



COMUNICACIONES PÓSTERS

1-P

SÍNDROME DE BURNOUT EN LA ASISTENCIA PRIMARIA

TORRAS BERNÁLDEZ MT, BERNAD GIMENO JA, PEDREGOSA DUEÑAS MM, BERNAT LÓPEZ MJ, MASFRED PUJOL L, MARTÍN MUNCHARAZ D.

Centro de Salud Sagrada Familia. Manresa.

Introducción: En los últimos años, los médicos y enfermeras de la Asistencia Primaria cada vez reciben más presión asistencial y además cada vez se les exige ser más resolutivos, por parte de la Administración, con lo cual la sobrecarga de trabajo cada vez se hace más acusada. Por este motivo, el síndrome del burnout está haciendo cada vez más estragos entre los profesionales de los centros de salud.

Objetivo: Detección del síndrome del burnout en un centro de salud.

Metodología: En un determinado centro de salud de una área semiurbana se decidió efectuar un estudio al respecto. La muestra seleccionada fue el personal sanitario del centro de salud presente en el momento del estudio, un total de 22 profesionales, a los que se les suministró el Test del *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

Resultados: El 83,33% de médicos y un 10,00% de las enfermeras presentaban cifras altas relativas al cansancio emocional, un 16,66% y un 20,00% se acercaban a las de despersonalización. Por otra parte, un 100% y un 90,00% mostraban una gran realización personal en el trabajo.

Conclusiones: Los médicos presentaban cifras altas de cansancio emocional que quedaban compensadas por la poca despersonalización en el trabajo y la alta realización personal en éste. Las enfermeras no presentaban tanto cansancio como los médicos estudiados.

Palabras clave: Burnout. Asistencia Primaria.

3-P

DIAGNÓSTICOS DE LA ATENCIÓN CONTINUADA EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD RURAL

GINER RODRÍGUEZ AS*, GIMÉNEZ GONZÁLEZ M**, ITURRALDE LLORET A**, MARTÍNEZ RICO N***, MARTÍNEZ MARTÍNEZ V****, APARICI BLASCO MA****.

**Coordinador EAP. **Médico EAP.*

****Médico Refuerzo EAP.*

*****Enfermero EAP. Centro de Salud de Chella. Valencia.*

Objetivos: Determinar las características de la demanda de asistencia médica y de enfermería en la atención continuada desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2000, en una Zona de Salud Rural de la Comunidad Valenciana.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo observacional sobre la población atendida. Los datos han sido obtenidos a partir de los libros de registro de atención continuada. Las variables estudiadas son: diagnóstico, derivaciones hospitalarias y motivos de traslado.

Resultados: El aparato respiratorio 24,58%, seguido de actividades propias de enfermería 19,91% y traumatismos. Se derivó al hospital el 7,04% con traumatismos 28,9%, patología cardiorrespiratoria 26,6% y digestiva 14,37.

Conclusiones: El paciente trabajador activo que padece enfermedad respiratoria es el tipo de usuario de los servicios de atención continuada. Con una mayor capacidad de métodos diagnósticos en Atención Primaria se aumentaría la capacidad resolutoria.

Palabras clave: Atención Primaria. Atención continuada. Urgencias prehospitalarias.

4-P

ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN CONTINUADA SEGÚN SU DEMANDA HORARIA, DIARIA Y ESTACIONAL EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD RURAL

GINER RODRÍGUEZ AS*, GIMÉNEZ GONZÁLEZ M**, ITURRALDE LLORET A**, MARTÍNEZ RICO N***, MARTÍNEZ MARTÍNEZ V****, APARICI BLASCO MA****.

*Coordinador EAP. **Médico EAP. ***Médico Refuerzo EAP. ****Enfermero EAP. Centro de Salud de Chella. Valencia.

Objetivos: Determinar los horarios de la demanda de asistencia médica y de enfermería en la atención continuada desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2000, en una Zona de Salud Rural de la Comunidad Valenciana.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo observacional sobre la población atendida. Los datos han sido obtenidos a partir de los libros de registro de atención continuada. Las variables estudiadas han sido: número total de asistencias, variación horaria diaria y estacional.

Resultados: Hubo 9.406 demandas con una media de 24,78 por día, 3,75 día/1000 habitantes o 1.370 año/ 1000 habitantes, laborables 18,47 por día y festivos 38,64 por día, 48,5 varones y 50,3 mujeres.

Con un 14% de avisos domiciliarios. El día de la semana de más registro es el viernes para el médico y domingo para el enfermero. El tramo horario máximo es de las 19 a 22 horas con el 35,9%.

Conclusiones: Adecuar el recurso de los centros para poder satisfacer adecuadamente en las horas y días con mas demanda. Con una mayor capacidad de métodos diagnósticos en Atención Primaria se aumentaría la capacidad resolutive.

Palabras clave: Atención Primaria. Atención continuada. Urgencias prehospitalarias.

6-P

BALANITIS PLASMOLECULAR DE ZOOM. VALORACIÓN INTERDISCIPLINARIA

MAS LOMBARTE J, PELLICE I VILALTA C, PEYRI I REY E, CASALOTS I SERRAMIA J, COSME GIMÉNEZ MA, GIBERNAU I DENTELLES J.

Barcelona.

Objetivos: Aportar una actualización y una revisión de conjunto de un tipo diferenciado de balanoposti-

tis llamadas "Plasmocelulares de Zoom (BBZ)", en el contexto interdisciplinario de la asistencia (Médico Generalista: JML /Patólogos: JCS y JGC / Urólogos: CPV, EPR y MCG).

Metodología: Aportación conjunta. Estudio observacional y retrospectivo. Período: 1989-2001. 17 historias clínicas de pacientes diagnosticados y controlados por unas BPZ. En tres casos con duda razonable de poder estar frente a lesiones tegumentarias pre o malignas peneanas.

Resultados: Edades: 39-88 años. Clínica: 17 fimosis de muy larvada evolución (cinco diabéticos). Tratamiento: 17 postectomías y en tres casos biopsiado conjunto de la mucosa glandar. Seguimiento: curación (precisando de más curas, tiempo y cuidados que una "postectomía convencional".

Comentarios: La BBZ es propia de varón incircunciso. Se presenta bajo la forma de placas aterciopeladas, brillantes y húmedas. Con atrofias epidérmicas e infiltrados plasmocitarios con depósitos de hemoderina. Sin atipias y asociables al liquen escleroatrófico. Hay que diagnosticar, sin dilación ninguna, toda lesión peneana de dudosa etiología. En las BPZ bastará de una elemental postectomía para resolverlas.

Palabras clave: Balanitis. Balanopostitis. Fimosis. Postectomía.

9-P

LACTANCIA MATERNA

ÁLVAREZ MARTÍN G, LINERO VÁZQUEZ F, SÁNCHEZ GALLARDO MV, SÁNCHEZ FERNÁNDEZ JL, ARIZA CHANA AI, LILLO PRIETO MM.

Málaga.

Introducción: La leche materna es el alimento más adecuado para la alimentación del recién nacido, por su composición química inigualable, se adapta a las necesidades nutricionales, al desarrollo de la función digestiva y al fomento de la unión materno-infantil.

Es necesario que en todos los Centros de Salud exista una política relativa al fomento de la lactan-



cia materna y que todos los profesionales sanitarios colaboren en la puesta en práctica de esa política.

Objetivos: 1.º Evaluar la incidencia y duración de la lactancia materna en nuestra Zona Básica. 2.º Conocer los factores relacionados con el inicio y duración de la lactancia materna.

Material y método: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. La población estudiada fue la formada por todos los nacidos en la Zona Básica del 1/01/2001 al 31/8/2001, que acudieron al programa de salud materno-infantil al menos durante seis meses. Periodo de tiempo evaluado: del 30/6/2001 al 28/2/2002. Las variables estudiadas: nº historia clínica, mes de nacimiento, sexo, nº de hermanos, tipo de parto, nº de visitas al programa, edad materna, patología en el embarazo y lactancia materna (al inicio, a los 2, 4 y 6 meses). La duración de la lactancia se valoró por el testimonio de la madre en las revisiones del niño sano.

Resultados: Se evaluaron 244 historias de los 280 nacimientos registrados en el periodo anterior (87,14%), 116 mujeres (47,54%) y 128 (52,46%) varones. El parto fue eutócico en el 70,5% de los casos, con un peso medio de $3,128 \pm 0,470$ Kg. Apareció patología en el 12,7% de los embarazos, principalmente infección de orina (45,16%) y diabetes gestacional (22,58%). La edad media materna era en el momento del parto de $28,45 \pm 5,68$ años. Acudieron al programa una media de $5,08 \pm 1,08$ visitas. La duración de la lactancia materna por controles fue: inicio 78,5% (otras series 82%), a los dos meses 66,25%, al cuarto mes 48,75% y a los seis meses 34,16%. De los factores estudiados sólo apareció correlación directa entre el mantenimiento de la lactancia a los seis meses y la edad materna.

Conclusiones: 1.º Aunque el número de madres que inician la lactancia materna es elevado, una parte importante de ellas la abandona pronto. Esto puede indicar que tras la visita puerperal bajamos la intensidad de nuestros consejos a favor de la lactancia materna. 2.º Las madres de mayor edad mantienen más tiempo el pecho.

Palabras clave: Lactancia. Lactancia natural.

10-P

ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN CONTINUADA EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD RURAL SEGÚN SEXO, EDAD, PROCEDENCIA Y ASISTENCIA

GINER RODRÍGUEZ AS*, GIMÉNEZ GONZÁLEZ M**, ITURRALDE LLORET A**, MARTÍNEZ RICO N***, MARTÍNEZ MARTÍNEZ V****, APARICI BLASCO MA****.

*Coordinador EAP. **Médico EAP. ***Médico Refuerzo EAP. ****Enfermero EAP. Centro de Salud de Chella. Valencia.

Objetivos: Determinar las características de la demanda de asistencia médica y de enfermería atendiendo a la edad, sexo y localidad y lugar de asistencia en la atención continuada desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2000, en una Zona de Salud Rural de la Comunidad Valenciana.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo observacional sobre la población atendida. Los datos han sido obtenidos a partir de los libros de registro de atención continuada. Las variables estudiadas han sido: número total de asistencias, edad, sexo, núcleo poblacional de procedencia, lugar de asistencia.

Resultados: Por edad el grupo de 15-60 años en un 48,9%, de 0-14 años es del 29,7%. El 52% provienen de la misma población donde se ubica el Centro de Salud.

Con un 14% de avisos domiciliarios.

Conclusiones: Los grupos de edad que más demandan asistencia en atención continuada son los que están en activo y la mayor accesibilidad del centro genera más asistencias.

Palabras clave: Atención Primaria. Atención continuada. Urgencias prehospitalarias.

17-P

SOLICITANTE DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL POSTCOITAL DE EMERGENCIA

VARGAS ORTEGA D, CÁRDENAS CRUZ DP, PARRILLA RUIZ F, ORTEGA MARTOS F, ZABALLOS ACOSTA MM, CÁRDENAS CRUZ A.

Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Introducción: La Junta de Andalucía aprobó en el mes de abril de 2001 la prescripción y administra-

ción de la anticoncepción postcoital (levonorgestrel) en las Unidades de Urgencias del Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.) de manera gratuita.

Metodología: *Objetivos:* Realizar un perfil de la mujer que acude a Urgencias demandando la anticoncepción poscoital como objetivo principal. Determinar el motivo de solicitud como objetivo secundario. *Diseño:* Estudio transversal durante un periodo de 10 meses (20/05/01-20/03/02). *Ámbito del estudio:* Servicio de Urgencias Centro de Salud y Hospital comarcal. *Sujetos:* Mujeres que acuden a Urgencias solicitando la anticoncepción postcoital.

Mediciones: Se realizó una entrevista personal mediante encuesta (unificada en todos los Servicios de Urgencias del S.A.S.) a todas las solicitantes donde se preguntaba: edad, horas desde el coito de riesgo, uso anterior de anticoncepción postcoital, anticoncepción habitual, motivo de la solicitud, causas de no prescripción y observaciones.

Resultados: En el periodo de estudio acudieron 472 mujeres que solicitaron la anticoncepción postcoital, al 100% se le prescribió y se le administró gratuitamente. La edad media de la mujer fue de 20 años siendo el 87% menores de 30 años. Acudieron a urgencias en menos de 24 horas postcoital el 92%, entre 24-48 horas el 5% y entre 48-72 horas un 3%. El 86% de las solicitantes no usaron con anterioridad anticoncepción postcoital, 14% restante alguna vez. El 86% utilizaban como anticonceptivo habitual el preservativo, 8% hormonal, 5% ninguno, 1% Dispositivo intrauterino (DIU). El motivo de solicitud de la píldora postcoital: 84% rotura de preservativo, 14% no uso de método anticonceptivo, 1% olvidó toma del anticonceptivo hormonal, menos del 1% otras causas: agresiones sexuales.

Conclusiones: El perfil de la mujer que solicita la píldora postcoital es una joven de unos 20 años, que utiliza el preservativo como método anticonceptivo habitual, que con anterioridad refiere no uso de la anticoncepción postcoital y acude a Urgencias antes de las 24 horas postcoital por rotura de preservativo.

20-P

EL PACIENTE INMIGRANTE EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIA

VARGAS ORTEGA DA, JORGE DE PUERTO N, MORALES GARCÍA V, SOLER NUÑEZ M, PARRILLA RUIZ F, DUARTE CARAZO A.

Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Objetivos: Perfil del inmigrante usuario de nuestro Servicio de Urgencias.

