la ciudad. Analizar la diferencia entre síndrome

de piernas inquietas idiopático y secundario a otras situaciones asociadas. Estimar el impacto del SPI en áreas relacionadas con el sueño y la calidad de vida relacionada con la salud.

Tipo de estudio. Poblacional, descriptivo, transversal. Con casos y controles. Ámbito del estudio. Atención primaria.

Sujetos. Universo corresponde a la población adulta de la ciudad: 152.400 personas \geq 18 años, (9/3/2007). Prevalencia = 10%. Nivel de confianza: 95%. Precisión: 3%. $n = 384$. Previendo pérdidas del 70% la muestra será $n = 1280$, elegida por muestreo estratificado por edad y sexo a partir de la tarjeta de Sacyl.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Inclusión: población adulta \geq 18 años. Exclusión: individuos con deterioro cognitivo severo según criterios DSM-IV.

Mediciones e intervenciones. 1ª fase: A) Conformidad del Comité Ético. B) Cribado mediante encuesta telefónica. 2ª fase: C) Certificación diagnóstica: Entrevista cara a cara. D) Consentimiento informado del caso SPI. E) Consentimiento informado del control. F) Anamnesis del paciente. G) Exploración neurológica. H) Impacto del SPI. I) Análisis de sangre. Medidas. Escalas validadas: -Cuestionario de piernas inquietas. -Somnolencia diurna: escala de Epworth. -Interrupción del sueño nocturno: escala de sueño MOS. -Calidad de vida: EuroQol. -Calidad de vida del SPI: RLSQoL. -Subescala de ansiedad y depresión de Goldberg. -Escala de evaluación del SPI. -Análisis de la población. 1º Descripción: -De población. -Prevalencia del SPI. 2º Comparación: -Áreas relacionadas con el sueño y calidad de vida de los casos y controles. -Afectados de SPI primario versus secundario. 3º Asociación de SPI y: -Calidad de vida y salud. -Sueño: si el insomnio se asocia con mayor severidad de síntomas. -Ansiedad y depresión. 4º Regresión: -Analizar variables para establecer un modelo predictivo de gravedad de enfermedad: Insomnio, depresión, edad, sexo, familiar versus esporádico, primario versus secundario.

Análisis estadístico. Análisis descriptivo de variables cuantitativas y categóricas de la muestra estudiada. Se estudiará la prevalencia e intervalos de confianza del 95%. Se usarán test paramétricos y no paramétricos. El nivel de significación será, $p < 0,05$. La comparación de las distribuciones de las variables categóricas se establecerá por la prueba de χ^2 . Se estudiará la asociación de unas variables con otras por el coeficiente de correlación de Pearson. El coeficiente de regresión se usará para estudiar las variables dependientes.

Limitaciones. Variables dicotómicas en determinados áreas encuestadas. *Aplicabilidad.* -Conocer la prevalencia SPI. -Analizar factores relacionados con SPI secundario. -Evaluar consecuencias en: sueño, depresión y afectación a la vida laboral y a la sociedad en general. Nos permitirá valorar el alcance de este problema y servirá de alerta para un diagnóstico y tratamiento eficaz. Esta patología debe de ser reconocida en la consulta de atención primaria. Hay poca información en nuestro medio; es deseable realizar estudios para tener una visión más exacta y para ello precisamos otros investigadores colaboradores.

Aspectos éticos-legales. Conformidad del Comité Ético del Hospital.

P224 VARENICLINA EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR: ESTUDIO VAHIDDO-2

C. Bartolomé Moreno, M. Clemente Jiménez, A. Pérez Trullén, P. Gascó García, M. Gallardo Doménech y A. Serrano Moreno

CS Iturrama. Apta. Pamplona. Navarra.
Correo electrónico: cbartolomem@hotmail.com

Objetivos. Objetivo principal: Conocer eficacia y seguridad de vareniclina en deshabituación de fumadores con otro factor de riesgo cardiovascular como hipertensión y/o diabetes mellitus y/o dislipemia y/o obesidad. Objetivo secundario: Conocer la seguridad de vareniclina en deshabituación de fumadores con otro factor de riesgo cardiovascular como hipertensión y/o diabetes mellitus y/o dislipemia y/o obesidad.

Tipo de estudio. Tipo de estudio: Ensayo clínico aleatorio, con grupo control.

Ámbito del estudio. Multicéntrico.

Sujetos. Se estudiarán 416 fumadores con factores de riesgo cardiovascular, 208 pacientes en el grupo intervención con vareniclina y otros 208 en el grupo control con nicotina, de los cuales, 52 son pacientes fumadores diagnosticados de hipertensión, 52 con hipercolesterolemia, 52 con obesidad y 52 con diabetes.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios de inclusión: -Fumador, independientemente de la cantidad y de la motivación para dejarlo. -Ma-

yor de 18 años. -Pacientes con diagnóstico previo de hipertensión arterial (conocedor de ser hipertenso y/o que realice dieta o tratamiento hipotensor), y/o diabetes mellitus (si diabetes mellitus tipo 1 o 2 conocida o bien si informa seguir dieta o tratamiento farmacológico para diabetes) y/o dislipemia (si tenía dislipemia conocida o bien si informa que sigue dieta o tratamiento farmacológico para dislipemia) y/o obesidad (cuando lo refiera como antecedente o bien si IMC, calculada en la visita, es superior a 30 kg/m²). -Otorguen consentimiento. Criterios de exclusión: -Baja probabilidad de seguimiento (población ambulante, previsión de cambio de domicilio, paciente terminal). -Enfermedad psiquiátrica grave, déficit mental, otras drogas. -Embarazadas/ lactancia materna. -Contraindicación vareniclina/TSN. -Epilepsia. -Insuficiencia renal moderada/grave. Muestreo: asignación aleatoria estratificada por CCAA y factor de riesgo cardiovascular con tabla única de números aleatorios.

Mediciones e intervenciones. Se contactará con los investigadores de cada provincia para que den a conocer el proyecto. A los sanitarios que accedan a participar se enviará información detallada del estudio y hoja de recogida de datos. Cuando se detecte un fumador, que cumpla criterios de inclusión, tras explicarle el estudio, se solicitará consentimiento, realizará intervención mínima, y según asignación aleatoria se administrará vareniclina o TSN. Se realizarán evaluaciones al mes y 2, 3, 4, 6 y 12 meses de la fecha de inicio. El efecto de la intervención se estudiará considerando éxitos los pacientes que dejan de fumar y se mantienen abstinentes durante un año (cooximetría). Fecha inicio estudio: 1-enero-2008. Período de reclutamiento: De 1-enero-2008 a 31-junio-2008. Seguimiento a los 1, 2, 3, 4, 6 y 12 meses (las últimas en junio-2009). Fecha finalización estudio: 30-junio-2009. Fecha informe resultados: 28-septiembre-2009.

Análisis estadístico. Análisis por intención de tratar. Se comprobará la comparabilidad inicial de los grupos. Análisis descriptivo. Estimar el efecto sobre la variable respuesta utilizando pruebas de comparación de medias (t de Student o Anova) o de comparación de proporciones (Chi-cuadrado). Se estudiará el número de exfumadores mediante riesgo relativo y su correspondiente intervalo de confianza (95%). Para evaluar las variables que influyen en el resultado se realizará análisis multivariante (patología previa, tratamientos concomitantes, años como fumador, número de cig/día, motivación, dependencia).

Limitaciones. No se ha considerado ético utilizar en el grupo control placebo. Dificultad para conseguir la muestra. Se necesitan investigadores de las CCAA: Aragón, Navarra, La Rioja, País Vasco.

Aplicabilidad. Utilidad para conocer efectividad y seguridad de vareniclina en pacientes con factores de riesgo cardiovascular.

Aspectos éticos-legales. Solicitada autorización Comité Ético de referencia, asociados, AGEMED.

P225 CRIBADO DE HIPERTENSIÓN OCULAR Y GLAUCOMA EN USUARIOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. García, A. Asensi, J. Farré, I. Colomé, M. Gras y Q. Saldies

Servicio de Atención Primaria Anoia. Igualada. Cataluña.
Correo electrónico: mjgarcias.cp.ics@gencat.net

Objetivos. Evaluar si en la población con hipertensión arterial (HTA) es necesario realizar el cribado de hipertensión ocular (HTO) y glaucoma mediante tonometría, retinografía y agudeza visual. Conocer la prevalencia de HTO/ glaucoma y factores de riesgo asociados. Valorar la concordancia entre el tonómetro de aire/aplanación.

Tipo de estudio. Estudio multicéntrico descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Servicio de atención primaria (SAP). 109.000 habitantes.