Material y métodos: Se ha utilizado una muestra de 271 pacientes inmigrantes de la unidad de urgencias del hospital comarcal de Poniente, durante los meses de septiembre a diciembre de 2001, basándonos en datos clínicos-administrativos. Se ha realizado un estudio descriptivo utilizando medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas y tablas de frecuencia para variables cualitativas.

Resultados: Las horas más frecuentes de acceso a nuestra unidad fueron las 11:00, 13:00, 16:00 con un 10,8%; 10,4%; 11,9% respectivamente. Según turnos horarios tanto el de mañana-tarde (8:00-15:00; 15:00-22:00) acaparó la máxima asistencia 83,2%. El 52,8% poseían tarjeta sanitaria, sólo un 4,4% fueron derivados desde A. Primaria al centro hospitalario (el 91,4% de los derivados desde A. Primaria tenían tarjeta sanitaria). El sexo más frecuente del inmigrante usuario de nuestro servicio de urgencias son varones (89,7%) con una edad comprendida entre los 15-45 años. Marruecos sigue siendo el país de origen de la mayoría un 94,1% respecto a un 4,8% del África subsahariana y un 1,1% otros (países del Este-Sudamérica). Los años de estancia en nuestro país era de un año en el 26,4%. Respecto al diagnóstico la patología más frecuente es el dolor osteomuscular, cefalea y dolor abdominal inespecífico con el 12,2%; 8,5% y 8,5% respectivamente siendo derivados en más del 90% a su domicilio o A. Primaria.

Conclusiones: 1.º La inmigración que seguimos recibiendo es fundamentalmente marroquí, de sexo masculino, con una edad comprendida entre los 15-45 años, con una proporción alta de posesión de tarjeta. 2.º A pesar de que la estancia media en nuestro país es de un año, sigue siendo el medio hospitalario el primer punto de contacto del paciente inmigrante con el sistema de salud. 3.º Concienciación por parte de los profesionales de la salud a la población inmi-



grante de que el acceso al Sistema de Salud debe realizarse desde A. Primaria ya que será un beneficio para todos y permitirá una mejor atención integral al inmigrante.

21-P

MUJER HIPERTENSA Y RIESGO VASCULAR

VARGAS ORTEGA DA, PARRILLA RUIZ F, CÁRDENAS CRUZ DP, MARTÍNEZ CABEZAS SM, ISSA KHOZOUZ Z, VILLAREJO MACHADO A.

Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Objetivos: Descripción de la mujer hipertensa, identificación de factores de riesgo vascular, cuantificación de dicho riesgo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 280 historias clínicas de mujeres hipertensas ambulatorias seleccionadas aleatoriamente, utilizando datos clínicos, de laboratorio, y exploraciones complementarias realizadas en la primera visita. Se ha realizado un estudio descriptivo en el cual se han utilizado medidas de tendencia central así como de dispersión para variables cuantitativas y tablas de frecuencia para variables cualitativas.

Resultados: La edad media de las mujeres era de 55,37 años, casadas 75,5%, estudios primarios el 82,3%. El 62% derivadas de A. Primaria, presentando cefalea como único síntoma el 32% a pesar de tratamiento antihipertensivo previo. La media de la antigüedad de la hipertensión en la primera consulta a nuestro servicio era de 89,32 meses. El 56,2% en algún momento han presentado una crisis hipertensiva. Además de la utilización de los antihipertensivos más frecuentes se observó que un 16,2% tomaban ansiolíticos, un 21,5% ACO. La media de la PAS 163,64 y la PAD 95,40 con una presión del pulso media 66,75. El 95,6% es sedentaria, 98,2% consumidora de sal, 29,4% consume café, 8,8% bebedora habitual, 10,8% fumadora. La media del IMC es del 31,00. Respecto a la patología concomitante se observó incidencia de diabetes e intolerancia a la glucosa e hiperinsulinemia de 18,5%; 10,1%; 14% respectivamente así como hiperlipemia en el 27,8%. El 62,3% presentaban una HTA grado I y el 26,3% una HTA grado II. El riesgo vascular se-

gún tablas Framingham: moderado 32,4%; alto 14,1%; muy alto 2,5%.

Conclusiones: 1.º A pesar de la supuesta protección vascular del sexo femenino observamos que un porcentaje alto presenta un riesgo vascular moderado-alto para presentar un evento vascular. 2.º Desde A. Primaria prestar especial atención en los estilos de vida y hábitos dietéticos así como a la importante patología concomitante de nuestras mujeres hipertensas, posiblemente una asignatura pendiente. 3.º Importancia fundamental en la asociación de medidas farmacológicas y no farmacológicas para una buena evolución y pronóstico de la enfermedad hipertensiva.

22-P

EL INMIGRANTE AFRICANO Y LA ATENCIÓN PRIMARIA: UN CENTRO DE SALUD DEL PONIENTE ALMERIENSE

VARGAS ORTEGA D, JORGE PUERTO N, SOLER NÚÑEZ M, MORALES GARCÍA V, PARRILLA RUIZ F, DUARTE CARAZO A.

Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Objetivos: Perfil clínico-social del paciente inmigrante africano en Atención Primaria, conocer su grado de adaptación al sistema sanitario, observar las diferencias si las hubiera con el inmigrante usuario del servicio de urgencias hospitalarios.

Material y métodos: Se han seleccionado aleatoriamente 100 inmigrantes africanos usuarios del centro de Atención Primaria de La Mojenera (Almería), utilizando tanto datos clínicos como administrativos. Se ha realizado un estudio descriptivo de dicha población mediante medidas de tendencia central y tablas de frecuencia según el carácter de la variable y posteriormente un análisis estadístico utilizando test de chi-cuadrado y T-de student en función de las variables objeto de estudio.

Resultados: El 52,5% de la población procedía del África Subsahariana y sólo el 12,5% procedía de Marruecos, el 73,8% son varones y el 87,5% su edad está comprendida entre los 15-45 años; mencionar que los mayores de 65 años suponen el 6,3% de la población inmigrante, el 42,5% su

tiempo medio de estancia en España es de 1-3 años y el 37,5% más de 3 años; reseñar que el 92,5% poseían tarjeta sanitaria. Respecto a los motivos de consulta más frecuentes el 20% acudieron por problemas administrativos (Incapacidad Temporal, recetas...), el 15% por algias musculares y el 13,8% por síndromes gripales, catarros de vías altas; sólo el 7,5% necesitaron derivación hospitalaria. Por sexos destacar que el 23,7% de los varones acudieron a solventar problemas administrativos y en el 16,9% por algias musculares, en cambio las mujeres el 19,2% consultas relacionadas con el embarazo y el 14,2% por infecciones respiratorias.

Conclusiones: 1.º La población inmigrante africana usuaria de los servicios en Atención Primaria es mayoritariamente masculina con una edad comprendida entre 15-45 años, procedente del Africa Subsahariana, con una edad de estancia media en nuestro país de más de un año y más del 90% poseen tarjeta sanitaria. 2.º Destacar el sensible aumento de los mayores de 65 años residentes enfrentándonos a una patología geriátrica en muchos casos diferente a la que estamos acostumbrados. 3.º En general al aumentar el tiempo de estancia en nuestro país tienen un mejor conocimiento y en consecuencia un mejor uso y aprovechamiento de los recursos sanitarios.

23-P

DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A CONSULTA DE NEUMOLOGÍA

VARGAS ORTEGA DA, ORTEGA MARTOS F, SOLER NÚÑEZ M, PARRILLA RUIZ F, ISSA KHOZOUZ Z, CÁRDENAS CRUZ A.

Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Objetivos: Conocer el perfil clínico del paciente derivado desde A. Primaria a Neumología y valoración de la calidad de dicha derivación.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 115 historias clínicas del periodo comprendido entre el 1-11-2001 a 1-12-2001, recopilando datos clínicos y administrativos de los pacientes derivados. Se ha realizado un estudio descriptivo en el cual se han

utilizado medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y tablas de frecuencia para variables cualitativas.

Resultados: El 65,3% era población masculina, la edad media de la población era de 53,3 años, el 28,7% eran trabajadores del campo o tareas asociadas con la agricultura seguido por el colectivo de pensionistas y trabajadores por cuenta ajena con un 26,1% y 22,6% respectivamente. El 42,6% de los pacientes en el motivo de la derivación eran fumadores y un 15,7% exfumadores y el 49,6% presentaba patología respiratoria previa a la derivación. Analizando los motivos de la derivación observamos que la inmensa mayoría de los pacientes (84,4%) fueron derivados para valoración y diagnóstico por atención especializada y revisión de patología subyacente en un 54,8% y 29,6% respectivamente; otras causas de derivación fueron renovación de O2 domiciliario, realización de pruebas funcionales, etc. El 86,1% de los pacientes acudieron a consulta especializada sin ninguna prueba complementaria realizada desde A. Primaria. Analizando los diagnósticos de presunción en la primera consulta los más frecuentes fueron asma, EPOC y SAOS con un 20%, 17,4%, 15,7% respectivamente. Reseñar que el 21,7% de las derivaciones no eran subsidiarias de atención especializada neumológica, de hecho el 3,5% fueron derivadas a alergología, el 4,3% a otorrinolaringología y el 7% a otras consultas especializadas. El 37,4% fueron derivadas nuevamente a A. Primaria tras un acto único especializado y un 47% fueron pacientes que necesitaron revisiones sucesivas por parte de neumología.

Conclusiones: 1.º El perfil del paciente que requiere atención especializada neumológica sigue siendo varón de edad media de 53 años fumador a pesar de tener patologías respiratorias subyacentes. 2.º Reseñar la importancia de la realización de pruebas complementarias básicas desde A. Primaria a la hora de derivar al paciente a consulta especializadas (Rx de tórax, hemograma, bioquímica). 3.º En general la calidad de las derivaciones es buena, pero es necesario la sensibilización desde A. Primaria para poder mejorar ciertos aspectos de la misma como por ejemplo una completa información en los pases, realización de pruebas complementarias básicas y orientación de la derivación.



24-P

URGENCIA NO HOSPITALARIA: MOTIVO DE CONSULTA MÁS FRECUENTE EN UNIDADES DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

PARRILLA RUIZ F, CÁRDENAS CRUZ DP, VARGAS ORTEGA D,
MARTÍNEZ CABEZAS SM, PARRILLA RUIZ E, CÁRDENAS CRUZ A.

Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Introducción: En la Unidad de Urgencias de la Empresa Pública Hospital de Poniente de Almería existe un Sistema de Priorización (Clasificación) de los Motivos de Consulta en Urgencias atendiendo a un sistema de diseño propio de estandarización de la Gravedad. Este sistema establece tres niveles de gravedad: –Prioridad 1: Emergencia sanitaria; Atención inmediata. –Prioridad 2: Urgencia hospitalaria; Atención media de 45 minutos. –Prioridad 3: Urgencia no hospitalaria; Atención en consulta de atención rápida.

Objetivos: Analizar los resultados cualitativos del sistema de priorización y determinar la prioridad más frecuente en la Unidad de Urgencias hospitalaria como objetivo principal, así como el origen de la asistencia y su índice de resolución como objetivo secundario.

Material y metodología: *Diseño:* Estudio descriptivo transversal. *Período de reclutamiento:* durante un período de un mes (agosto-01). *Ámbito del estudio:* Unidad de Urgencias de la Empresa Pública Hospital de Poniente de Almería. *Sujetos:* Pacientes que consultan en la Unidad de Urgencias durante el período de reclutamiento.

Mediciones: Se cuantificó y clasificó a todos los usuarios según el sistema de priorización (Prioridad 1, 2, 3), se recogió el origen de su asistencia (empresa Pública de Emergencias Sanitarias, Atención Primaria, Consultas externas, Otros Hospitales, Otros motivos, Policía local, Propia iniciativa, Urgencias de Atención Primaria) y el índice de resolución (alta voluntaria, Atención Primaria, Consultas externas, Ingreso, Traslados a otros hospitales, Exitus).

Resultados: En el periodo de estudio acudieron a la Unidad de Urgencias 9175 usuarios que se distribuyeron según el sistema de priorización en: Prioridad 1; 53 usuarios (0,57%), Prioridad 2; 2668 (29,07%),

Prioridad 3; 6454 (70,34%). Los usuarios accedieron a nuestra Unidad de Urgencias hospitalaria: Iniciativa Propia; 8049 (87,73%) usuarios, mediante Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, Atención Primaria y Urgencias Atención Primaria accedieron 807 (8,8%) de los usuarios y a través de policía, otro hospital, otros motivos; 318 (3,47%). El destino del paciente una vez finalizada su asistencia en urgencias (índice de resolución): Alta voluntaria 1,81%, Atención Primaria 33,15%, Consultas externas 3,72%, Domicilio 52,35%, Éxito 0,07%, Ingreso 6,53%, Traslados 0,38%.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes que acuden a Urgencias Hospitalarias lo hacen por iniciativa propia sin pasar por los sistemas de clasificación de los puntos de Urgencias Extrahospitalarios transmitiendo esta función a las urgencias hospitalarias, suelen presentar una patología banal (prioridad 3; Urgencia no hospitalaria) y tras finalizar su asistencia mayoritariamente se deriva a su domicilio.

25-P

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA LOS SÁBADOS EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

GUTIÉRREZ HERNÁNDEZ AA, FUENTES GALINDO MI, MORALES
RODRÍGUEZ Z, APARICIO PARRADO C, ALFONSO PÉREZ A.

Santa Cruz de Tenerife.

Los sábados de 09:00 a 17:00 horas se oferta una atención sanitaria diferenciada, cubierta por dos facultativos y dos enfermeras, no necesariamente los profesionales que han elegido los usuarios; sin cita previa y sin Historia Clínica.