Sujetos. 738 HTA de 40-80 años.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Muestreo aleatorio sistemático de HTA del SAP. Citación telefónica. Excluidos HTA con: glaucoma, HTO, ceguera, atención domiciliaria, enfermedades invalidantes.

Mediciones e intervenciones. Mediciones: edad, sexo, nacionalidad, antecedentes familiares glaucoma, años evolución HTA, tabaquismo, alcoholismo, índice masa corporal (IMC), cirugía ocular previa, factores de riesgo cardiovascular (diabetes mellitus, dislipemia, cardiopatía isquémica), miopía, hipermetropía, tratamiento farmacológico actual, tonometría, retinografía, medida excavación papilar, agudeza visual. Intervenciones: previo consentimiento informado se cumplimentará el cuestionario mediante revisión de la historia clínica informatizada. Se realizará tonometría de aire CT-80A TOPCON (media 3 determinaciones), fondo de ojo mediante retinógrafo TOPCON Cámara retinal no midriática (TRC-

NW6SF) y medida excavación papilar (cup/disk ratio) utilizando el programa informático TOPCON. Si la tonometría de aire está alterada (PIO > 21 mmHg) se realizará, sin derivación al especialista, nueva medición de PIO con tonómetro de aplanación Goldmann.

Análisis estadístico. Se creará una base de datos Access y se analizará mediante Programa SPSS v.11 y Epiinfo. Se considerarán estadísticamente significativos valores $p < 0,05$. Se realizará un análisis descriptivo de las variables recogidas, con el cálculo de frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas y la estimación puntual y el intervalo de confianza del 95% de seguridad de media y desviación estándar para variables cuantitativas. Se realizará análisis bivariable mediante pruebas de chi-cuadrado para variables categóricas y pruebas t de Student para variables continuas. Se valorará concordancia (índice kappa) entre las mediciones con el tonómetro de aire/Goldmann. Se ajustará modelo de regresión logística utilizando como variable dependiente la tonometría y como independientes el resto.

Limitaciones. Dado el elevado número de pacientes que se deben citar para el estudio es posible que las pérdidas sean elevadas todo y que ya se ha tenido en cuenta en el cálculo del tamaño muestral. Se incluyen pacientes con vida laboral activa, se intentará el horario más asequible para los participantes.

Aplicabilidad. La mayoría de los hipertensos son controlados en la Atención Primaria, por tanto es necesario que cualquier estrategia de cribado sea realizada en éste nivel de atención. No está claro el cribado de HTO y glaucoma en HTA dado que no hay ningún estudio con el suficiente tamaño muestral que lo haya podido demostrar todo y que según la bibliografía es posible que esté indicado realizarlo. Si está claro que el diagnóstico y el tratamiento precoz retrasan la evolución hacia problemas más importantes mejorando así el pronóstico final. Algunos Servicios de Atención Primaria disponen del aparatado necesario y personal entrenado. La investigación a nivel extrahospitalario puede beneficiar muchos pacientes y demostrar mayor efectividad.

Aspectos éticos-legales. Los participantes lo serán previo consentimiento informado. Se solicitará valoración ética Fundació Jordi Gol i Gurina (Institut Català de la Salut).

P226 SATISFACCIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL DE PACIENTES TERMINALES ONCOLÓGICOS EN SEGUIMIENTO POR LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS Y/O ATENCIÓN PRIMARIA

T. Cedeño Benavides, S. Moreno Suárez S y D. Raya Collados

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Distrito Sanitario Granada.

Granada. Andalucía.

Correo electrónico: t_091@hotmail.com

Objetivos. Conocer el grado de satisfacción del cuidador principal en pacientes terminales oncológicos, cuando la asistencia es integrada por Atención Primaria y atención especializada (Unidades de Cuidados Paliativos). Además de identificar factores asociados al grado de satisfacción: relacionados con la patología del paciente y con la atención sanitaria recibida.

Tipo de estudio. Estudio transversal con componente analítico.

Ámbito del estudio. Área de cobertura de un Distrito Sanitario con población de más de 300.000 habitantes.

Sujetos. Cuidadores principales de pacientes terminales oncológicos del área de cobertura del Distrito Sanitario.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Pacientes terminales oncológicos en seguimiento por la Unidad de Cuidados Paliativos del Distrito Sanitario. Pacientes domiciliarios, no institucionalizados. Existencia de Cuidador Principal no remunerado. Parentesco familiar del cuidador principal. Exitus entre septiembre 2008 y septiembre del 2009. Tamaño muestral de 105 pacientes. Tasa estimada de no respuesta del 10%; error alfa máximo 5% y potencia 80%.

Mediciones e intervenciones. La información acerca de criterios de inclusión en el estudio y otros datos, se extraerán de la Historia clínica de la Unidad de Cuidados Paliativos y de Atención Primaria. El grado de satisfacción del cuidador principal se extraerá de una entrevista personal. Se realizará 15 a 20 días después del fallecimiento del paciente. Utilizando una encuesta que valorará las distintas variables y el grado de satisfacción. Se realizará telefónicamente. La coordinación entre los diferentes niveles de Atención sanitaria, se extraerá de una entrevista telefónica con el médico de familia del paciente. Antes de comenzar el estudio, desde la Unidad de Cuidados Paliativos, se le informará al cuidador principal de la

realización del mismo y si está interesado en ser incluido donde firmará el consentimiento.

Análisis estadístico. Se emplearán medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para variables cualitativas. El grado de satisfacción, medida según una escala Likert de 0 a 10, se calculará la mediana y moda. A partir de esta variable se definirá como variable secundaria satisfacción óptima de forma cualitativa. Primero se hará un análisis bivariable para identificar las posibles variables que influyen en el grado de satisfacción. Posteriormente se realizará un análisis multivariable para ver el papel de cada variable en particular. Se hará especial hincapié en la influencia de las variables dependientes de la atención sanitaria recibida, sobre el grado de satisfacción del cuidador principal.

Limitaciones. La confusión residual de la variable dependiente, por su gran carga subjetiva; la variabilidad de la satisfacción en función del tiempo; la pérdida de información en el registro de visitas en las historias clínicas y la tasa de no respuesta.

Aplicabilidad. La satisfacción del usuario, se usa como índice de buen funcionamiento, de calidad del servicio e indicador de resultado de los procesos asistenciales por parte de la administración sanitaria. Si la satisfacción aumenta cuando la atención es coordinada con AP, nos servirá para promover la atención domiciliar y la atención en Cuidados Paliativos desde Atención Primaria.

Aspectos éticos-legales. Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Investigación y Ética Médica del Distrito Sanitario y del Hospital correspondiente.

P227 INTERVENCIÓN TELEFÓNICA MOTIVACIONAL BREVE PARA LA CESACIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO

I. Roca Brasó, J. Massons Cirera, M. Sastre Martín, T. Jiménez Pascua, C. Molina Guasch y N. Montellà Jordana

Mataró 7-Ronda Prim. Mataró. Cataluña.

Correo electrónico: ingridrocabraso@hotmail.com

Objetivos. Primario: Evaluar si una intervención telefónica motivacional breve es más eficaz que la práctica habitual en la consulta de Atención Primaria en la cesación del hábito tabáquico en pacientes fumadores activos a los 12 meses de seguimiento. Secundarios: 1. Conocer el porcentaje de individuos que han disminuido el consumo de tabaco en los dos grupos de estudio. 2. Comparar la motivación para dejar de fumar entre los dos grupos de estudio según el test de Richmond, lavaloración categorial de estadios del cambio y la autopercepción de motivación (con escala de 1-10). 3. Cuantificar el tiempo de la intervención. 4. Prevalencia puntual (7 días anteriores) de abstinencia a los 3 (sólo grupo intervención) y a los 12 meses (a los dos grupos).

Tipo de estudio. Estudio analítico experimental de tipo ensayo clínico controlado aleatorizado.

Ámbito del estudio. Atención Primaria.

Sujetos. Fumadores activos adultos asignados a un Centro de Salud.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios de inclusión: pacientes de 18-75 años registrados como fumadores en la HCAP, atendidos entre septiembre-diciembre 2006, que acepten a participar. Criterios de exclusión: No tener teléfono. Presentar enfermedades graves. Dificultades en la comunicación telefónica. No responder después de 6 llamadas. Muestreo por selección aleatoria simple aparejada por edad, sexo y médico. Muestra: 148 individuos por grupo (intervención y control).

Mediciones e intervenciones. Variables de estudio: demográficas, en relación al hábito tabáquico, motivación. Trabajo de campo: Llamada grupo intervención a los 0 m, 3 m y 12 m, para recogida de variables, intervención y valoración de su situación respecto al tabaco. Llamada grupo control a los 12 m para valorar situación respecto al tabaco.

Análisis estadístico. Se efectuará control de calidad de datos y análisis descriptivo de los mismos. Se compararán individuos incluidos y excluidos, mediante la prueba χ^2 (variables categóricas), t-Student (variables continuas) y tests no paramétricos. La comparación entre grupo control y intervención se efectuarán mediante la prueba de McNemar por datos categóricas aparejadas y de Wilcoxon (datos aparejados continuos). Se efectuará regresión logística condicional, para comparar el abandono del hábito tabáquico, y regresión lineal con modelos jerárquicos, para comparar la cantidad de cigarrillos que han dejado de fumar, entre los 2 grupos, ajustando por las potenciales variables de confusión.

Limitaciones. Problemas en la actualización tanto de los diagnósticos como los datos administrativos de los usuarios. Dificultad para contactar con algunos pacientes. Se debería valorar si este tipo de intervención tiene un buen coste/beneficio.

Aplicabilidad. Creemos que es especialmente aplicable a nuestro ámbito por varias razones: 1) Plantea actividades preventivas propias de atención primaria, que podrían ser útiles para abordar otros cambios de estilo de vida. 2) Se trata de un tipo de intervención educativa especialmente adecuada para la atención primaria: innovadora, de corta duración, que no requiere formación específica y fácil de aplicar por los profesionales. 3) La consulta telefónica puede ser una herramienta que mejore la accesibilidad de nuestros pacientes, aumentando la cobertura en fumadores no frequentadores. También posibilita una mejor organización horaria de la agenda de los profesionales. Potencia la actuación que se realiza en la consulta habitual.

Aspectos éticos-legales. No apreciamos dilemas ni éticos ni legales, al ser la intervención voluntaria.

Sesión 22

13.30-14.30 h

Proyectos de investigación (II)

P228 CONSTRUCCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE UNA ESCALA PARA VALORAR LA RELACIÓN CLÍNICA: EL CICAA

E. Gavilán Moral, L. Pérula De Torres, R. Ruiz Moral y J. Parras Rejano

Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Córdoba. Córdoba. Andalucía.

Correo electrónico: enrique.gavilan.moral@gmail.com

Objetivos. Construir y validar la escala CICAA para valorar la Relación Clínica (RC) en las consultas de Medicina y Enfermería.

Tipo de estudio. Estudio observacional descriptivo, de validación de un instrumento de medida.

Ámbito del estudio. Centros de Atención Primaria y Secundaria.

Sujetos. Participación de un grupo de expertos en RC en la validación aparente y de consenso de la escala. Posteriormente, se hará una evaluación de sus propiedades psicométricas sobre una base de entrevistas clínicas videogradas de varias submuestras: Residentes y Médicos de Familia, Médicos de Atención Secundaria y Enfermeras de Atención Primaria; pacientes con patología incidente y crónicos, reales y estandarizados.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Se escogerán las videograciones mediante muestreo aleatorio de un pool de entrevistas procedentes de estudios previos. El tamaño muestral estimado será de 150-200 encuentros clínicos.

Mediciones e intervenciones. Elaboración de una propuesta de cuestionario, basada en un modelo teórico de RC (CICAA: Conectar, Identificar y Comprender problemas, Acordar y Ayudar a actuar), mediante una metodología tipo Delphi de rondas de trabajo vía e-mail, emitiendo propuestas de modificaciones, incorporación y eliminación de ítems, y valoración de la pertinencia e importancia de cada ítem. Valoraciones por observadores previamente entrenados en el uso del instrumento CICA-A de entrevistas videogradas para calcular sus propiedades psicométricas.

Análisis estadístico. Validación cualitativa: Validez de consenso y aparente: Análisis cualitativo de las respuestas de los expertos en RC, y cuantitativo con cálculo de la media y varianza sobre pertinencia de cada ítem. Validación cuantitativa (propiedades psicométricas): Validez de contenido (análisis factorial exploratorio), consistencia interna (alfa de Cronbach), fiabilidad intra en interobservador (índice Kappa, coeficiente de correlación intraclase, generalizabilidad, método descriptivo de Bland y Altman), sensibilidad al cambio tras intervención formativa (t de Student), validez de constructo con resultados de la consulta y clínicos (Ji-cuadrado, t test de Student, ANOVA, coeficiente de correlación de Pearson) y

validez convergente con el cuestionario GATHA (coeficiente de Pearson).

Limitaciones. Determinados aspectos de la RC son difíciles de valorar por un observador externo no implicado en el acto clínico. Para paliar esta situación, tendremos en cuenta la percepción del paciente de la interacción comunicativa mantenida en la consulta como variable de resultado en el análisis de la validez de constructo. Además, para reducir la subjetividad de las evaluaciones se realizará un cuidadoso proceso de entrenamiento de los evaluadores en el uso de la herramienta que incluya ejercicios prácticos con un manual de uso de la escala que ayude a codificar los ítems.

Aplicabilidad. La validación de la escala CICAA nos permitirá disponer de un instrumento válido y fiable en ámbitos sanitarios muy amplios, que podrá para ser usado en docencia, investigación y para monitorizar la eficacia de la formación en RC.

Aspectos éticos-legales. Las videograciones proceden de otros proyectos en los que se solicitó el consentimiento informado a profesionales y pacientes. Se mantendrá el anonimato de los participantes mediante codificación con claves. El proyecto ha sido aprobado por un Comité Ético de Investigación Clínica.

Financiación: Esteve, SAMFyC, semFYC, Consejería Salud Junta Andalucía.

P229 OPINIONES, ACTITUDES Y HABILIDADES DE MÉDICOS DE FAMILIA SOBRE LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES: UN ESTUDIO CUALITATIVO

R. Ruiz-Moral, L. Jiménez De Gracia L, L. Pérula De Torres, M. Carrión, E. Solla y M. Martínez

Unidades Docentes de Medicina de Familia de Córdoba, Málaga y Jaén, Fundación Index. Córdoba, Málaga, Jaén y Granada. Andalucía.

Correo electrónico: lauradegracia@hotmail.com

Objetivos. Conocer las opiniones, actitudes y estrategias de los médicos de familia (MF) sobre la participación del paciente en la consulta (PPC) y sus principales condicionantes.

Tipo de estudio. Estudio cualitativo con grupos focales (GGFF).

Ámbito del estudio. Atención primaria (AP).

Sujetos. Informadores clave MF expertos y no expertos en áreas de comunicación clínica (CC) con práctica asistencial superior a 5 años.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Muestreo de tipo nominal, seleccionando a los participantes según su relación con el fenómeno de estudio. Dos aspectos son relevantes en este sentido: maestría en CC y ámbito de trabajo. Diferenciaremos entre informadores expertos en CC (con una visión más profunda pero también más purista y exigente) y no expertos (con mayores perspectivas de aplicación práctica), y entre práctica clínica rural y urbana, para obtener una visión representativa de todas las realidades de la AP.

Mediciones e intervenciones. Se realizarán 3 GGFF (uno de expertos en CC; otro de no expertos y el tercero, mixto) con 6-10 médicos cada uno. Con cada grupo se mantendrán 2 reuniones que serán audiogradas para su posterior análisis; el objetivo de la primera reunión será obtener opiniones sobre diferentes aspectos de la PPC, y el de la segunda, propuestas sobre qué habilidades se requieren para involucrar a los pacientes en las decisiones clínicas.

Análisis estadístico. Preliminarmente, realizaremos un análisis de la bibliografía disponible sobre la PPC. Esto será la base para codificar la información aportada por los GGFF, transcrita literalmente a partir de las audiograciones, en categorías preestablecidas y otras emergentes sobre el tema. Mediante una aproximación inductiva a partir de los códigos generados se extraerán las proposiciones relevantes. Para la codificación de los datos, se utilizará el programa de análisis cualitativo de datos textuales Nudist-Vivo, lo cual facilitará el análisis de textos y su interpretación.

Limitaciones. Un problema durante la realización de las reuniones podría radicar en que los contenidos a discutir y la articulación del propio grupo podría silenciar opiniones disidentes. Los moderadores tratarán de establecer dinámicas adecuadas que ayuden a que el diálogo sea fluido, con la participación libre de todos los participantes, que además, tendrán la misma jerarquía. Respecto a realización de los GGFF, existe discrepancia sobre las ventajas de mantener o no la homogeneidad de sus miembros; en nuestro caso trabajaremos con grupos homogéneos y heterogéneos, lo que haría desaparecer esta limitación.

Aplicabilidad. Este proyecto representa una innovación sobre un aspecto clave de la asistencia sanitaria, como es la participación del paciente en la

toma de decisiones. El estudio pretende profundizar en opiniones y experiencias de los profesionales, e incluir sus propuestas concretas para poder así plantear actuaciones realistas.