Nos planteamos conocer las características de esta asistencia en una Zona Básica de Salud que abarca una población de 29.885 habitantes, repartida en tres municipios, de ámbito rural.

Realizamos un estudio descriptivo transversal de los 3.540 usuarios registrados desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2001 con los siguientes datos: fecha, documentación, sexo, edad, profesional al que acuden, hora, domicilio, motivo de atención sanitaria y

si ha precisado parte judicial o derivación hospitalaria.

Los resultados obtenidos reflejan que el 95% acuden con su Tarjeta Sanitaria, sin diferencias por sexos, siendo el 33,6% menores de 21 años (21,8% hasta 10 años) y solicitando atención médica el 70,7%. De 09:00 a 12:00 horas se concentra la mayor demanda, procedente principalmente del municipio en que se ubica físicamente el Centro de Salud. Precisaron parte judicial 19 usuarios y se realizaron 111 derivaciones hospitalarias. La patología osteoarticular supone la principal causa de atención médica y las curas e inyectables de enfermería.

Concluimos que es necesario añadir un pediatra al grupo facultativo y mejorar la dotación de medios diagnósticos (radiología y laboratorio) para lograr una mayor resolución y disminuir las derivaciones hospitalarias.

Palabras clave: Zona Básica de Salud. Usuarios. Sábados.

27-P

RIESGOS LABORALES EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

GUTIÉRREZ HERNÁNDEZ AA, FUENTES GALINDO MI, ALFONSO PÉREZ A, GÓMEZ JORGE JP.

Santa Cruz de Tenerife.

La paulatina incorporación de servicios tradicionalmente hospitalarios a la Atención Primaria ha generado mecanismos de adaptación de espacios en los Centros de Salud. ¿Cómo afecta esto a los trabajadores de estas Unidades?

Se realizó un estudio descriptivo transversal a través de 37 encuestas de autoevaluación (check-list) diseñadas por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, a los cinco trabajadores (1 Rehabilitador, 3 Fisioterapeutas y 1 Auxiliar de Clínica). Cuantifica los riesgos existentes para su salud en una Unidad de Rehabilitación ubicada en un Centro de Salud, en el área general y particular de trabajo, los factores ambientales (iluminación, ambiente térmico, ruido y ventilación), carga física y mental, ámbito de

trabajo y trabajos con Pantallas de Visualización de Datos (PVDs). Se valoran los Niveles de Probabilidad de Riesgo (N.P.R.) para cada check-list en Bajo, Medio, Alto y Muy Alto.

Todos los trabajadores coinciden (100% Alto-Muy Alto) en la percepción de riesgos relacionados con la carga física y mental así como el ámbito de trabajo. Destaca también el alto nivel de ruido, las deficiencias del área particular del puesto de trabajo y en el uso de PVDs.

De lo expuesto se concluye que podrían minimizarse los riesgos adecuando el diseño de los espacios a las características específicas de estas Unidades, que por otra parte disminuiría la aparición del síndrome de burn-out.

Palabras clave: Riesgos Laborales. Rehabilitación. Check-list.

35-P

TRATAMIENTO Y CONTROL EN DIABÉTICOS TIPO 2

ARMENTEROS DELGADO Y, MORALES MOGA AF, ZEROLO ANDREY FJ, GÁLVEZ GUERRERO F, PERALTA PRIETO G, VICO RAMÍREZ F.

Centro de Salud de Mancha Real. Jaén.

Objetivo: Relacionar el control metabólico con el tratamiento recibido en los diabéticos tipo 2 de dos cupos de Atención Primaria.

Material y Métodos: *Diseño:* Estudio descriptivo. *Ámbito de estudio:* Centro de Salud rural. *Sujetos:* Todos los diabéticos tipo 2 incluidos en programa pertenecientes a dos cupos de Atención Primaria.

Mediciones: Obtención de datos de la historia informática de caracterización, hemoglobina glucosilada y tratamientos prescritos.

Resultados: 182 diabéticos, Edad media 68 (EE:1), varones 39%, mujeres 61%, IMC <25: 9%, Riesgo vascular >20: 34%, HbA1c > 7,5: 32%. El 97% tienen tratamiento farmacológico: con cualquier tipo de insulina 26%, meglitinidas 10%, inhibidores alfa-glucosidasa 11%, biguanidas 12%, sulfonilureas 30%. Con HbA1c <6,5: Tratados sólo con dieta 90%, con insu-



lina+antidiabéticos orales 1%, antidiabéticos sólo 49%, sólo insulina 14%.

Conclusiones: Nuestros diabéticos tipo 2 son predominantemente mujeres de edad avanzada, obesos, con buen control metabólico, mejor controlados los varones y los tratados sólo con dieta, seguidos de los tratados con insulina y antidiabéticos orales, los tratados sólo con antidiabéticos orales y los peor controlados los tratados en exclusiva por metiglinidas.

Se hace necesario analizar otras posibles combinaciones pero en nuestra población el número de casos impide sacar conclusiones.

Palabras clave: Diabetes Mellitus. Control metabólico. Tratamiento.

36-P

SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA DE CONTROL DE EMBARAZO EN PRIMARIA VERSUS ESPECIALIZADA

ZEROLO ANDREY FJ, VICO RAMÍREZ F, GÁLVEZ GUERRERO F, HERRERA SERENA MP, MORENO JIMÉNEZ MA, BENITEZ GARCÍA A.

Centro de Salud de Mancha Real. Jaén.

Objetivo: Comparar la satisfacción por la atención recibida en el Centro de Salud y en el Hospital de las embarazadas incluidas en Programa durante los años 2000-2001 y valorar la incorporación de una Matrona al Programa.

Material y métodos: *Diseño:* Estudio descriptivo. *Ámbito de Estudio:* Centro de Salud rural. *Sujetos:* Todas las mujeres incluidas en Programa de Control Embarazo durante los años 2000-2001. *Mediciones:* Encuesta telefónica utilizando cuestionario validado de 25 preguntas, incluyendo datos de caracterización y satisfacción con la atención recibida.

Resultados: Edad media 30,1(EE:0,5), primíparas 51,6%, con un hijo 37%, estudios primarios 50%, universitarias 34%, simultanearon asistencia pública y privada 34%.

Buena opinión de la organización del Programa en el Centro (89,3%), en Hospital (82%). Significación estadística ($p < 0,05$) respecto al trato en Hospital (dis-

tante 30,4% y en el Centro 8,9%). Información inadecuada recibida en Hospital -39,3%- y en el Centro (19,6%). Tiempo con el médico inadecuado -26,8% en el Hospital y 19,6% en el Centro-. Poco respeto intimidad 26,8% Hospital y 19,6% en el Centro. Tiempo con la Matrona en el Centro adecuado en un 96,4%, trato agradable en 91%, Respeto intimidad Matrona 89,3%. Consideran oportuna la incorporación de la Matrona al Programa el 87,7%.

Conclusiones: Se mantienen las diferencias encontradas en el año 2000 en todas las preguntas pero aumenta la insatisfacción de las encuestadas con el tiempo dedicado en el Centro de Salud y disminuye la insatisfacción en Hospital. La incorporación de la matrona es muy valorada.

37-P

CUMPLIMENTACIÓN TERAPÉUTICA EN HTA

ÁLVAREZ MARTÍN G, LINERO VÁZQUEZ F, MARTÍN MUÑOZ S, SÁNCHEZ FERNÁNDEZ JL, ARIZA CHANA AI, LILLO PRIETO MM.

Málaga.

Objetivos: 1.º Valorar el grado de observancia terapéutica farmacológica en pacientes con HTA leve o moderada tratados con doxazosina de liberación modificada a largo plazo y controlados desde Atención Primaria. 2.º Relacionar el cumplimiento terapéutico con el grado de control de las cifras de tensión arterial durante el periodo de estudio.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional y prospectivo con una duración de seis meses, para valorar el cumplimiento terapéutico de pacientes hipertensos. La muestra es de 60 pacientes elegidos al azar entre los hipertensos que acuden a consulta. El grado de cumplimiento terapéutico se determinó mediante el test de Morisky y Green y el tratamiento prescrito (nº de comprimidos recetados) durante el periodo de estudio. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS 10.0.2. En el descriptivo se utilizaron medidas de tendencia central, con un IC al 95% para las medias. La TA sistólica y diastólica se comparó mediante la prueba t para datos apareados. Para la comparación del cumplimiento terapéutico antes y después del tratamiento se utilizó un test de ji cuadrado.

Resultados: En los cumplidores se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la PAS a los 6 meses de tratamiento y la PAS basal ($d=26,14$; IC 95% 20,10-32,18; $t=9,000$; $p<0,001$). De igual forma, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la PAD a los 6 meses de tratamiento y la PAD basal ($d=12,73$; IC 95% 9,69-15,77; $t=8,710$; $p<0,001$).

En los no cumplidores no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la PAS a los 6 meses de tratamiento y la PAS basal ($d=18,33$; IC 95% $-7,52-44,19$; $t=3,051$; $p=0,093.001$). De igual forma, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la PAD a los 6 meses de tratamiento y la PAD basal ($d=5,0$; IC 95% $-16,51-26,51$; $t=1,000$; $p=0,423$).

Conclusiones: 1.º Los pacientes Buenos Cumplidores según el test de Morisky-Green, tras 6 meses de tratamiento presentaron un descenso medio en la PAS de 26,14 mm Hg y en la PAD de 12,73 mm Hg. 2.º Los pacientes Malos Cumplidores según el test de Morisky-Green, tras 6 meses de tratamiento, presentaron un descenso medio en la PAS de 18,33 mm Hg y en la PAD de 5,0 mm Hg. Estos descensos fueron inferiores a los de los buenos cumplidores y a los de la muestra total y además fueron estadísticamente no significativos.

Palabras clave: Cumplimentación terapéutica. Test de Morisky y Green.

40-P

POLIMORFISMO DEL GEN 5,10-METILENOTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA Y NIVELES DE HOMOCISTEINA PLASMÁTICA EN UNA MUESTRA REPRESENTATIVA DE UNA POBLACIÓN MEDITERRÁNEA

CERUELO CARO S*, MURPHY M**, FERNÁNDEZ-BALLART J**, CUCÓ PASTOR G**, QUÍLEZ CASTÁN Y*, VELARDE LÓPEZ AM*.

*Institut Català de la Salut, Centro de Atención Primaria El Morell, Tarragona. **Unidad de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Rovira i Virgili, Reus, Tarragona.

Introducción: Estudios recientes indican que los niveles de Homocisteína Plasmática Total (tHcy) constituyen un factor de riesgo cardiovascular independiente.

La mutación 677C→T en el gen que codifica la enzima 5,10-MetilenoTetraHidroFolato Reductasa (MTHFR) influye decisivamente en los niveles de tHcy.

Objetivos: 1. Estimar la frecuencia de las variantes del gen 5,10-MTHFR y los niveles de tHcy en una muestra representativa de una población general del área mediterránea. 2. Analizar la relación de las variantes del gen 5,10-MTHFR con los niveles de tHcy ajustando por edad, sexo, consumo de tabaco y alcohol.

Material y métodos: Estudio observacional-transversal de 409 individuos de dos municipios de Tarragona (El Morell y La Pobla de Mafumet) entre Febrero de 1999 y Junio de 2000 seleccionados mediante un muestreo aleatorio simple de los padrones municipales. Se determinó en cada individuo la variante genética del polimorfismo 677C→T en el gen de la 5,10-MTHFR mediante la reacción en cadena de la polimerasa con digestión enzimática específica y el nivel de tHcy mediante inmuno-ensayo de polarización fluorescente. Los datos se han analizado mediante regresión lineal múltiple utilizando el paquete estadístico SPSS 10.0.

Resultados: De los 409 individuos incluidos en el estudio, el 51,1% son hombres. La frecuencia de las distintas variantes del polimorfismo de la MTHFR fue: CC (normal): 39,4%, CT (heterocigoto): 45,5% y TT (homocigoto): 15,2%. La media geométrica de la tHcy ($\mu\text{mol/l}$) para los distintos polimorfismos fue: CC: 8,50 (IC al 95%: 8,14-8,86), CT: 8,77 (IC al 95%: 8,45-9,11), TT: 10,68 (IC al 95%: 9,75-11,71). En relación a los individuos CC, la tHcy media ($\mu\text{mol/l}$) ajustado por edad, sexo, consumo de tabaco y consumo de alcohol fue 0,22 $\mu\text{mol/l}$ (IC al 95%: $-0,41-0,84$, $p=0,494$) más elevada en los CT y 2,46 $\mu\text{mol/l}$ (IC al 95%: 1,59-3,32, $p<0,001$) más elevada en los individuos TT.

Conclusiones: 1. La prevalencia de las diferentes variantes del polimorfismo de la MTHFR en nuestra población es similar a la de otros países de nuestro entorno. 2. Los niveles de tHcy plasmática fueron significativamente más elevados en los individuos TT que en los CC.

Palabras clave: Homocisteína plasmática. 5-10-MTHFR. Riesgo cardiovascular.



41-P

CIRUGÍA MENOR EN EL MEDIO RURAL. EXPERIENCIA Y ACEPTABILIDAD

NEGRILLO VILLALÓN M, GONZÁLEZ GARCÍA M, GRACIANO NIETO MJ, MARTÍNEZ POUSA M, BENÍTEZ MOYANO A, PÉREZ NEBREA F.

Málaga.

Objetivos: Descubrir la cirugía menor realizada en el medio rural, tras un año de implantación y su aceptabilidad en la población.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Centro de Salud rural que abarca 4 médicos (Alameda, Molina, Humilladero y F. Piedra). El equipo está compuesto por 1 médico, 1 ATS y 1 auxiliar de clínica. Mediciones: Enero a Diciembre 2001. Frecuencia de variables.