Aspectos éticos-legales. Los participantes serán informados sobre las características del estudio, solicitándoseles el consentimiento informado para ser incluidos. La confidencialidad se mantendrá analizando los datos mediante códigos que evitarán identificar su procedencia. El proyecto ha sido aprobado por un Comité Ético de Investigación Clínica. Financiación: FIS, Consejería Salud Junta Andalucía, SAMFyC.

P230 PSICOPATOLOGÍA EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE ATENDIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA: PREVALENCIA, FACTORES ASOCIADOS Y EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN BIOPSICOSOCIAL

M. Salinero Fort, E. Irazábal Martín, L. Chocron Bentata, C. Martín Madrazo, R. Sanz Bucero y P. Gómez Campelo

Unidad de Investigación Atención Primaria Área 4. Madrid. Madrid.
Correo electrónico: msalinero.gapm04@salud.madrid.org

Objetivos. Fase 1: Estimar la prevalencia de psicopatología en la población autóctona e inmigrante en las consultas de Atención Primaria, e identificar los posibles factores asociados a los trastornos psíquicos en los inmigrantes. Fase 2: Verificar la asociación de los factores pronósticos, identificados en la primera fase del estudio, en el desarrollo de la psicopatología en la población inmigrante. Fase 3: Analizar la eficacia de los Grupos Terapéuticos (GT) en el tratamiento de ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático (TEP) en la población inmigrante.

Tipo de estudio. Fase 1: Estudio descriptivo transversal; Fase 2: Estudio de cohortes (dos años de seguimiento); Fase 3: Ensayo comunitario.

Ámbito del estudio. Estudio multicéntrico, Atención Primaria.

Sujetos. Fase 1: Inmigrantes y nacionales, registrados como usuarios de los Centros de Salud (CS). Fase 2: Inmigrantes sin trastorno mental registrados como usuarios de los CS. Fase 3: Inmigrantes afectados de ansiedad, depresión y/o trastorno de estrés postraumático registrados como usuarios de los CS.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios de inclusión Fase 1: Edad > 18 años, nacidos en España o con nacionalidad extranjera que entiendan el castellano, y que firmen el consentimiento informado. Criterios de exclusión: Psicosis, Trastorno Bipolar, patología crónica con grave limitación física y/o funcional. Pronóstico vital < 1 año.

Mediciones e intervenciones. Fases 1 y 2: estrés psicosocial (escala de Holmes), Apoyo social (escala de MOS), Afrontamiento (cuestionario COPE). Variables sociodemográficas y relacionadas con el proceso migratorio en los inmigrantes. Trastorno psíquico (cuestionario Prime-MD y escala de trauma de Davidson). Fase 3: La variable de resultado final será la "curación psicopatológica" definida por la combinación del resultado favorable del cuestionario Prime-MD y la opinión del médico responsable. Intervenciones: Fase 3: Tratamiento médico convencional (ansiedad, depresión y TEP) y GT.

Análisis estadístico. FASE 1: Para el primer objetivo, se realizará análisis de los porcentajes y la prueba de Chi-cuadrado. Para el segundo objetivo se realizará un análisis de Regresión Logística Multivariado (RLM) FASE 2: Para el objetivo de verificar la asociación de los factores pronósticos de los trastornos psicopatológicos en inmigrantes sanos se calcularán los riesgos relativos de cada factor de exposición. Se estratificará por variables confusoras (edad, sexo, nivel de ingresos, ocupación liberal, tiempo en España) y se realizará análisis de RLM. FASE 3: Para el objetivo de analizar la eficacia de los dos tipos de intervención en inmigrantes con patología se realizará un RLM donde la variable explicativa principal será el tipo de intervención y la variable dependiente la curación. Se realizará un análisis por intención de tratar y por cumplimiento de protocolo.

Limitaciones. Sesgo de selección si la población de estudio no es representativa de la población diana. Sesgo de información por el Prime-MD (20% de falsos negativos y 10% de falsos positivos, según literatura) que se intentará minimizar con el criterio clínico del médico del paciente, que confirmará o desestimará el diagnóstico. En la fase 3 es posible que encontremos pérdidas de seguimiento > 20%.

Aplicabilidad. Reorientar la práctica clínica asistencial al inmigrante.

Aspectos éticos-legales. Se ha obtenido la aprobación por el Comité de Ética local y se pedirá el consentimiento aprobado por dicho CEIC.

P231 INTERVENCIÓN DE MOTIVACIÓN EN GRUPO EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN PREVENCIÓN PRIMARIA DE PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (IMOAP)

J. Rodríguez Cristóbal, J. Pérez Santos, M. Lasala Moreno, D. Bleda Fernández, F. Benavides Márquez y P. Martí De la Morera

ABS Florida Sur (Hospitalet de Llobregat), ABS Río de Janeiro (Barcelona).
Hospitalet de Llobregat, Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: 21002jrc@comb.es

Objetivos. 1. Determinar si una intervención grupal de motivación, junto a la intervención habitual, es más eficaz que ésta en el tratamiento del sobrepeso y obesidad, en la reducción inicial del peso y su persistencia en el tiempo.

2. Observar si dicha intervención es más efectiva en la reducción de los factores de riesgo cardiovascular asociados al sobrepeso y la obesidad, y el riesgo cardiovascular global.

Tipo de estudio. Ensayo clínico aleatorio multicéntrico de intervención en pacientes con sobrepeso y obesidad. Asignación aleatoria de la intervención por Áreas Básicas. Se establecen dos grupos separados geográficamente, uno de ellos recibirá la intervención de motivación en grupo (intervención) y el otro el seguimiento habitual (control). Las ABS ubicadas en el mismo edificio se asignarán al mismo grupo para evitar contaminación.

Ámbito del estudio. Atención primaria. 24 ABS de Hospitalet de Llobregat y Barcelona. Determinaciones analíticas en el laboratorio de referencia.

Sujetos. La selección se realizará por parte del profesional sanitario (enfermera) participante siguiendo los siguiente criterio: se incluirán los dos primeros pacientes que se visiten a la consulta programada de enfermería dentro del período de reclutamiento preestablecido y que cumplan los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios de inclusión: 1. Pacientes de ambos sexos con sobrepeso (IMC > 25) u obesidad (IMC > 30); 2. Edad de 30 a 70 años; 3. Aceptar participar en el estudio (consentimiento informado). Criterios de exclusión: 1. Patología clínica severa; 2. Obesidad secundaria; 3. Alteraciones sensoriales graves que interfieran en el aprovechamiento de la intervención motivacional; 4. Alteraciones psíquicas severas.

Mediciones e intervenciones. Porcentaje de pacientes que pierden 5-10% de su peso en cada una de las intervenciones. Factores de riesgo cardiovascular y riesgo cardiovascular global. Datos analíticos: perfil lipídico, apo B-100, apo A-1, fibrinógeno, PCR ultrasensible e insulinemia.

Análisis estadístico. Análisis descriptivo según el tipo de variables, Evaluación de la comparabilidad inicial de los pacientes de los dos grupos: Ji cuadrado en el caso de proporciones y, en caso de medias, t de Student o su equivalente. Hipótesis a contrastar: Hipótesis nula, definida como la igualdad de eficacia de la intervención habitual y la experimental. La posible diferencia de eficacia entre las intervenciones se llevará a cabo a partir del análisis basado en los valores individuales de los pacientes mediante la utilización de técnicas estadísticas multinivel.

Limitaciones. La asignación de ABS será aleatoria, pero no los pacientes, diseño más adecuado para evitar la contaminación entre los grupos, y el tamaño de muestra será más reducido. Sesgo de selección al incluir los dos primeros pacientes de la consulta que cumplan los criterios, que facilita reclutamiento.

Aplicabilidad. Si la intervención motivacional grupal dirigida por enfermería fuera eficaz, se podría instaurar como herramienta de tratamiento para los pacientes con sobrepeso y obesidad, en las Áreas Básicas de Salud, dando lugar a una reducción de los factores de riesgo cardiovascular relacionados, y en consecuencia los procesos cardiovasculares.

Aspectos éticos-legales. Proyecto aprobado por el comité científico y ético de la Fundación Jordi Gol y Gurina de Atención Primaria.

P232 VALORACIÓN DE LOS HÁBITOS PERSONALES Y PROFESIONALES EN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA DE CÁNCER DE PIEL ENTRE LOS SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Senán Sanz, J. Bayó Llibre, C. Roca Saumell, X. Cano Sanz, I. Aoiç Linares y J. Malvehy Guilera

CAP El Clot. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: 33643mss@comb.es

Objetivos. General: Mejorar la implementación de estrategias de prevención primaria y secundaria del cáncer de piel. Específicos: 1) conocer los

hábitos de protección solar del personal sanitario de atención primaria, teniendo en cuenta su rol ejemplar; 2) valorar conocimientos y actividades que se realizan de prevención primaria y secundaria de cáncer cutáneo.

Tipo de estudio. Estudio transversal descriptivo mediante encuesta por e-mail al correo corporativo de los sanitarios de los centros seleccionados. Para mantener el anonimato, habrá un código de acceso, mediante el que se accede a una página WEB, donde se volcarán todas las respuestas del cuestionario, que estará colgado. Paralelamente se enviará carta para que, los que lo deseen, puedan contestar por esta vía. Se enviarán hasta 3 recordatorios a todos los sujetos, que invitará a participar, si aun no lo han hecho.

Ámbito del estudio. Equipos de Atención Primaria.

Sujetos. Médicos de familia, pediatras y diplomados en enfermería de Atención Primaria.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Muestreo aleatorio por conglomerados a partir de los centros de Atención Primaria (181) de una región sanitaria. Cálculo del tamaño de la muestra: a partir de población de facultativos y enfermeros de esta región. Aceptando un riesgo alfa 5% para una precisión de $\pm 0,05$ en un contraste de hipótesis bilateral para una proporción estimada del 50% y una tasa de reposición del 20%, se precisa una muestra de 540 individuos. Como es un muestreo por conglomerados, si asumimos un efecto diseño de 2, el tamaño final de la muestra será de 1080 individuos.

Mediciones e intervenciones. La primera parte de la encuesta analiza variables generales. Segunda parte: hábitos de fotoprotección. Tercera parte: conocimientos de prevención primaria, epidemiología, grupos de riesgo, tratamiento del cáncer. Cuarta parte: Si se realiza o no consejo preventivo y de autoexploración en la consulta, cribado de pacientes con alto riesgo de cáncer de piel, y si todo esto no se hace, razón para la falta de actividades de prevención.

Análisis estadístico. Los resultados se expresarán con medidas de centralización y dispersión (media, mediana, desviación estándar) para las variables cuantitativas. Test de la t de Student para el análisis de variables cuantitativas que siguen una distribución normal, el nivel de significación estadística lo situaremos en el valor de la p menor a 0,05. En cuanto a las variables cualitativas, utilizaremos el test de la χ^2 .

Limitaciones. No existe ningún cuestionario validado, por lo que el nuestro está diseñado por expertos, realizaremos previamente una prueba piloto. Existe el riesgo de una tasa muy baja de respuestas, para evitarlo enviaremos la carta con el logo de las sociedades o proveedores apoyen el estudio, sobre prepagos para devolver el cuestionario cumplimentado, y varios e-mail que invitan a participar.

Aplicabilidad. Los resultados nos servirán para conocer nuestra realidad en este problema de salud y, lo más importante, será la base del desarrollo de una estrategia de formación si el estudio revela que ésta es necesaria, seguido de un estudio prospectivo con implementación de circuitos pilotos de prevención primaria y secundaria, con la introducción del uso de dermatoscopia en el cribado de cáncer cutáneo, para disminuir su morbi-mortalidad.

Aspectos éticos-legales. No existen conflictos ético-legales.

P233 EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN ESTRUCTURADA EN PACIENTES POLIMEDICADOS

F. Atienza Martín, S. Baz Montero, J. Ortega Blanco, F. López Aguilar, F. Rioja Ulgar y A. Pérez Márquez

Distrito Sanitario Huelva-Costa. Huelva. Andalucía.
Correo electrónico: fatienzam@hotmail.com

Objetivos. Objetivo principal: Evaluar la efectividad de una intervención estructurada en la adecuación de los tratamientos farmacológicos de pacientes polimedificados. Objetivos secundarios: describir su perfil biológico, analizar su perfil psicológico y analizar su cumplimiento terapéutico.

Tipo de estudio. Distrito Sanitario de ámbito urbano y rural.

Ámbito del estudio. Distrito Sanitario de ámbito urbano y rural.

Sujetos. Pacientes polimedificados definidos como: tomar de forma continuada cinco o más fármacos durante el menos seis meses y figurar en registro específico en 2006 (2048 personas).

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterio de inclusión: Paciente polimedificado atendido en centros del Distrito. Criterio de exclusión: pacientes en situación Terminal; pacientes con alteraciones cognitivas/conductuales conocidas; pacientes que nieguen su Consentimiento Informa-

do para participar. Muestreo: aleatorio entre la población en estudio, asignando el número de pacientes de cada centro participante y seleccionándolos mediante una tabla de números aleatorios. Se calculó el tamaño de la muestra considerando la variable dependiente que precisa más tamaño muestral (cumplimiento) y estimando el incumplimiento en el 33%, para un nivel de confianza del 95% y una precisión del 2%, en 340 pacientes añadiendo un 30% por pérdidas, siendo la muestra final de 442 pacientes. Tras la determinación de datos y evaluación del perfil psicológico y cumplimiento, se procederá a la asignación a los dos grupos (control e intervención), teniendo en cuenta una diferencia de adecuación del tratamiento del 30% y para una potencia del estudio del 80% de un total de 100 pacientes.

Mediciones e intervenciones. Medición del objetivo principal: adecuación del tratamiento entendido como no existencia de tratamientos sin indicación y no existencia de indicaciones sin tratamiento (en caso necesario). Determinación de datos del participante: Edad, peso, talla, comorbilidad, tratamientos prescritos y programa/proceso asistencial en el que está incluido. Determinación del nivel de ansiedad/depresión de los participantes mediante el test de Goldberg. Determinación del cumplimiento mediante el método de Morinsky-Green. Intervención en el grupo control: cuidado habitual. Intervención el grupo de intervención: Procedimiento de trabajo consistente en: -Identificación de indicaciones sin tratamiento; -Identificación de tratamientos sin indicaciones; -Tratamientos de elección; -Adecuación del régimen terapéutico.

Análisis estadístico. -Análisis descriptivo: variables cuantitativas: medidas centrales y de dispersión; variables cualitativas: proporciones e intervalos de confianza. -Análisis inferencial: variables cualitativas: Ji cuadrado o test de Fischer; comparación de medias: prueba T o test de U de Mann-Whitney.

Limitaciones. Las limitaciones vienen dadas por la complejidad de la valoración de la adecuación de los tratamientos y la posible falta de datos en las historias clínicas.

Aplicabilidad. El proyecto es de interés por la enorme trascendencia en términos de seguridad del paciente (interacciones, efectos adversos...) y gasto de la polimedicación.

Aspectos éticos-legales. Al tratarse de un ensayo clínico con intervención, pasará la revisión por la comisión de ensayos clínicos y todos los participantes firmarán un impreso de consentimiento informado del estudio. Se ofrecerá la intervención a todos los participantes del grupo no intervenido.

P234 INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS CON ANTICOAGULANTES ORALES EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

V. Coronado Vázquez, A. Ortega Carpio, M. Martín Gómez, L. López González, R. Álvarez Miralles y S. Vaz Montero

CS de Ayamonte, CS El Torrejón, CS de Cartaya. Ayamonte. Andalucía.
Correo electrónico: mvcoronado@msn.com

Objetivos. Describir la probabilidad de ocurrencia y la tasa de riesgo de interacciones medicamentosas con anticoagulantes orales a lo largo del seguimiento de una muestra de pacientes anticoagulados.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo longitudinal.

Ámbito del estudio. Estudio multicéntrico desarrollado en tres Centros de Salud, uno urbano y dos rurales.

Sujetos. Pacientes anticoagulados seguidos en el Centro de Salud. Con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 6% y una prevalencia esperada de interacciones del 20% se obtiene una muestra de 171 pacientes.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. La técnica utilizada en el proceso de selección de pacientes es el muestreo sistemático. -Criterios de inclusión: iniciar el consumo de uno o más fármacos de forma transitoria o permanente; controles estables de INR (los dos últimos controles dentro del rango) en el momento de incorporarse al estudio; ausencia de enfermedades graves que requieran hospitalización. -Criterios de exclusión: aparición de un INR fuera de rango; fin del consumo del nuevo fármaco; fin del estudio, aunque continúe tomando el fármaco que motivó su inclusión en el mismo. En estas tres circunstancias se da por finalizado el seguimiento.