Resultados: Se realizaron 232 intervenciones: 45,7% varones y 54,3% mujeres. Por ciudades: Alameda 29,3%; FP 8,6%; Humilladero 26,7%; Molina 35,3%. AP: 29,7%. No AP: 70,3%. Edad: media 4,6 años; moda 56.

Procesos: 22,8% nevus, 19,8% verrugas, 9,1% infiltraciones, 12,5% fibromas, 7,8% quiste sebáceo.

Conclusiones: Tras 1 año alta aceptabilidad y forma parte de la cartera de servicios.

43-P

RESULTADOS DE LA DENSITOMETRÍA REALIZADA A PACIENTES DE CUATRO CENTROS DE SALUD

GONZÁLEZ MARTÍN CT*, ENCINOSO SÁNCHEZ CA**, FARIÑA PACHECO S***, DÍAZ LUIS MC****, DOMÍNGUEZ PÉREZ JA****.

*Centro de Salud La Vera-Puerto de la Cruz. ** Centro de Salud Los Silos. ***Centro de Salud Icod de los Vinos. ****Centro de Salud La Guancha. Santa Cruz de Tenerife.

En la osteoporosis existe disminución de la masa ósea y alteración de su microarquitectura, que conlleva un aumento de la fragilidad del hueso y del riesgo de fractura.

El objetivo del trabajo fue conocer la prevalencia de osteoporosis entre los usuarios de cinco cupos de cuatro Centros de Salud (CS).

El muestreo fue aleatorio estratificado entre los pacientes que cumplían criterios de inclusión, según protocolo establecido. A cada paciente se le realizó una densitometría utilizando un DEXA de baja radiación, modelo Lunar-Pixi 51064, en calcáneo izquierdo.

Variables recogidas: edad, sexo, CS, motivo de inclusión y valores de T-score. Los datos se analizaron con el SPSS (estadística descriptiva).

El 92,6% fueron mujeres, el 7,4% hombres, con una media de edad de $59,08 \pm 12,31$ años. El motivo de inclusión fue: menopausia 31,6% de los casos, evidencia radiológica de osteopenia 14,7%, diabetes de larga evolución 13,7%, y tratamiento prolongado con corticoides 9,5%. La densitometría fue normal en el 65,3% de los casos, se evidenció osteopenia en el 22,1% y osteoporosis en el 12,6%. En los casos de menopausia, sólo encontramos osteoporosis en el 6,6% de los mismos.

No encontramos diferencias significativas en cuanto a los motivos de inclusión entre los 5 cupos, pero sí en cuanto a los casos de osteoporosis (25% de los casos en uno de los CS, frente a un 5,4%, 6,7% y 17,4% en los otros tres).

Pensamos que los datos obtenidos plantean la necesidad de diseñar un estudio que contemple otras variables que hayan podido influir en los resultados.

Palabras clave: Osteoporosis. Densitometría. Menopausia.

44-P

ANÁLISIS DE SISTEMAS DE REGISTROS EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARTÍN ARRATE ML, DEL ROSARIO MELIAN JM, GODOY GARCÍA I, LORENZO RODRÍGUEZ F, PÉREZ RIZO M, PEÑA NAVAIS A.

Tenerife.

Objetivo: Estudio multifactorial de cinco Zonas de Salud de Tenerife para identificar causas de subregistros en Atención Primaria y buscar posibles soluciones.

Metodología: De los sistemas de registros utilizados hemos elegido: Enfermedades Declaración Obligatoria

(EDO), tétanos, Historial, y Hoja diaria consulta. Se reco-pilan en cada Centro los datos y analizamos resultados.

Resultados: Registro de vacunación antitetánica: 31,91%. Notificación de EDO: 47,66%. Hoja diaria de consulta: media de cumplimentación de 89% asistencia a consulta y 31,1% no asistenci, 25,77% inclusión y 10% exclusión código de programas, 21% riesgo cardiovascular. 19,75% HbA1c, 31,8% EDO, 11,25% apertura historia. Registro historia clínica: Media resultante de: 23% enfermedad cardiovascular establecida, 18% perfil de riesgo cardiovascular, 16% actividades preventivas.

Conclusiones: Confirmada nuestra hipótesis de trabajo debemos sistematizar los registros con una dinámica de trabajo ordenada y continua en nuestra actividad asistencial. El Equipo de Atención Primaria debe reforzar habilidades de trabajo que permitan mejorar estos aspectos. Los técnicos de salud deberían simplificar los sistemas de registros para disminuir la burocratización en las actividades diarias. De esta manera minimizamos las actitudes reticentes que pudieran presentar los profesionales. De los resultados obtenidos podríamos generar nuevas líneas de investigación sobre la calidad de nuestro trabajo: ¿Infrutilizamos los datos? ¿Responden los registros a las necesidades de los usuarios? ¿Hay suficientes líneas de investigación epidemiológicas sobre este tema? Un buen Sistema de Registros es base del desarrollo de programas y estrategias en el campo de la Salud.

47-P

PROPUESTA PARA VALIDAR LOS MEDIDORES DE GLUCEMIA CAPILAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

IGEA ARISQUETA F, GARMENDIA LEIZA JR, FERNÁNDEZ ALTAMIRA A.
Centro de Salud Jardinillos. Palencia.

Objetivo: Evaluar el sistema de validación de tres medidores de glucemia capilar (R1: Medisense Precision Q+I+D; R2: Glucometer élite; R3: Accutrend sensor) en base a su precisión, validez y correlación de valores con el laboratorio.

Metodología: Estudio longitudinal prospectivo controlado, con distribución aleatoria según rango de glucemia (hipo, normo e hiperglucemia). 141 sujetos asignados al azar para extracción analítica entre el 19 de

agosto y el 9 de septiembre de 1996. Análisis de glucemia en plasma en nuestro laboratorio de referencia (Hospital Río Carrión de Palencia) utilizando simultáneamente tres gotas de sangre entera para el análisis de glucemia mediante los medidores a estudio.

Resultados: Los coeficientes de variación son <5%. Existen diferencias significativas en los medidores R1 y R2. Los coeficientes de correlación entre medidores y glucemias de laboratorio son >0,90. Ecuaciones de regresión con pendientes distintas y puntos de corte distintos de cero.

Conclusiones: Se objetiva una buena precisión en los tres medidores. Hay diferencias significativas en dos de ellos (R1 y R2) con respecto a su validez al compararlos con los valores de glucemia plasmática de nuestro laboratorio de referencia.

La correlación entre medidores y glucemia plasmática es fuertemente positiva pero no permite establecer una ley de regresión estadísticamente significativa. Por tanto y desde el punto de vista del modelo de regresión matemática, ninguno de los tres puede utilizarse como predictivo de la glucemia plasmática de nuestro laboratorio.

Palabras clave: Glucemia capilar. Medición. Atención primaria.

48-P

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABÉTICOS TIPO 2: SEGÚN EL FACTOR ¿DIFERENTE TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO?

CÁRDENAS VIEDMA S, RODRÍGUEZ MORENO S, MARESCA BERMEJO E, LÓPEZ DE LA TORRE CASARES M, LÓPEZ DE HIERRO RUIZ JA, PEÑA SÁNCHEZ M.

Granada.

Objetivos: Valorar la relación entre el perfil de riesgo cardiovascular y la elección de fármacos antihipertensivos en el paciente diabético tipo 2 hipertenso derivado a una consulta especializada.

Metodología: Estudio transversal, descriptivo, llevado a cabo en 141 pacientes DM2 hipertensos, derivados desde atención primaria a una consulta de endocrinología durante un año. Los datos recogidos fueron



edad, peso, talla, tensión arterial, dislipemia y tratamiento antihipertensivo prescrito. Para el análisis hemos usado medidas descriptivas y tablas de contingencia resueltas mediante el test Chi-cuadrado.

Resultados: De los 287 pacientes derivados por DM2, 141 (49,1%) eran hipertensos. De estos, el 57,44% eran ≥ 65 años, el 9,22% eran fumadores, dislipémicos el 35,46% y 58,6% obesos. Comparada la prescripción de fármacos en pacientes mayores de 65 años con los demás, observamos cómo la edad avanzada se acompaña de un aumento significativo ($p < 0,05$) en la utilización de IECAs (28,39% *versus* 20%) seguido de diuréticos. En este grupo, los fármacos menos prescritos fueron los alfabloqueantes (3,70%).

Agrupados los pacientes en función de presencia o no de dislipemia, los fármacos más usados en dislipémicos fueron los diuréticos (24% *versus* 19,78%) ($p < 0,05$) y los menos prescritos los calcioantagonistas, alfa y beta-bloqueantes: 12% en los tres subgrupos. Los más usados en obesos son los diuréticos (27,39% *versus* 15,51%). Los menos, los beta-bloqueantes (4,1%).

Conclusiones: En nuestra muestra observamos que los factores de riesgo cardiovascular condiciona la prescripción de determinados antihipertensivos. El tratamiento a pacientes ≥ 65 años sigue las recomendaciones de las guías clínicas, no siendo así en dislipémicos.

Palabras clave: Diabetes mellitus. Riesgo cardiovascular. Fármacos antihipertensivos.

50-P

GRADO DE CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES EN DIABÉTICOS TIPO 2 SEGÚN FACTORES DE RIESGO Y PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR

CÁRDENAS VIEDMA S, RODRÍGUEZ MORENO S, MARESCA BERMEJO E, LÓPEZ DE LA TORRE CASARES M, LÓPEZ DE HIERRO RUIZ JA, RUIZ VILLAVARDE G.

Granada.

Objetivos: Determinar el control de tensión arterial en diabéticos tipo 2 derivados desde atención primaria a una consulta de endocrinología según factores de riesgo y patología cardiovascular asociada.

Metodología: Estudio transversal, descriptivo, realizado sobre 287 pacientes diabéticos tipo 2 derivados a una consulta de endocrinología durante un año. Se recogió edad, sexo, IMC, media de dos determinaciones de tensión arterial (TA) en la misma visita, factores de riesgo cardiovascular, patología asociada, tratamiento antihipertensivo. Para el análisis hemos usado mediciones descriptivas y los test Chi cuadrado.

Resultados: El 23,8% de los pacientes tenían TA bien controlada ($TA \leq 130/85$). El 37,2% tenían un control aceptable (TAS entre 130-159 y TAD entre 85-99). El 39% presentaba un mal control tensional ($TA \geq 160/100$ mmHg). Los pacientes con enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca y ACV predominaban entre los pacientes bien controlados ($p < 0,05$) comparado con el grupo de mal control. Había mayor proporción de mayores de 65 años entre los que tenían un control aceptable y malo de la TA (41% y 37% respectivamente), que entre los de buen control (21%). También era mayor el de obesos y dislipemia en los grupos con aceptable y mal control en relación a los bien controlados.

Conclusiones: El porcentaje de pacientes con buen control tensional se encuentra lejano de las recomendaciones del VI JNC y OMS. Conforme aumenta el perfil de riesgo cardiovascular aumenta el control de TA, por contra, al aumentar la edad, la dislipemia y la obesidad empeora dicho control.

Palabras clave: Hipertensión arterial. Diabetes mellitus. Fármacos antihipertensivos.

56-P

UTILIDAD DE UNA TABLA DE PREDICCIÓN DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA A DIEZ AÑOS EN UNA MUESTRA DE PACIENTES HIPERTENSOS

CÁRDENAS VIEDMA S, MARESCA BERMEJO E, RODRÍGUEZ MORENO S, LÓPEZ DE HIERRO RUIZ JA, TORRES RODRÍGUEZ MM, SÁNCHEZ VILLEGAS P.

Granada.

Objetivos: Comparar la incidencia de eventos de cardiopatía isquémica producidos durante el periodo 1992 hasta la actualidad en una muestra de pacientes hipertensos, con la estimación del riesgo de cardiopatía isquémica (RCI) calculado hace diez años a la misma muestra.

Metodología: *Diseño del estudio:* Cohorte histórica. Se ha tomado una muestra aleatoria de 197 pacientes incluidos en programa de hipertensión del centro de salud. Se ha estimado el RCI existente hace diez años utilizando la tabla de predicción de cardiopatía isquémica por factores de riesgo de Kannel y D'Agostino (que considera sexo, edad, cifras de colesterol total, HDL-colesterol, tensión arterial sistólica, tabaquismo, diabetes mellitus e hipertrofia ventricular izquierda en el electrocardiograma). Los pacientes se han agrupado por cuartiles atendiendo al riesgo estimado. Se ha comparado la incidencia de cardiopatía isquémica en la muestra durante el periodo de 1992 a la actualidad con la incidencia estimada según la tabla en cada uno de los grupos de riesgo.

Resultados: Hemos obtenido una incidencia mayor que la esperada en todos los grupos, significativa ($p < 0,05$) en los dos primeros cuartiles (los de menor riesgo).

Conclusiones: En nuestra muestra, la tabla de predicción de cardiopatía isquémica de Kannel y D'Agostino proporciona una estimación de la incidencia de eventos isquémicos menor que la real. Esta diferencia podría deberse a algún factor de riesgo no tenido en cuenta por la tabla (genéticos, tensión arterial diastólica, etc.) o a modificaciones no controladas de los factores de riesgo previos al evento.

Palabras clave: Hipertensión arterial. Cardiopatía isquémica. Prevención. Factores de riesgo.

57-P

CONTROL DE LA ANTICOAGULACIÓN (ACO) EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

MULA N, CABALLERO PJ, LÓPEZ M, FRADUA M.
Madrid.