Mediciones e intervenciones. -Determinación del INR al inicio y al final de la introducción del nuevo fármaco. En caso de desajustes en la medida, se modificará la dosis total semanal (DTS) de anticoagulante según protocolo. -Registro de la fecha de entrada al estudio. -Registro de la fecha y estado al finalizar el seguimiento. -Estado al cierre del estudio. -Farma-

cos nuevos que motivan el inicio del seguimiento (grupos terapéuticos y principios activos). -Clasificación de las interacciones detectadas. -Edad, sexo, tratamiento habitual y enfermedades crónicas. Se informará a los pacientes para evitar durante el seguimiento los cambios en la dieta, el consumo de fármacos no prescritos y favorecer el cumplimiento del tratamiento según indicación de su médico. La duración del estudio será de 1 año.

Análisis estadístico. Análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión. Para describir la probabilidad de ocurrencia y la evolución de la tasa de incidencia de interacciones se hará un análisis de la supervivencia. Para valorar el riesgo y la supervivencia de los sujetos con un determinado patrón de valores en las variables predictoras, se realizará, si se cumplen las condiciones de aplicación, un modelo de regresión de Cox.

Limitaciones. Las limitaciones del estudio son la ausencia de aleatoriedad en la selección de la muestra y la presencia de variables de confusión que no se hayan recogido para su control con el análisis de regresión.

Aplicabilidad. Los anticoagulantes están frecuentemente implicados en interacciones farmacológicas, con potenciales y graves complicaciones. La detección precoz de desajustes en el INR es prioritaria para prevenirlas. El estudio va a permitir la valoración de la incidencia y el riesgo de dichas interacciones cuando causan alteraciones analíticas, lo que permitirá estructurar un protocolo para la monitorización ambulatoria del INR en estos pacientes cuando se produce un cambio en su medicación habitual.

Aspectos éticos-legales. Se solicita a todos los participantes el consentimiento informado previo a la inclusión en el estudio.

P235 REPRODUCTIBILIDAD DEL DIAGNÓSTICO ELECTROCARDIOGRÁFICO DE LOS CRITERIOS DE VOLTAJE DE HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA

J. Colomé, S. Audí Lapiedra, B. Ania Zubiaur, N. Calbet Pelàez, C. Argañaraz Broggi y E. Vinyola

CAP La Mina. Sant Adrià de Besòs. Cataluña.
Correo electrónico: doctormia@hotmail.com

Objetivos. La prueba estándar para el diagnóstico de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) es el Ecocardiograma, pero en la práctica clínica habitual el diagnóstico se hace por los criterios de voltaje electrocardiográficos: índice de Sokolow-Lyon (I-SL); Voltaje de Cornell (VC).

Se ha observado que estos criterios se ven influenciados por variables como el sexo, el IMC, la edad o la lectura que hace el médico. La bibliografía revisada apunta que "la reclasificación", (pasar de estar diagnosticado de HVI a no estarlo o a la inversa) es muy amplia. Sin embargo, se desconocen cuáles son las variables predictoras de mala concordancia y en qué casos se debería repetir un ECG.

En nuestro estudio queremos: medir la reproducibilidad de los criterios de voltaje de HVI en dos ECGs realizados en un corto periodo de tiempo en un mismo paciente, evaluar las variables predictoras de mala reproducibilidad de los criterios de voltaje de HVI, la reproducibilidad de los cambios inespecíficos del segmento terminal del ECG y la variabilidad inter e intra observador.

Tipo de estudio. Se trata de un estudio de intervención diagnóstica. Cada lector leerá cada ECG dos veces, en días diferentes, sin poder identificarlos y sin saber si es el primer o segundo ECG. Calculará en cada caso los criterios de voltaje de Cornell y Sokolow en milímetros. Se codificarán los cambios en el segmento terminal del ECG según el Código de Minnesota y los criterios del Pooling Project.

Ámbito del estudio. Paciente atendidos en 13 consultas del centro de salud.
Sujetos. 250 pacientes.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Pacientes hipertensos mayores de 18 años. Se excluirán pacientes con bloqueos de rama, cardiopatía isquémica o pacientes que requieran ser rasurados para la realización del ECG. Se seleccionarán por muestreo a conveniencia a pacientes hipertensos atendidos en 13 consultas.

Mediciones e intervenciones. Variables: género, edad, índice de masa corporal, perímetro abdominal, factores de riesgo cardiovascular y patología concomitante, VC, I-SL, ondas T y segmentos ST mayores y menores (código de Minnesota-Pooling Project) Intervención: Práctica de 2 ECG separados como máximo de 10 días y como mínimo de 1, con el mismo electrocardiógrafo, pero realizados por dos profesionales diferentes.

Análisis estadístico. Para evaluar la relación entre las variables categóricas apareadas se utilizará la prueba de McNemar y el índice kappa. Para el

análisis de la concordancia entre los voltajes se utilizará el coeficiente de correlación intraclass en su expresión simplificada para un modelo de efectos fijos. Para evaluar las diferencias entre los distintos valores de voltaje, se aplicará el método de Bland-Altman, entre ambos ECG. Para la predicción de mala concordancia entre ambos ECG, se aplicará la regresión lineal que incluirá las variables con $p < 0,15$ en el modelo bivariante.
Limitaciones. Falta de ecocardiograma para establecer un diagnóstico seguro de HVI.

Aplicabilidad. Si establecemos que en un subgrupo de pacientes, con unas determinadas características, es necesario realizar más de un ECG para hacer un diagnóstico de HVI, podremos mejorar la rentabilidad diagnóstica del ECG.

Aspectos éticos-legales. Se hará firmar un consentimiento informado. Cada ECG se codificará para anonimizarlo e identificarlo posteriormente.

P236 RELACIÓN ENTRE CARTERA DE SERVICIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA, NIVELES DE RESOLUCIÓN, COSTE ECONÓMICO Y RESULTADOS DE SALUD

M. Llagostera Español, A. Romaguera Lliso, D. Ortíz Vives, J. Moreno Bella, J. Fraj Lázaro y J. Monedero Boado

Ámbito Costa de Ponent. Hospitalet. Cataluña.
Correo electrónico: mllagostera.cp.ics@gencat.net

Objetivos. -Conocer si existe correlación entre la cartera de servicios (CS) ofertadas en los Centros de Atención primaria (CAP), el grado de resolución (derivación a la atención especializada (AE), solicitud de pruebas complementarias), los resultados de salud y el cumplimiento presupuestario.

Tipo de estudio. -Estudio observacional, descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Ámbito sanitario de atención primaria, urbano/rural y semirural, año 2006, adscritos a 6 Servicios de Atención Primaria (SAP), que dan cobertura sanitaria a 1.345.000 habitantes.

Sujetos. Entrevista a los directores y/o adjuntas de dirección de los 56 CAP del territorio.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Todos los CAP del ámbito sanitario.

Mediciones e intervenciones. Por cada EAP: -Descripción de los niveles de cumplimiento de la CS: 10 apartados: 1. Servicios de soporte, trámites y gestiones; 2. Atención a la demanda asistencial; 3. Actividades preventivas; 4. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos; 5. Atención familiar y social; 6. Actividades comunitarias y de vigilancia de la salud; 7. Coordinación con otros niveles e instituciones; 8. Formación y docencia (8.a Docencia post-graduada); 9. Investigación; y, 10. Organización y gestión de la calidad. En cada apartado se definen tres niveles de resolución. (Nivel 1: 125 ítems, Nivel 2: 65 ítems, Nivel 3: 48 ítems). -Descripción de los niveles de derivación a AE: derivaciones a especialistas/1000 habitantes (Cardiología, Reumatología, Traumatología, Neumología, Endocrinología y Salud Mental), y pruebas complementarias/1000 habitantes. -Descripción de los resultados del EQA, indicador sintético asistencial que valora un conjunto de 32 indicadores clínicos (tabaquismo, enlismo, vacunaciones, EPOC, HTA, DM2, enf. cardiovascular, cardiopatía isquémica, arritmia cardíaca, insuficiencia cardíaca, enf. cerebrovascular, atención domiciliaria, obesidad infantil, asma infantil, medicina preventiva pediátrica). -Datos del seguimiento del presupuesto.

Análisis estadístico. Análisis descriptivo de los ítems de la CS por CAP y por SAP.

Análisis multivariante, utilizando como variable dependiente los ítems de la CS conseguidos, y como variables independientes los diferentes valores de los CAP (rural/urbano, presión asistencial, envejecimiento de la población, docencia, cumplimiento del presupuesto, derivaciones y pruebas complementarias ponderadas por población).

Limitaciones. La diversidad de procesos asistenciales y la heterogeneidad de los diferentes CAP dificulta la definición exhaustiva de la CS. También hemos encontrado dificultades en establecer límites entre el nivel primario y el especializado. El alejamiento de los CAP de los hospitales podría influir en el grado de resolución de los CAP. Debido al origen cualitativo de gran parte de los datos del cuestionario, es posible que exista un cierto grado de subjetividad en el momento de determinar el grado de consecución de la prestación. Por ello pensamos que el estudio de correlación entre los datos cualitativos de CAP y los datos cuantitativos de los indicadores del AG puede ser útil como instrumento de validación del trabajo realizado por la encuesta.