Introducción: La ACO es el mejor método preventivo de enfermedades tromboembólicas. La introducción del INR facilitó su manejo y control desde AP. Pretendemos evaluar el nivel de control de pacientes anticoagulados en AP.

Método: Se diseñó una tabla para datos demográficos (edad, sexo, estado civil, familiar, económico), clínicos (medicación, efectos secundarios) y de indica-

ción, inicio y seguimiento. Pacientes reclutados por 4 médicos de AP de una zona urbana de Madrid, Area 1 (distrito Vallecas), que contabilizaban un total de 6.867 pacientes, el 1% de los cuales (69) recibían tratamiento ACO.

Resultados: La edad media fue 71 ± 9 años, siendo la mayoría mujeres (59%). El 62% casados, vivían solos 12%. Se consideró que el 71% pertenecían a un nivel social medio-bajo. La principal indicación de ACO fue la fibrilación auricular (51%), seguida de las prótesis valvulares metálicas en un 14,5%. Sólo un paciente recibió warfarina, siendo el ACO universal el acenocumarol. No se observaron efectos secundarios en el 97% de los pacientes, aunque hay que destacar un ictus hemorrágico con secuelas. El 78% presentaron alteraciones en el INR que precisaron ajustar dosis. AP indicó la ACO en el 6% de los pacientes, iniciándola en el 12% de ellos.

Discusión/conclusión: A pesar de que desde la introducción del INR, el control mayoritario de los pacientes con ACO se realiza en AP (80%), solamente sentamos la indicación en el 6%, y la iniciamos en el 12%, siendo predominante el peso de la atención especializada en estos puntos.

69-P

EVALUACIÓN DEL CIRCUITO Y LA CALIDAD DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL EN EL MEDIO RURAL

FUSTERO FERNÁNDEZ MV*, EITO ARNAL A**, ROIG BARTOLOMÉ I**, BÁRCENA CAAMAÑO* M, CASANOVA RUIZ MP***.

*Médico, CS Cariñena (Zaragoza). **DUE, CS Cariñena (Zaragoza). ***Médico, CS Herrera de los Nava (Zaragoza).

Objetivos: 1. Conocer los tiempos reales y la complejidad del circuito que siguen las muestras de sangre extraídas tanto en el domicilio del paciente como en el centro de salud para su seguimiento y control. 2. Evaluar el grado de control terapéutico y las complicaciones en los pacientes con tratamiento anticoagulante oral (TAO).

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Población del estudio: el total de determinaciones de INR (International Normalized Ratio) realizadas durante el periodo de estudio (11 semanas) en dos Centros de



Salud rurales. Se realizó un diagrama de flujo para analizar el circuito del seguimiento del TAO. Se evaluó el grado de control de las determinaciones estudiadas y se calculó el número de complicaciones ocurridas a los pacientes en TAO. Se midió el tiempo que transcurría desde la extracción hasta el procesamiento de las muestras en el laboratorio y la influencia de esta variable en los resultados. Los datos se introdujeron y procesaron con Office 97 y sus programas Access y Excel.

Resultados: Se estudiaron 183 determinaciones de INR. El 47,54% estaban dentro del rango terapéutico propuesto, un 22,95% por encima y un 29,50% por debajo. El tiempo medio transcurrido desde la extracción hasta el procesamiento de las muestras en el laboratorio resultó ser de 184 minutos (DE 25). Se registraron ocho hemorragias menores, ninguna hemorragia mayor y un fracaso terapéutico (tromboembolismo).

Conclusiones: El grado de control terapéutico de los pacientes en TAO en nuestro medio se sitúa claramente por debajo de las recomendaciones actuales, por lo que es prioritario mejorarlo. El tiempo que transcurre en nuestros centros desde la extracción hasta el procesamiento de las muestras, está por encima de lo que sería deseable, aunque no ha influido en este caso en los resultados debemos tratar de reducirlo. Con la posibilidad de determinación del INR en sangre capilar sería factible conseguir un mejor control de los pacientes en TAO desde la Atención Primaria.

Palabras clave: Atención Primaria. Anticoagulación oral. Calidad.

71-P

LA AUTOMEDICIÓN DE LA GLUCEMIA SANGUÍNEA PODRÍA CONSTITUIR UNA MEJORA EN EL CONTROL DE LA DIABETES TIPO 2

LÓPEZ GARCÍA JM, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ MI.

Centro de Salud Rincón de la Victoria. Málaga.

Objetivo: Valorar la influencia de la automedición de la glucosa sanguínea capilar (AMGS) sobre el control glucémico y los factores de riesgo, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Metodología: Estudio observacional, analítico, de cohortes retrospectivo, realizado en un Centro de Salud semiurbano, con 24 pacientes diabéticos, de al menos 5 años de evolución, e hipertensos tratados con fármacos en ambas patologías, de los cuales 9 no utilizaron tiras reactivas para AMGS. El estudio se realizó con 11 varones y 13 mujeres de edades comprendidas entre 48 y 75 años, en los que se compararon los valores medios obtenidos del año 1999 con los del 2001, para las siguientes variables: peso, IMC, tensión arterial sistólica (TAS), tensión arterial diastólica (TAD), presión diferencial o presión de pulso (PD-se calculó restando la TAD de la TAS-), glucemia basal, hemoglobina glicosilada (HbA1C) y visitas a consulta de enfermería del programa de pacientes crónicos. También se recogieron los valores medios del año 2001 para el colesterol total (Col-t), LDL-colesterol (Col-ldl) y Hdl-colesterol (Col-hdl), triglicéridos (Trig) y se calculó el valor para el factor de riesgo cardiovascular a los 5,10 años y el riesgo relativo (FR5, FR10 y FRR, respectivamente).

Resultados: El peso medio al igual que el IMC fue mayor para el grupo que no utilizó tiras presentando un grado II de obesidad este último. La TAS y la PD, igualmente fueron en todos los casos mayor para el grupo que no utilizó AMGS, si bien en el caso de la TAD esto ocurrió de igual manera en el año 2001 pero fue a la inversa en el 1999. Las visitas a la consulta de enfermería dedicadas al seguimiento de pacientes crónicos fueron menos visitadas por el grupo que no usaba AMGS, así mismo los FR5, FR10, FRR, Col-t, Col-ldl y Trig también siguieron la misma tónica y fueron mayores en este grupo salvo el Col-hdl que presentó unos valores más bajos. La glucemia basal y la HbA1C se comportaron de forma similar, en el año 1999 siendo mayores en el grupo que usó AMGS y en el 2001 menores.

Conclusiones: Teniendo en cuenta la enorme limitación que supone el escaso número de observaciones que componen los grupos, y las que se derivan del tipo de estudio, nuestros resultados parecen señalar un beneficio en el control de la glucemia, así como una moderada disminución de los factores de riesgo. Esto nos hace pensar que posteriores estudios puedan señalar claramente la mejora que supone el uso de la AMGS en el manejo de la enfermedad.

Palabras claves: Diabetes tipo 2. Automedición de la glucosa sanguínea. Control glucémico.

74-P

¿CÓMO DIAGNOSTICAMOS A NUESTROS PACIENTES EN URGENCIAS?

PÉREZ SÁNCHEZ JC, SERRANO GUERRA FJ, BANDERA FLORIDO A, GARCÍA RODRÍGUEZ A, INGELMO MARTÍN J, GÓNZALEZ DELGADO R.

Centro de Salud Rincón de la Victoria. Málaga.

Objetivos: 1. Describir la población que acudió al servicio de urgencias de un centro de salud de Málaga en el año 2001 y las horas de máxima presión asistencial. 2. Conocer los códigos diagnósticos más empleados. 3. Porcentaje de pacientes al alta sin diagnóstico establecido.

Material y métodos: Estudio observacional transversal retrospectivo de 856 historias clínicas seleccionadas por aleatorización de pacientes que acudieron a urgencias del centro en el año 2001. Los datos han sido extraídos del programa TASS recogiendo las variables sexo, edad, código de diagnóstico principal y hora de llegada. Se procedió al análisis con el paquete estadístico SPSS. Se utilizan medidas de centralización y dispersión para variables continuas así como frecuencias y test de Chi-cuadrado para las categóricas.

Resultados: De los 856 historias revisadas no encontramos diferencias en cuanto al sexo (52% hombres, 47,2% mujeres). La edad media fue de 31,5±22,49, siendo la mediana de 28. En un 16,2% de los casos no aparece el diagnóstico de su patología. Hay una mayor afluencia (significación estadística) de pacientes en las horas diurnas. Los códigos más prevalentes fueron los que corresponden a patología respiratoria y locomotor sin que aparezca una diferencia significativa por sexo y edad.

Conclusiones: 1. La población que fue atendida en este punto de urgencias en el 2001 fue bastante homogénea en cuanto a edad y sexo. 2. Los códigos diagnósticos más empleados fueron los respiratorios y traumatológicos. 3. En un alto porcentaje de historias no queda reflejado el diagnóstico al alta.

Palabras clave: Atención Primaria. Urgencias. Códigos diagnósticos.

75-P

ESTUDIO DE LA RELACIÓN DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS EN PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CENTRO SALUD RINCÓN DE LA VICTORIA (MÁLAGA)

PÉREZ SÁNCHEZ JC, GONZÁLEZ DELGADO R, SERRANO GUERRA FJ, HORMIGO POZO A, GARCÍA RODRÍGUEZ A, BANDERA FLORIDO A.

Centro de Salud Rincón de la Victoria. Málaga.

Objetivo: Estudio de las historias de hipertensos del centro de salud para determinar la asociación de dicha patología a otras patologías contempladas en el programa de crónicos: D.M. Dislipemias, OCFA.

Material y métodos: El estudio ha sido realizado mediante un muestreo estratificado de los 10 médicos del centro sobre 2.998 historias de las 14.223 existentes actualmente en el mismo, estableciéndose una hoja de registro sobre la patología en estudio y la posible asociación a otros factores de patología crónica; analizando posteriormente el tratamiento farmacológico prescrito como terapia antihipertensiva.

Resultado y conclusiones: Del total de historias revisadas han deparado los siguientes resultados:

- N.º de historias correspondientes a hipertensos 681
- N.º de hipertensos sin otra patología reseñada 93 (13,6%)
- N.º de hipertensos con otras patologías reseñadas 588 (86,3%)

Del total de hipertensos que se asociaba a otras patologías (588) presentaban los siguientes datos:

HTA + Diabetes Mellitus	144 (24%)
HTA + Dislipemias	86 (14,6%)
HTA + Obstrucción crónica flujo aéreo	23 (3,9%)

El resto de patologías que se reseñaban en las hojas de listado de problemas no correspondían a factores de riesgo cardiovascular (osteoartrosis, ulcus duodenal, prostatismo, etc.) hasta un total de 147 diagnósticos. No se ha podido establecer la asociación HTA/tabaquismo ya que no es recogido como tal en la hoja de problemas, sino que viene incluido en la propia historia entre los hábitos.

De las historias de HTA se realizaron 2 muestreos estratificado de 60 cada uno de ellos con mecanismo de sustitución (total de ambas muestras =132) dando resultados homogéneos en cuanto a la variable prescripción farmacéutica y que describimos:



Pacientes en tratamiento con monoterapia:	87 (65,9%)
Pacientes en tratamiento con dos fármacos	42 (31,81%)
Pacientes en tratamiento con tres o más fármacos	3 (2,27%)

De los tratamientos en monoterapia 87 presentan los siguientes datos:

IECA	50 (57,47%)
DIURÉTICOS	13 (14,9%)
CALCIOANTAGONISTAS	16 (18,39%)
BETA-BLOQUEANTES	1 (1,14%)
ANTI-ANGIOTENSINA II	0
ALFA-BLOQUEANTES	7 (8,04%)

De los tratamientos con dos fármacos (42) lo que representa un total de 84 fármacos prescritos:

IECA	29 (34%)
DIURÉTICOS	18 (21,4%)
CALCIOANTAGONISTAS	20 (23,8%)
BETA-BLOQUEANTES	3 (0,36%)
ANTI-ANGIOTENSINA II	1 (0,12%)
ALFA-BLOQUEANTES	13 (15,4%)

De los tratamientos con 3 o más fármacos (3):

- 1 caso IECA + DIURETICO + CALCIOANTAGONISTA
- 1 caso ANTI ANGIOTENSINA II + DIURETICO + CALCIOANTAGONISTA
- 1 caso IECA + DIURETICO + ALFABLOQUEANTE

76-P

ESTUDIO DE CALIDAD DEL SUBPROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO EN LA ZONA BÁSICA RINCÓN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA

PÉREZ SÁNCHEZ JC, GONZÁLEZ DELGADO R, BACA OSORIO A, HORMIGO POZO A, SERRANO GUERRA FJ, GARCÍA RODRÍGUEZ A.

Centro de Salud Rincón de la Victoria. Málaga.

Objetivos: Conocer y evaluar las citologías con triple toma realizadas por los profesionales de la Zona Básica Rincón de la Victoria de Málaga.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo de las citologías vaginales realizadas en la Zona Básica Rincón de la Victoria que incluye el CS Rincón de la Victoria y los consultorios rurales de Cala del Moral, Moclinejo y Benagalbón. Dimensión estudiada: Calidad científico-técnica. Nivel-Unidades: Población: Mujeres incluidas en el subprograma de detección precoz cán-

cer de cuello de útero. Proveedores: médicos que realizan dicho subprograma. Período: Año 2001. Tipo de estudio: Descriptivo, longitudinal y retrospectivo. Tipo de datos: De proceso asistencial. Fuente: Hoja de petición de informe de citología que recoge el informe citológico. Los datos recogidos son: edad, validez del frotis, valoración hormonal, valoración citológica y valoración microbiológica.