Aplicabilidad. Instrumento de gestión útil para garantizar la protección de la salud y la equidad, accesibilidad de la atención sanitaria a todos los ciudadanos, al coste adecuado.

Aspectos éticos-legales. Autorización de la Gerencia de ámbito.

P237 EL EJERCICIO Y LA RELAJACIÓN, ¿PUEDEN AYUDAR POSITIVAMENTE A NUESTROS PACIENTES CON FIBROMIALGIA?

M. Badenes Mezquita, C. Rambla Vidal, O. Estesio Hontoria, M. Solà Gonfaus, E. Marcos Dalmau y B. Fuentes Bautista

CAP Valls Urbà. CAP Les Planes. CAP Jaume Soler. Valls (Tarragona). Sant Joan Despí (Barcelona). Cornellà (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: mariabad@camfic.org

Objetivos. Valorar si existe mejoría de sintomatología y calidad de vida percibidas por paciente diagnosticado de fibromialgia tras intervención no farmacológica.

Comparar respuesta terapéutica pacientes fibromiálgicos según tipo de intervención y que ésta sea autoadministrada o grupal.

Tipo de estudio. Estudio multicéntrico, prospectivo, aleatorizado, controlado con placebo, de grupos paralelos.

Ámbito del estudio. Centros Atención Primaria urbanos.

Sujetos. Población adscrita a los equipos de Atención Primaria de tres Centros diagnosticada de fibromialgia según datos obtenidos en historia clínica.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Inclusión: Edad 18-75 años; ambos sexos, diagnóstico fibromialgia según programa informático en fecha 30 mayo 2007. Exclusión: Patología de base que contraindique la realización de ejercicio. Negativa a participar. Muestreo: Elaboración listado pacientes mediante búsqueda informática código fibromialgia (n = 572), aleatorización de grupos.

Mediciones e intervenciones. Mediante encuesta guiada por entrevistador, obtendremos variables: 1. Sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, profesión, situación laboral. 2. Antecedentes familiares: fibromialgia, depresión-ansiedad, dolor crónico. 3. Diagnóstico: dolores > 3 meses evolución, 3 de 4 cuadrantes, puntos gatillo: 11 de 18 positivos. 4. Dolor: EVA, tiempo evolución, frecuencia. 5. Puntos gatillos: en cada zona se realiza presión digital hasta cambio coloración subungueal dedo explorador. 6. Tratamiento farmacológico dolor (nombre medicamento, distribución dosis), respuesta al tratamiento; cuestionario cumplimiento. 7. Tratamiento no farmacológico: tipo, duración, frecuencia. Se administrarán los siguientes cuestionarios: 1. Perfil de Salud de Nottingham. 2. Test validado sobre calidad de vida en fibromialgia: FIQ. 3. Cuestionario internacional de actividad física: IPAQ. 4. Cuestionario de autoeficacia en dolor crónico. 5. Escala de Holmes-Rahe: escala de situaciones vitales generadoras de estrés. 6. Cuestionario de satisfacción. Intervención: Se aleatorizarán los grupos y se asignarán a grupo: -Grupo control: sin intervención. -Grupo intervención autoadministrada al que se proporciona CD con técnicas de relajación. -Grupo intervención autoadministrada al que se proporciona CD con técnicas de relajación. -Grupo de intervención grupal al que se imparten técnicas de relajación en centro. -Grupo de intervención grupal que acude a caminar supervisado y al que se imparten técnicas de relajación en centro. Las técnicas de relajación, tanto en el material gráfico como in situ, están divididas en 7 sesiones, correspondientes a 1 sesión por semana. El ejercicio consistirá en caminar 20 minutos diarios 2 veces a la semana durante 7 semanas. Los tests se administrarán al inicio del estudio, a los 3, 6, 12 meses.

Análisis estadístico. Tratamiento estadístico descriptivo de proporciones y medianas observadas, con IC: 95%. Evaluación de asociación entre variables cuantitativas utilizando χ^2 y comparación de medianas de t-Student, considerando diferencias significativas ($p < 0,05$). Análisis principal de la eficacia: efecto de la intervención valorado por variación media respecto a basal.

Limitaciones. Dificultad cumplimiento de la intervención por el paciente. Disponibilidad de profesionales para realización intervención y para seguimiento. Seguimiento progresivo de la evolución del paciente.

Aplicabilidad. Los tratamientos no farmacológicos pueden tener su espacio dentro de la terapia multidisciplinar de las patologías crónicas en atención primaria. Esta estrategia puede ser la base para iniciar intervenciones no farmacológicas en el contexto del abordaje comunitario de patologías prevalentes con gran repercusión sociolaboral.

Aspectos éticos-legales. Consentimiento informado explícito previo. Seguimiento progresivo pautado de todos los pacientes. Vigilancia estricta de la salud global del paciente, abandono intervención ante sintomatología.

P238 PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO GASTROPROTECTOR EN PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

J. Cordero Guevara, F. Cubero Huertas, R. Merino Bermejo, M. Pereda Riguera y J. Torres Jiménez

Gerencia Atención Primaria, CS García Lorca y CS San Agustín. Burgos. Castilla y León.

Correo electrónico: drzipaco@yahoo.es

Objetivos. Objetivo principal: evaluar la indicación de gastroprotección en los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del Hospital General Yagüe a los que se les prescriben AINE. Objetivo secundario: estimar la prescripción de AINE a los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del Hospital General Yagüe.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Servicio de urgencias del Hospital General Yagüe, zona de salud de Burgos.

Sujetos. Todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del Hospital General Yagüe durante una semana del primer semestre de 2006 elegida al azar.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Se identificará a todos los pacientes a los que se les haya prescrito AINE en urgencias y, en todos ellos se registrará la prescripción o no de Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) o misoprostol, así como si esta prescripción se ajusta o no a alguna de las indicaciones de la Asociación Española de Gastroenterología y la Sociedad Española de Reumatología.

Mediciones e intervenciones. Procedimientos: Los datos se obtendrán de las hojas de urgencias del Hospital General Yagüe. Variables: Las variables a recoger de todos los pacientes incluidos en el estudio serán: Edad, sexo, día de la semana y hora en que fue atendido en urgencias y si se le prescribió o no AINE en urgencias. Las variables a recoger en los pacientes atendidos en urgencias a los que se les prescribió AINE serán: diagnóstico o motivo de consulta, prescripción o no de IBP o misoprostol, presencia o no de indicación de gastroprotección de acuerdo a las recomendaciones de la Asociación Española de Gastroenterología y la Sociedad Española de Reumatología.

Análisis estadístico. Se realizará fundamentalmente un análisis descriptivo con distribución de frecuencias para las variables cualitativas y media y desviación estándar para las cuantitativas. La comparación de porcentajes se realizará mediante pruebas de chi cuadrado y la de medias mediante t de Student o análisis de varianza (o sus correspondientes pruebas no paramétricas en caso de no cumplirse las condiciones de aplicación). Los intervalos de confianza se calcularán a un nivel del 95% y el nivel de significación será del 5%. Los datos serán analizados con los programas Epidat 3.1 y SPSS versión 7.5.

Limitaciones. Prescripción de AINEs en servicio de urgencias.

Aplicabilidad. Los resultados de este estudio servirían para una mejor prescripción de fármacos gastroprotectores en pacientes que vayan a tomar AINE prescritos en los servicios de urgencia hospitalaria de acuerdo con las recomendaciones vigentes.

Aspectos éticos-legales. La adecuada prescripción de fármacos más un uso racional de los recursos del sistema sanitario público redundan en la sostenibilidad, eficacia y eficiencia del mismo, a la vez que se proporciona un acto médico adecuado y de calidad al paciente.

P239 EFECTIVIDAD DE UNA FORMACIÓN SOBRE TABAQUISMO EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO Y CONTROLADO

E. Olano Espinosa, J. Granados Garrido, B. Matilla Pardo, C. Minué Lorenzo, H. Ortiz Marrón y C. Arce García

Área 11. Servicio Madrileño de Salud. Dirección General de Salud Pública y Alimentación de Madrid. Madrid. Madrid.

Correo electrónico: e_oeoeoe@hotmail.com

Objetivos. Estudiar la efectividad de una intervención formativa en los profesionales sanitarios de APS sobre: 1. La mejora de las tasas de abstinencia del tabaco a seis meses de sus pacientes. 2. La administración de las intervenciones para el abandono del tabaco. 3. La percepción del riesgo, actitud frente al tabaco y ejercicio de la función modélica de los profesionales.