Resultado y conclusiones: Se realizaron durante 2001 un total de 130 estudios citológicos, la media de edad de las mujeres fue de 30,33 años con un rango entre 15 y 55 años. En la validez del frotis: 3 citologías (2,30%) fueron consideradas adecuadas, 127 (97,7%) fueron aceptables y ninguna se incluyó en el apartado de no adecuado. En la valoración hormonal excepto en 2 casos que no consta en el informe el resto, es decir 128 (98,46%) fueron concordante del la edad de la Historia Clínica. La valoración citológica ofreció el siguiente resultado: 100 (76,92%) fueron normales, en 25 (19,23%) se apreciaron cambios reactivos, y 5 citologías (3,84%) fueron positivas, 4 con displasia leve (CIN 1) y una con displasia moderada (CIN 2). En la valoración microbiológica el resultado fue de 79 citologías presentaron bacterias con predominio de Döderlein (60,76%), predominio anaerobio mixto en 29 ocasiones (22,30%), predominio de cocos en 7 citologías (5,38%), y predominio de gardnerellas en 5 (3,84%). En lo concernientes a hongos: candidas en 6 citologías (4,61%) y se presentaron 2 casos de tricomonas (1,53%). En 2 casos no consta el resultado de la valoración microbiológica.

En primer lugar reseñar la alta aceptación que tiene el programa de detección precoz de cáncer de cuello, a pesar de ser un programa de reciente instauración. Es destacable el alto porcentaje de la validez de los frotis realizados por los profesionales del centro, puesto que todos fueron adecuados o aceptables, no rechazándose ninguna citología por realizar una toma incorrecta, lo que avala la capacitación de los profesionales que realizan la prueba. Asimismo se detectaron 5 casos con displasia leve o moderada que fueron convenientemente derivadas a la asistencia especializada. Nos llama también la atención la escasa predominancia de *Candida albicans* en la población que no concuerda con la positividad en los exudados vaginales realizados en el centro, que si bien es cierto que se realizan en mujeres que consultan por aumento de flujo o molestias vaginales, nos parece un porcentaje escaso en las mujeres asintomáticas.

81-P

ESTUDIO DEL RIESGO CORONARIO EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA DE LA MARINA BAIXA

SÁNCHEZ RUANO F, ASENCIO AZNAR A, LLOBELL BERTOMEU V, ALLO SÁNCHEZ M, FONT PALLARÉS JV, HERRERO TARRUELLAS V.

Centro de Salud de Callosa d' En Sarrià. Alicante.

Objetivos: Conocer el grado de riesgo coronario de los pacientes dislipémicos de la Marina Baixa (Alicante).

Material y método: Se ha realizado un muestreo polietápico, tomando como una primaria los Centros de Salud y como secundaria el censo de pacientes dislipémicos de cada centro. Se ha calculado una muestra representativa para un nivel de confianza del 95% y un error del 0,05. Para el cálculo del riesgo coronario se ha utilizado la Escala de Anggoud; los valores bioquímicos se han tomado calculando la media de las dos últimas determinaciones; la tensión arterial se ha medido con esfigmomanómetros de mercurio calibrados; los antecedentes personales se han recogido por entrevista directa. Se ha considerado diferencias significativas para una $p < 0,05$. Para el análisis de los datos se ha utilizado el paquete estadístico Epi-info.

Resultados: Se han estudiado a 186 pacientes; 58,1% mujeres ($n=108$), y 78 hombres ($n=78$). El 37,6% ($n=70$) tienen dislipemia aislada, el 8,6% ($n=16$) son dislipémicos y diabéticos, el 43,5% ($n=81$) son dislipémicos e hipertensos y el 10,2% ($n=19$) son dislipémicos, diabéticos e hipertensos. El 20,4% ($n=38$) son fumadores. La distribución de riesgo coronario es: 19,9% bajo, 59,1% moderado y 21% alto. El 10,8% de los pacientes no sigue ningún tratamiento farmacológico, de los cuales el 70% presenta un riesgo cardiovascular moderado o alto. El 80,6% ($n=150$) presenta obesidad o sobrepeso, siendo mayor el índice de masa corporal en los pacientes que presentan hipertensión arterial ($p<0,01$). El 43% de los pacientes no diagnosticados de HTA presentan mal control de las cifras tensionales, mientras que el grado de mal control en los hipertensos es del 77% ($p<0,01$).

Conclusiones: La gran mayoría de los pacientes dislipémicos se encuentran en situación de riesgo cardio-

vascular moderado o alto, existiendo un infradiagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial.

Palabras clave: Hipercolesterolemia. Riesgo coronario.

84-P

ANÁLISIS DE LAS INTERRUPCIONES EN CONSULTA DE UN CENTRO DE SALUD

SÁNCHEZ RUANO F, ROMEU SÁNCHEZ M, TORRES BAÑULS MJ, ASENCIO AZNAR A, LLOBELL BERTOMEU V, HERRERO TARRUELLAS V.

Centro de Salud de Callosa d' En Sarrià. Alicante.

Objetivos: Conocer la frecuencia y características de la interrupciones que se producen durante la consulta.

Material y método: Se ha seleccionado al azar 10 días para la recogida sistemática de todas las interrupciones. La información recogida fue: carácter de la interrupción, tipo, quién la realiza, el medio, la procedencia y el motivo.

Resultados: Se analizaron 10 días en todas las consultas del Centro de Salud (2 consultas de enfermería y 5 de medicina). Se produjeron en total 347 interrupciones, con una media de 34 interrupciones por día, y 6 por consulta. El 93% son externas, siendo el personal administrativo quien más interrumpe (43,5% de las veces), seguido del ATS (67%) y de los pacientes (15%). El medio más frecuente es el teléfono (57,6%), seguido de la presencia en consulta (36,4%) que se produce del siguiente modo: el 17,6% llama y no espera, el 10,7% entra sin llamar y el 8,1% llama y espera. Cuando se entra sin llamar, en el 33% de los casos es el propio paciente, y el 67% es algún personal sanitario o administrativo. Según la procedencia, el 45,2% se origina en recepción, el 27,7% en otra consulta, y el 27,1% procede directamente del exterior. Según el tipo, el 53,6% son por motivos asistenciales, el 33,1% por motivos administrativos, y el 13,3% son por motivos particulares. Los motivos principales son: 38,1% por comunicación de urgencias, avisos a domicilio y pruebas complementarias, el 17,4% por consulta asistencial de los pacientes, el 12% por interconsulta, el 23% por motivos administrativos (entrega de recetas, ILT, solicitud de historias de salud, etc), y el 9,5% por otros motivos.



Conclusiones: Las interrupciones supone un importante problema de calidad del proceso asistencial, siendo evitables gran número de ellas. La presencia de interrupciones traduce en la mayoría de los casos una mala organización de la asistencia.

Palabras clave: Interrupciones en consulta. Control de calidad.

85-P

ESTUDIO DEL PERFIL LIPÍDICO Y ANTROPOMÉTRICO DETERMINANDO LA OBESIDAD CENTRAL EN EL PACIENTE OBESO MÓRBIDO

MORENO SÁNCHEZ A, GÓMEZ ALBA A, ORTIZ GARCÍA C, GRONDONA MAYAYO A, SÁNCHEZ LUQUE JJ, SUBIRES BECERRA JR.

Centro de Salud Vélez-Sur. Vélez-Málaga. Málaga.

Objetivos: Análisis del comportamiento antropométrico mediante determinación de los perímetros cintura, cadera y su cociente en pacientes afectos de una obesidad mórbida y estudio del perfil lipídico en dicho grupo poblacional.

Metodología: Muestreo aleatorio de 30 pacientes obesos mórbidos en consulta. Recogida de datos mediante ficha multiparamétrica de elaboración propia.

Determinación perímetro cintura: a una altura equidistante entre reborde costal inferior y cresta iliaca. Determinación perímetro cadera: a nivel de trocánteres mayores. Análisis variables analíticas lipídicas estudiadas.

Resultados: Perfil poblacional: edad media: 59,2±10,8; sexo: varones: 10%; mujeres: 90%.

Perfil antropométrico: peso: 101,98±13,09 kgs; talla: 1,54±0,07; IMC: 42,40±2,40; perímetro cintura: 119,17±7,24 cms; perímetro cadera: 131,41±8,27 cms; Índice cintura-cadera: 0,90±0,06.

Perfil lipídico: dislipémicos: 40%; Colesterol: 206,42±66,70 mg/dl; triglicéridos: 152,57±65,48 mg/dl; HDL colesterol: 52,22±15,38 mg/dl; LDL colesterol: 145,64±40,11 mg/dl; índice aterogénico: 4,74±1,30.

Conclusiones: Detectamos un predominio de la obesidad mórbida en el sexo femenino entre los pacientes analizados, encontrando un predominio de la distribución de grasa corporal de tipo central mediante la determinación del cociente cintura-cadera con un perfil lipídico alterado y el consiguiente efecto multiplicativo de su riesgo cardiovascular.

Palabras clave: Perfil lipídico. Obesidad central. Obesidad mórbida.

86-P

ESTUDIO PROSPECTIVO DEL PERFIL DEL INDIVIDUO QUE PRESENTA HERIDAS ACCIDENTALES POR CORTE DE JAMÓN

MORENO SÁNCHEZ A, RUIZ PRETEL JA, ROPER PEDRERO M, SÁNCHEZ LUQUE JJ, NAVARRO MUÑOZ E, SUÁREZ SALAZAR F.

Centro de Salud Vélez-Sur. Vélez-Málaga. Málaga.

Objetivos: Analizar el perfil poblacional detectado en el individuo afecto de heridas producidas al cortar jamón serrano.

Metodología: Estudio observacional prospectivo realizado mediante una ficha multiparamétrica de recogida de datos de elaboración propia. Periodo de estudio: 1 año: abril 2000-abril 2001. Captación en el área de urgencias de un centro de salud semiurbano.

Resultados: El tamaño muestral fue de 38 casos. Perfil poblacional del accidentado: varón (60,52%) de la cuarta década de la vida, edad media: 36,68±14,17 años; lugar del accidente: domicilio: 94,73%; franja horaria: 18,23±3,71 horas; rango: 13 horas; valor máximo: 23 horas y valor mínimo: 10 horas; Eventos en días laborables: 65,79%; eventos en fines de semana: 34,21%. Los meses que presentaron una mayor incidencia de eventos fueron diciembre y febrero con un 21,05% cada uno.

Conclusiones: Se detecta un predominio de eventos originados por el corte de jamón serrano en varones de la cuarta década de la vida, originados en el domicilio predominando en días laborables y durante los meses de invierno.

Palabras clave: Heridas accidentales. Corte de jamón.

87-P

INTERRUPCIONES EN LA CONSULTA DE URGENCIAS DE UN CENTRO DE SALUD ¿SON REALMENTE NECESARIAS?

MORENO SÁNCHEZ Á, SÁNCHEZ LUQUE JJ.

Centro de Salud Vélez-Sur. Vélez-Málaga. Málaga.

Objetivos: En el área de urgencias se dan con frecuencia circunstancias que dificultan el trabajo del profesional y la satisfacción del usuario. Una de ellas son las interrupciones innecesarias. En este trabajo se analizan las causas de interrupción de las consultas urgentes de un centro de salud.

Metodología: Estudio observacional transversal realizado mediante la cumplimentación de una ficha de elaboración propia. Se recogen varios aspectos relacionados con la interrupción innecesaria de la consulta. Se estudiaron todas las interrupciones de la consulta de urgencias en horario laboral durante un mes en un centro de salud semiurbano.

Resultados: Se atendieron 1806 pacientes en urgencias durante el horario laboral. La media es $82 \pm 19,32$ pacientes/día. Consultas interrumpidas: 10,42%. En el 73,68% de los casos se irrumpe directamente, sin llamar a la puerta previamente. En el 60,80% la interrupción ocurre durante la exploración física del paciente. En un 36,84% interrumpe un ATS; 26,31% un médico y 13,15% personal auxiliar. El motivo más frecuente es consultar sobre otro paciente (42,10%); dentro de estos, la interpretación de un ECG supone el 18,75%. En un 21,05% el motivo es coger o reponer material y un 18,42% es simplemente mirar. Se consideró como justificada en el 2,63% de casos.

Conclusiones: Consideramos excesivo el número de interrupciones que ocurren en la consulta de urgencias. Es destacable que el porcentaje de interrupciones realmente justificadas es mínimo. Se debería ser más respetuoso con dicha consulta, beneficiando así la asistencia al paciente que acude a esta área.

Palabras clave: Interrupciones. Urgencias.

89-P

ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PACIENTE OBESO MÓRBIDO

MORENO SÁNCHEZ A, GÓMEZ ALBA A, ORTIZ GARCÍA C, GRONDONA MAYAYO A, SÁNCHEZ LUQUE JJ.

Centro de Salud Vélez-Sur. Vélez-Málaga. Málaga.

Objetivos: Analizar la prevalencia de hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular asociado en el paciente afecto de una obesidad mórbida y descripción de las complicaciones asociadas.

Metodología: Muestreo aleatorio de 30 pacientes obesos mórbidos en consulta. Recogida de datos mediante ficha multiparamétrica de elaboración propia donde se recogían variables poblacionales, clínicas y analíticas.