Tipo de estudio. Ensayo clínico controlado y aleatorizado por conglomerados.

Ámbito del estudio. Atención Primaria de Salud (APS).

Sujetos. Unidad de Aleatorización: Centros de Salud (CS), estableciendo grupo intervención y control (I/C) Unidad de intervención: los 980 médicos y enfermeras de los CS.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. CS de un Área de Salud.

Mediciones e intervenciones. Encuesta de necesidades formativas en tabaquismo Intervención formativa descentralizada. Valoración de asistencia y encuesta de satisfacción Encuesta de conocimientos, aptitudes y actitudes de los profesionales frente al tabaco en los grupos de intervención Recogida de datos de proceso y resultados cegada a la asignación.

Análisis estadístico. por intención de tratar, incluyendo como grupos I/C el conjunto de sujetos de cada unidad de aleatorización. 1. Descriptivo. Variables cuantitativas descritas por medidas de tendencia central y dispersión. Variables cualitativas por proporción y desviación estándar. Descripción y comparación de características de sujetos en los grupos I/C para comprobar la eficacia de la aleatorización. 2. Inferencial. Comparación porcentaje de abstinencia entre el grupo I/C sobre el total de sujetos (comparación de proporciones con prueba z). Construcción de intervalos de confianza. Modelo de regresión lineal múltiple explicativo; variable dependiente la tasa de abstinencia y la independiente la asignación al grupo I/C ajustada por factores de confusión. Comparación en ambos grupos de las medias de variables de proceso (t de Student o U de Mann-Whitney). Comparación de percepción del riesgo, actitudes frente al tabaco y función modélica de los profesionales de ambos grupos (prueba z). Modelo de regresión lineal múltiple cuya variable dependiente sean los profesionales con actitudes positivas en las escalas y la independiente la asignación al grupo I/C ajustada por potenciales factores de confusión. Cálculo de intervalo de confianza del 95% con corrección del "efecto diseño".

Limitaciones. Sesgos de información por el volumen de información y la fuente. Sesgos de selección: El "efecto diseño" hace que la precisión sea entre 1,5 y 3 veces menor que si procediese de una aleatorización simple. **Aplicabilidad.** Si se demuestra la efectividad de la intervención propuesta podremos mejorar la planificación y eficiencia de los recursos, instaurando un modelo de formación efectivo para la disminución de la prevalencia del tabaquismo en nuestra sociedad, lo cual redundaría, en una disminución de la morbilidad y de la mortalidad asociada y en una liberación a medio plazo de recursos.

Aspectos éticos-legales. No.

P240 HAPPY AUDIT: UNA HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN ESPAÑA

Grupo de Infecciosas

Se llevará a cabo en 9 CC.AA. Cataluña.

Correo electrónico: carles.llor@urv.cat

Objetivos. Las infecciones de las vías respiratorias (ITR) constituyen los procesos infecciosos más frecuentes en atención primaria. La mayor parte de ellas presenta una etiología viral y suele remitir de manera espontánea. A pesar de que tan sólo un reducido número de casos es grave, el temor por parte del médico influye en la prescripción de antibióticos. Como consecuencia de la administración excesiva de antibióticos, numerosas bacterias están adquiriendo resistencia a diversos antimicrobianos y el aumento de la prevalencia de cepas bacterianas resistentes constituye actualmente un problema a nivel mundial. El proyecto HAPPY AUDIT (Health Alliance for Prudent Prescribing Yield And Use of anti-microbial Drugs In the Treatment of Respiratory Tract Infections) es un estudio subvencionado por la Unión Europea en el que participarán 450 médicos de Dinamarca, Suecia, Lituania, Rusia, Francia, España y Argentina entre 2007 y 2010, 210 de ellos en España. En un estudio piloto efectuado en Cataluña se ha visto como la metodología audit. reduce la prescripción antibiótica de un 36% a un 24% de las consultas por ITR. El propósito de este estudio es múltiple: -Comparar la prescripción de antibióticos en pacientes con infecciones de vías respiratorias en los distintos países participantes. -Reducir la prescripción de antibióticos innecesarios en infecciones de vías respiratorias. -Mejorar la selección de antimicrobianos en cuadros con sospecha de etiología bacteriana. -Mejorar la calidad de los procedimientos diagnósticos en las infecciones de vías respiratorias en la consulta de Atención Primaria.

Tipo de estudio. Estudio de garantía de calidad.

Ambito del estudio. Atención primaria de salud.

Sujetos. 210 médicos en 9 Comunidades Autónomas.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Selección de médicos de forma voluntaria.

Mediciones e intervenciones. Este estudio llevará a cabo varios ciclos de AUDIT mediante el registro inicial de los casos en una sencilla plantilla de registro, la fase de intervención (sesiones de formación y taller en la utilización de métodos diagnósticos específicos para infecciones de vías respiratorias -Strep A y PCR- y el registro final. Por último, se analizará la información recogida y se distribuirán los resultados a los médicos participantes en diversas reuniones y cursos en los que se elaborarán conclusiones y recomendaciones con el objetivo de preparar material para su difusión a través de los medios de comunicación.

Análisis estadístico. Estadística descriptiva de los resultados.

Limitaciones. Voluntariedad de inclusión de médicos.

Aplicabilidad. A todos los médicos de atención primaria de España.

Aspectos éticos-legales. Cumple con los requisitos ético-legales de los estudios de mejora de calidad.

P241 MODELO EXPERIMENTAL DE PORTFOLIO INFORMATIZADO CONTRASTADO CON EL MODELO ACTUAL, EN POBLACIÓN DE RESIDENTES DURANTE LOS AÑOS 2007-2010 EN EL ÁREA BÁSICA DEL BAIX LLOBREGAT

C. Rodríguez Quevedo, J. Toll Clavero (tutor) y M. Martí Nogué (tutor)

EAP La Gavarra. Cornellà de Llobregat. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 41204crq@comb.es

Objetivos. Elaborar e implementar un nuevo modelo de portfolio informatizado que permita incrementar el grado de satisfacción del usuario, mejorar el nivel de cumplimentación, disminuir el tiempo necesario para su cumplimentación. Comparar el modelo informatizado con el modelo actual.

Tipo de estudio. Estudio analítico longitudinal con intervención experimental aleatorizada.

Ambito del estudio. Área básica del Baix Llobregat

Sujetos. Residentes del área básica del Baix Llobregat.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios de inclusión: -Haber comenzado la residencia durante el período de estudio. Criterio de exclusión: -Negarse voluntariamente a participar. Muestreo: -Se incluirá a la totalidad de los sujetos de estudios que cumplan criterios de inclusión y que no tengan criterios de exclusión.

Mediciones e intervenciones. -Se constituirá un equipo de investigadores motivados en el tema. -Se recopilarán los documentos existentes además del portafolio, y que están orientados como herramientas de planificación y de ayuda a la adquisición de competencias. -Se diseñará un sistema informático simple pero completo que sirva como ayuda integral en la formación profesional del médico residente. -Se aplicará una prueba piloto para validación del nuevo modelo informatizado, la cual se aplicará en voluntarios profesionales no pertenecientes a la población de estudio. -Se corregirá el modelo informatizado según los resultados de la prueba piloto -Se aleatorizará la población de estudio por ABS: Grupo control (modelo actual), Grupo Experimental (Portfolio Informatizado) -Se recopilarán los consentimientos informados. -Se aplicará el portafolio según grupo de asignación. -Se recopilarán variables de interés: Grado de satisfacción del usuario, Nivel de cumplimentación, tiempo empleado, utilidad en la adquisición de competencias.

Análisis estadístico. Se realizará una valoración cualitativa del grado de satisfacción de los usuarios. Se determinarán medidas de tendencia central y de dispersión de las variables de estudio. Se aplicarán pruebas de comparación de grupo (Pruebas no paramétricas: U de Mann Whitney, Kruskal Wallis) Se utilizará el programa estadístico STATA 9.0, SPSS 12.

Limitaciones. Recursos económicos para implementar un sistema informatizado complejo, eficaz, simple.

Aplicabilidad. El modelo de portfolio actual ha sido concebido como una importante herramienta de recopilación de información y documentación orientado a la adquisición de competencias profesionales; existen además, varios documentos que el médico residente debe cumplimentar y que se orientan con finalidades complementarias. El exceso de tiempo necesario para cumplimentar la documentación hace que se infravalore la utilidad del portafolio.

Aspectos éticos-legales. Se solicitará la aprobación del Comité de evaluación ético de la institución. Se solicitará consentimiento informado a todos los sujetos de estudio.