Resultados: Perfil poblacional: edad media: $59,2 \pm 10,8$; sexo: varones: 10%; mujeres: 90%. Perfil antropométrico: peso: $101,98 \pm 13,09$ kg; talla: $1,54 \pm 0,07$; IMC: $42,40 \pm 2,40$; hipertensos: 66,66%; tensión arterial sistólica: $140,5 \pm 14,81$ mmHg; tensión arterial diastólica: $82,9 \pm 8,76$ mmHg; tensión arterial diferencial: $57,6 \pm 13,93$ mmHg; tiempo de evolución de hipertensión: $6,36 \pm 3,90$ años; complicaciones macrovasculares: 26,66%; angina: 13,33%; insuficiencia cardíaca: 6,66%; vasculopatía periférica: 16,66%; OCFA: 6,66%; osteoartritis de rodilla: 36,66%.

Conclusiones: Detectamos una elevada prevalencia de hipertensión arterial asociada en el paciente obeso mórbido, encontrando una alta tasa de complicaciones macrovasculares y otras complicaciones asociadas, por lo que es importante actuar desarrollando estrategias de reducción del riesgo cardiovascular en esta población.

Palabras clave: Hipertensión arterial. Obesidad mórbida.



90-P

ANÁLISIS DE LA ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES NUTRICIONALES Y MORTALIDAD POR CÁNCER DE PRÓSTATA, MEDIANTE UN ESTUDIO ECOLÓGICO

RODRÍGUEZ LEDO MP*, LÓPEZ RODRÍGUEZ I*, MUÑIZ GARCÍA J**.

*Atención Primaria, Lugo. **Instituto de Ciencias de la Salud, A Coruña.

Introducción: Es probable que los factores nutricionales, directa o indirectamente, regulen la expresión de los genes implicados en el inicio y desarrollo del cáncer de próstata (CP). Comprender la multidimensionalidad de esta relación es un enorme reto científico.

Objetivo: Analizar la relación etiológica entre los principales alimentos y nutrientes, y la mortalidad por CP.

Metodología: Se diseñó un estudio ecológico en el que se analizaron las correlaciones entre las tasas ajustadas de mortalidad (TAM) por CP en el período 93-97 a nivel provincial (análisis de datos proporcionados por la Estadística de Defunciones del INE) y el consumo previo de 142 alimentos y 61 nutrientes (Encuesta de Presupuestos Familiares del INE en 1980-1981). Debido al gran número de correlaciones calculadas, únicamente se consideraron significativos valores de $p < 0,001$ con el fin de reducir la probabilidad de relaciones espurias motivadas por el azar.

Resultados: Tras calcular el coeficiente de correlación entre los factores nutricionales considerados y la TAM por CP sólo se obtuvieron los siguientes valores significativos:

Coef. correlación	Alimentos	Nutrientes
0,5	Harina, leche en polvo, cebolla, arenque	
0,4	Mantequilla, apio, ajo, mayonesa	
-0,4	Olivas, pimientos, pescadilla	Kcal de Ac Grasos monoinsaturados, Proteínas de las legumbres
-0,5	Pan blanco, garbanzos	Sodio, Ac. Grasos monoinsaturados, Ac. Grasos omega-3

Conclusiones: 1. Se observan asociaciones débiles entre los factores nutricionales reflejados en la tabla y las TAM por CP. 2. Pan blanco, olivas, pimientos, garbanzos, pescadilla, sodio, ácidos grasos monoinsaturados y omega-3, y proteínas aportadas por legumbres, parecen presentar una asociación inversa con la mortalidad por CP.

91-P

ASISTENCIA A DEMANDA URGENTE. ¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE LOS PACIENTES QUE CONSULTAN DE DÍA Y DE NOCHE?

CÁRDENAS VIEDMA S, RODRÍGUEZ MORENO S, MARESCA BERMEJO E, LÓPEZ DE HIERRO RUIZ JA, RUIZ VILLAVÉRDE G, PEÑA SÁNCHEZ M.

Granada.

Objetivos: Definir el perfil del paciente que atendemos por demanda urgente. Identificar las diferencias, si las hubiere, entre los que consultan de día y de noche.

Metodología: Se recogieron edad, sexo, hora de llegada, motivo de consulta y destino de los pacientes atendidos por demanda urgente en dos centros de salud de la zona norte de Granada durante un mes. Se consideraron pacientes diurnos los atendidos entre las 14 y las 21 horas, y nocturnos entre 21 y 8 horas. Los datos se han analizado usando medidas descriptivas y los test Chi-cuadrado, exacto de Fisher y U de Mann-Whitney.

Resultados: Se contabilizaron 168 pacientes, el 55,4% mujeres y el 44,6 varones, entre 17 y 96 años de edad (media 51,4, desviación típica 20,88). Los motivos de consulta más frecuentes fueron digestivos (23,8%), respiratorio (16,7%) y cardiovascular (12,5%). Se dio de alta al 82,1% de los pacientes, siendo derivados a hospital el 17,3%. Las únicas diferencias significativas encontradas entre los distintos grupos de pacientes fueron la causa respiratoria más frecuente en varones ($p < 0,001$), y el predominio nocturno de las intoxicaciones ($p < 0,015$).

Conclusiones: El paciente tipo es un hombre o mujer de unos 50 años que acude para asistencia urgente en horario diurno, y que lo hace refiriendo sintomatología digestiva, respiratoria o cardiovascular. Los va-

rones consultan más por problemas respiratorios y las intoxicaciones son más frecuentes durante la noche.

Palabras clave: Urgencias. Asistencia a demanda.

92-P

RENTABILIDAD DEL ÁREA DE TRATAMIENTO RÁPIDO EN UN SERVICIO DE URGENCIA COMARCAL

ISSA KHOZOUZ Z, VARGAS ORTEGA D, ORTEGA MARTOS F, PARRILLA RUIZ F, MORALES GARCÍA V, SOLER NÚÑEZ M.

Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Objetivo: Analizar las características de pacientes que han permanecido en el área de tratamiento rápido de la Unidad de Urgencias de nuestro hospital y su posible correlación.

Ámbito de estudio y método: Todos los pacientes ingresados en el área de tratamiento rápido de un hospital comarcal del poniente almeriense durante dos semanas, mediante un estudio descriptivo observacional de una muestra elegida aleatoriamente.

Resultados: Ingresaron en el área de tratamiento rápido desde el 1 hasta el 14 de enero de 2002 un total de 413 pacientes, con el 54,1% hombres y el 45,9% mujeres, cuya edad media era $41,6 \pm 26,44$ años con rango <1 y 94 años. Los diagnósticos más frecuentes fueron infección respiratoria 8,4%, diabetes descompensada 8,3%, dolor torácico atípico, 4,1%, gastroenteritis aguda 5,8%. Mientras que el 29,2% permaneció < 3 horas, el 36, 8 de 3-6 horas, 20% hasta 9 horas, 8% 9-12 horas y el 6% más de 12 horas habiendo un caso de 24 y otro de 23 horas la estancia media fue de 5:40 horas. La tasa de resolución fue del 80,5% con destino a domicilio, remitidos a consulta externa el 6%, 10,2 ingresaron, 1,9 eran pediátricos.

Conclusiones: El área de tratamiento rápido es una zona de gran importancia en los servicios de urgencias que a veces soporta el papel de una segunda observación o el del área de estancia corta ante la gran demanda de los pacientes, un número elevado de patologías han sido tratadas en <6 horas sin la necesidad de pruebas complementarias lo cual podría potenciar la creación de puntos de urgencia.

93-P

MANEJO DE LA EPOC EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

ISSA KHOZOUZ Z, VARGAS ORTEGA F, ORTEGA MARTOS F, PARRILLA RUIZ F, LÓPEZ MARTÍN G, CÁRDENAS CRUZ DP.

Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Introducción y objetivos: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un motivo de consulta frecuente en los Servicios de Urgencia hospitalario. Nuestro objetivo es evaluar las características de los pacientes que frecuentan nuestro servicio y su manejo, buscando la mejor manera de su abordaje y control y la colaboración con atención primaria.

Metodología: Estudio descriptivo transversal del total de pacientes atendidos en el servicio de Urgencias durante los meses de enero y febrero de 2001.

Resultados: Se atendieron un total de 452, un 39% en el turno de mañana, el de tarde en el 36%, el porcentaje de varones fue del 75%, y acudieron por iniciativa propia el 58%. Precisaron de estancia entre 3 y 6 horas el 59% y el 32% necesitaron más de 9 horas. Tenían antecedente de EPOC el 51% de los cuales el 48% tenían como tratamiento de base con broncodilatadores y un 24% oxígeno domiciliario. El tratamiento más utilizado fue de aerosolterapia con nebulizador. Se ingresaron en planta de medicina interna el 46%, el 32% de los dados de alta recibieron corticoides y el 43% antibioterapia.

Conclusiones: Predominan los varones y se consulta más durante el día permaneciendo la mayoría más de 3 horas en observación, la mayoría no ha consultado ese día ni en los previos con su médico de Familia, produciendo en muchas ocasiones el colapso de los Servicios de Urgencias hospitalarias, pudiendo haber sido controlados en atención primaria.



95-P

ANEMIA FERROPÉNICA EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL

CEJAS-FUENTES PADRÓN BN, RUIZ RUIZ A, DE LEÓN NÚÑEZ M, FERNÁNDEZ VILLAPLANA L, ESTÉVEZ HERNÁNDEZ P.

Centros de Salud de La Laguna-Geneto y Toscal. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivo: Prevalencia de anemia ferropénica en mujeres no menopáusicas, en nuestro ámbito, y relación con el uso de ACO,DIU, alteraciones menstruales y anemia previa.

Método: Estudio descriptivo transversal, no aleatorio, mediante muestreo consecutivo, en dos Centros de Atención Primaria, ubicados en zona urbana, que atienden poblaciones urbana y suburbana. Las pacientes con edades entre 15 y 50 años, pertenecientes a cinco cupos médicos, acudieron a consulta entre el 1 de diciembre de 2000 y el 31 de diciembre de 2001. Criterio de exclusión fue la gestación en el momento del estudio. Se registraron los valores de Hb, V.C.M., H.C.M., Fe y ferritina de ese periodo así como el uso de A.C.O., DIU, alteraciones menstruales y anemia previa.

Resultados: Muestra de 454 mujeres: un 9% presentaba anemia ferropénica; la proporción hasta los 35 años era inferior al 10%; a partir de esa edad por encima del 20%. El 35% presentaban cifras de ferritina inferiores a las normales para nuestro laboratorio de referencia. Habían sido diagnosticadas previamente de anemia ferropénica 105 (23%), utilizaban ACO 83 (18%), DIU 21 (5%) y sufrían trastornos menstruales 48 (11%). En los casos con anemia ferropénica previamente habían sido diagnosticadas un 56%, utilizaban ACO un 7%, DIU un 7% y tenían alteraciones menstruales un 27%.

Conclusiones: Un 9% de la población femenina de entre 15 y 50 años presenta anemia ferropénica. La proporción aumenta por encima de los 35 años. Los valores de ferritina se hallan disminuidos en un 35%. En más de la mitad de los casos la anemia ya se había diagnosticado previamente. Las alteraciones menstruales aparecen en el grupo diagnosticado de anemia en mayor porcentaje que en el general. La utilización de A.C.O es inferior en el grupo con anemia, y superior en el caso del D.I.U.

96-P

DIFUSIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

BARRERA PÉREZ JM, CEJAS-FUENTES PADRÓN B, FUERTES MORILLO JJ, RUIZ RUIZ A, DE LEÓN NÚÑEZ M, HERNÁNDEZ DÍAZ MM.

Centros de Salud de Laguna-Geneto y Toscal. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivo: Conocer el grado y frecuencia de utilización de los métodos anticonceptivos en la población femenina en edad fértil, en nuestro ámbito y la relación con la actividad profesional desempeñada.

Método: Estudio descriptivo transversal, no aleatorio, mediante muestreo consecutivo, en dos Centros de Atención Primaria, ubicados en zona urbana, que atienden poblaciones urbana y suburbana. Las pacientes con edades entre los 15 y 50 años, pertenecientes a cinco cupos médicos, acudieron a consulta entre el 1 de junio y 31 de diciembre de 2000. Los criterios de exclusión fueron: gestación en el momento del estudio e incapacidad reproductora involuntaria propia o de la pareja y la no utilización de métodos anticonceptivos. Se realizó encuesta a todas las incluidas.

Resultados: Muestra de 217 mujeres entre 15 y 50 años: 11 mujeres de 15 a 20 años. 32 de 21 a 25. 34 de 26 a 30 años. 30 de 31 a 35. 42 de 36 a 40 años. 42 de 36 a 42. 48 de 41 a 45 y 20 mujeres de 46 a 50 años. Trabajan fuera del hogar 128 (57%), eran amas de casa 51 (26%) y estudiantes 38 (17%). Tipo de método utilizado: de barrera 40%, ACO 35%, esterilización propia o de la pareja 13%, DIU 11% y métodos conductuales 0,9%. Según actividad: trabajando fuera del hogar: utilizaban métodos de barrera 57, A.C.O. 33, esterilización 20, D.I.U. 14 y técnicas conductuales 2. Las amas de casa: técnicas de barrera 17, ACO 16, esterilización 8 y DIU 10. Las estudiantes: métodos de barrera 13 y ACO 25.

Conclusiones: El grupo de 41 a 45 años es el más numeroso de la muestra. La mayoría trabaja fuera del hogar. El método más usado es técnicas de barrera, y los métodos conductuales se registran en menos del 1% de la muestra. En las trabajadoras fuera del hogar y amas de casa, se repiten los resultados. Entre las estudiantes el uso de ACO es el más extendido, seguido de las técnicas de barrera, únicos métodos utilizados.

97-P

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DIABETES. ESTUDIO TRANSTAR

CASADO GOTI M*, DELGADO ESTÉVEZ JL*, COVA DIAZ J**, MARRÓN BERNAL R***.

*C.S. Ofra-Delicias. **C.S. Barrancogrande. ***C.S. Granadilla. Tenerife.

Objetivo: Estimar la prevalencia de factores de riesgo en pacientes diabéticos atendidos en las consultas de atención primaria (AP).

Ámbito: Territorio español.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Sujetos: Pacientes diabéticos incluidos en el "Estudio tranStar" (N=400; 54% varones y 46% mujeres).

Análisis: Estimación por intervalo de confianza al 95% (IC95%) de la prevalencia de hipertensión arterial (HTA), Dislipemia y Tabaquismo. Análisis de las diferencias entre género a través de las pruebas de Chi-cuadrado con un nivel alfa de significación del 5%.

Resultados principales:

	IC95%	Varones	Mujeres	Significación
HTA:	(53,6%-62,8%)	56%	60%	p=0,542
Dislipemia	(47,4%-57,2%)	49%	55%	p=0,343
Tabaquismo	(21,5%-30%)	37%	12,6%	p<0,001

Conclusiones: Destacar la importancia de tratar conjuntamente la diabetes y los otros factores de riesgo asociados así como el consejo antitabaco entre estos pacientes. Observamos diferencias en este factor de riesgo entre los varones y las mujeres.

Palabras clave: Factores de Riesgo. Diabéticos. Estudio TranSTAR.

98-P

APLICACIÓN DE ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA EN VARONES ANCIANOS DE UNA ZONA RURAL

MORENO SÁNCHEZ A, GÓMEZ ALBA J, GÓMEZ JURADO P, LOMEÑA VILLALOBOS JA, GÓMEZ ALBA A, MUÑOZ GÓMEZ M.

Centro de Salud Torre del Mar. Málaga.

Introducción: El objetivo de este estudio es evaluar el estado de calidad de vida en ancianos

mediante la realización de una encuesta: SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form).

Metodología: Estudio transversal. Muestreo aleatorio estratificado: 84 individuos varones mayores de 65 años de una población rural. Se realiza: Historia clínica, exploración física y encuesta SF-36. Se estudiaron tipo de patología y nº de procesos. Se utilizó el programa estadístico STATS.

Resultados:

Parámetro	Control sano	Hipertensos
Funcionalidad física	76 ± 21	53 ± 24**
Limitación por salud física	57 ± 41	38 ± 36
Limitación por estado emocional	50 ± 29	31 ± 26*
Energía/Fatiga	67 ± 21	51 ± 25*
Bienestar emocional	53 ± 10	50 ± 19
Funcionalidad social	92 ± 18	82 ± 21
Dolor	92 ± 19	88 ± 25
Estado gral. de salud	55 ± 12	50 ± 19
Cambio del estado de salud	50 ± 7	48 ± 7

Parámetro	EPOC	Diabéticos
Funcionalidad física	49 ± 30**	61 ± 30
Limitación por salud física	32 ± 33	60 ± 42
Limitación por estado emocional	36 ± 23	40 ± 29
Energía/Fatiga	42 ± 23**	68 ± 25
Bienestar emocional	48 ± 16	57 ± 17
Funcionalidad social	78 ± 22	85 ± 19
Dolor	91 ± 20	88 ± 26
Estado gral de salud	45 ± 16*	65 ± 22
Cambio del estado de salud	53 ± 9	50 ± 0

Se representa la media ± DE. *p<0,05; **p<0,01, respecto al control sano.

Conclusiones: La calidad de vida es un factor que puede incidir en el desarrollo de las patologías, por lo que su valoración tiene gran relevancia. La encuesta SF-36, aún validada en numerosos estudios, la consideramos inapropiada para su uso en la población anciana rural, donde existe un alto grado de analfabetismo funcional.

Palabras clave: Calidad de vida. Encuesta. Ancianos.



101-P

URGENCIAS INADECUADAS. ¿UN PROBLEMA DE UBICACIÓN?

TELLO OCHOA A, SÁNCHEZ LÓPEZ J, LUNA DEL CASTILLO JD, SILES AJAMIL F, DELGADO MARTÍN E, ROCA GUISEIS J.

Granada.

Objetivo: Valorar si el PAUH (Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias) es capaz de medir la inadecuación de las urgencias hospitalarias.

Metodología: Hemos utilizado el PAUH adaptado a nuestro medio sanitario y basado en el PAUH D de Sempere (Rev Esp Salud Pública,99) y Oterino (Gaceta Sanitaria, 99). Se ha enfrentado el juicio "objetivo" del mismo, al emitido por la opinión consensuada de expertos "gold standard". Se analizan las variables asociadas con la discordancia.

Para ello hemos seleccionado 100 pacientes elegidos al azar, que tras "cegar" sus informes de alta, fueron entregados a 6 expertos (2 médicos de familia de CS docentes y 4 médicos de urgencia hospitalarios; todos con más de 10 años de experiencia). Se les pidió que clasificaran a los pacientes en 4 categorías: 1 (urgente AP), 2 (demorable AP), 3 (demorable H) y 4 (urgente H); las categorías 1, 2 y 3 se identificaron como "inadecuadas" para el SUH; la categoría 4 se identificó con urgencia adecuada.

Estadísticos utilizados: para variables numéricas: t-Student (varianzas iguales) o test de Welch (varianzas distintas); para variables categóricas: chi-cuadrado o la generalización del test exacto de Fisher (tablas rxc).

Resultados: Considerando la opinión consensuada de los expertos como el valor verdadero se midió el coeficiente concordancia del PAUH con él, obteniéndose un valor k de $0,591 \pm 0,072$. En total hay un 79% de casos en los que concuerdan la opinión de los expertos y el PAUH adaptado y no concuerdan en un 21%; ahora bien, toda la discordancia se centra en las urgencias inadecuadas según los expertos; es decir cuando la urgencia es "adecuada" el PAUH acierta en el 100% casos;

cuando la urgencia es inadecuada etiquetará como "adecuada" entre un 19,5% y un 43,2% con una confianza del 95%.

Conclusiones: En nuestro estudio el índice de concordancia, respecto a si la patología por la que acudieron los 100 pacientes muestrales presentaban patología urgente hospitalaria fue alto; dicha concordancia bajó notablemente cuando se les preguntó cuándo/dónde y cómo deberían ser atendidas las "urgencias inadecuadas", esto es, clasificarlas en de urgencias AP vs demorable H vs demorable AP.

Palabras clave: Urgencias Hospitalarias. Adecuación de Urgencias.

102-P

CONVERGENCIA DE CRITERIOS ENTRE A. PRIMARIA Y A. ESPECIALIZADA RESPECTO A LA ATENCIÓN URGENTE

TELLO OCHOA A, SÁNCHEZ LÓPEZ J, LUNA DEL CASTILLO JD, SILES AJAMIL F, DELGADO MARTÍN E, ROCA GUISEIS J.

Granada.

Objetivos: Responder cuándo, dónde y cómo debe ser tratada una determinada patología, para identificar qué fracción de la misma corresponde a un "verdadera urgencia hospitalaria" ("urgencia adecuada").

Metodología: Hemos seleccionado 100 pacientes elegidos al azar, que tras "cegar" sus informes de alta, fueron entregados a 6 expertos (2 médicos de familia de CS docentes y 4 médicos de urgencia hospitalarios; todos con más de 10 años de experiencia y especialistas en M. Interna y/o Medicina Familiar y Comunitaria).

Se les pidió que clasificaran a los pacientes en 4 categorías: 1(urgente AP), 2 (demorable AP), 3 (demorable H) y 4 (urgente H="adecuada"); las categorías 1,2 y 3 se identificaron como "inadecuadas" para el SUH. Las opiniones expuestas en una primera vuelta fueron enfrentadas al "patrón oro" obtenido por el consenso alcanzado en una segunda vuelta.

Para medir la concordancia entre observadores y corregir el acuerdo debido al azar, se utilizó el estadísti-

co kappa (k); considerando valores entre 0,75 y 0,40 como valores de acuerdo buenos.

Resultados: El 57% eran hombres, edad: $59,2 \pm 19,34$ años; el 51% procedían de la capital, el 21% del área metropolitana y el 29% rural; el 57% acudió de motu propio, el 21% aportaban P10 y el 22% referían derivaciones "no formales". La concordancia entre los expertos de AP (escala de 4 categorías) nos da un coeficiente de 0,455 con un error estándar de 0,065; que se elevó a $0,654 \pm 0,084$ cuando se consideró sólo 2 categorías [adecuado (4) vs inadecuado (1,2,3)]; datos lógicos pues con 2 categorías hay menos donde discordar.

La concordancia entre expertos en urgencias (escala de 4 categorías) también fueron bajos (rango 0,364-0,670), aumentando cuando se redujo a 2 categorías (rango 0,524-0,891), siendo mayores que para los expertos en AP, aunque sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas.

El coeficiente de concordancia para el conjunto de los 4 expertos de urgencias dio un valor de $0,734 \pm 0,037$.

Para el conjunto de los 6 expertos nos da un valor de $0,710 \pm 0,037$, esto es, alto.

Conclusiones: En nuestro estudio el índice de concordancia, respecto a si la patología por la que acudieron los 100 pacientes muestrales presentaban patología urgente hospitalaria fue alto; dicha concordancia bajó notablemente cuando se les preguntó cuando/donde y como deberían ser atendidas las "urgencias inadecuadas".

Palabras clave: Urgencias Hospitalarias. Adecuación de Urgencias.

103-P

ANÁLISIS DE UNA POBLACIÓN FLOTANTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

TELLO OCHOA A, SÁNCHEZ LÓPEZ J, LUNA DEL CASTILLO JD, SILES AJAMIL F, DELGADO MARTÍN E, ROCA GUISEIS J.

Granada.

Objetivo: Estudiar el peso que representa la atención del colectivo estudiantil en nuestro SUH (se excluyen

los habitantes de Granada o aquellos del área metropolitana que residen en su hogar habitual). Valorar su perfil de uso y cuál es su grado de adecuación (utilizando un protocolo basado en criterios explícitos).

Metodología: Estudio analítico de una muestra aleatoria obtenida entre Noviembre 99 a Febrero 00, estratificado por semanas y día de la semana (fracción muestral 5).

Resultados: El total de la muestra así obtenida fue de 650 pacientes (n=650), de las cuales se consideraron "urgencias inadecuadas" el 48,15% (n inad=313). De la muestra, 42 pacientes correspondían a estudiantes objetivo de nuestro estudio, lo que representa el 6,46%. Su edad media fue de 23,3 años, siendo el porcentaje de mujeres de 66,6%, su distribución por turnos de trabajo (mañana: 28,6%, tarde: 57,1% y noche: 14,3%), sus motivos de consulta divididos por especialidades: ORL (30,95%), digestivo (21,43%), urología (9,52%), cardiología, dermatología y neurología (4,76%), resto de especialidades (26,67%). Los circuitos seguidos por los pacientes: alta directa desde banales o policlínica (78,57%), alta diferida desde policlínica (16,67%), ingreso (4,76%). Los diagnósticos al alta por orden de frecuencia: amigdalitis aguda, catarro de vías altas, infección del tracto urinario, otitis, gastroenteritis aguda y dolor abdominal inespecífico. Se habían provisto de médico de cabecera (cartilla de desplazado) sólo el 9,5%, frente al 90,5% que no lo habían hecho (siendo éste el argumento mayoritario para justificar su urgencia). Se consideraron urgencias inadecuadas (según el PAUH adaptado) el 73,81%, frente al 48,15% del conjunto de la población muestral, alcanzando diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: Una parte del colectivo estudiantil "flotante" utiliza los SUH para proveerse de atención para su patología aguda; en nuestra muestra de 12 días, con una media de 271 pacientes/día, entre 17-18 pacientes eran estudiantes; de éstos, 16 no tenían médico de cabecera asignado. Esto supone una sobrecarga asistencial para el SUH, una pérdida en la continuidad asistencial que la AP puede brindarle, amén de otras ventajas de índole preventivo e incluso "microbiológico". La administración debe introducir elementos correctores, como la obligatoriedad de asignarse médico en nuestra ciudad (requisito para matricularse, pedir becas, etc.).

Palabras clave: Urgencias Hospitalarias. Población flotante.



105-P

SEUDOTROMBOFLEBITIS Y QUISTE POPLITEO. CONSIDERACIONES CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICAS A PROPÓSITO DE UN CASO

VILLALBA ALCALÁ F, ESPINO MONTORO A, MONTEAGUDO PARREÑO A, MARTÍNEZ SÁNCHEZ MA, ÁLVAREZ LACAYO C, GONZÁLEZ FERNÁNDEZ MC.

Hospital de la Merced. Osuna. Sevilla.

Introducción: Dolor, hinchazón y enrojecimiento en una de las extremidades inferiores (EEII). El diagnóstico inicial suele ser de trombosis venosa profunda (TVP). Es rara la rotura del quiste de Baker que es más frecuente en pacientes que sufren artropatía subyacente, como la artritis reumatoide, aunque también se ha descrito en artrosis y traumatismos.

Caso clínico: Mujer de 65 años que acude a urgencias porque, de forma brusca y sin traumatismo previo, nota un crujido en rodilla izquierda y posteriormente dolor intenso, tumefacción progresiva de la rodilla que se extiende por la pierna y enrojecimiento de la EEII izquierda. En la exploración se objetiva dolor en rodilla izquierda con tumefacción en pierna y signo de Homans negativo, ligero edema y dolor a la palpación en los músculos de la pantorrilla. Ante la sospecha de TVP se realiza eco-doppler de EEII izquierda urgente donde se evidencia una imagen anecoica tubular en hueso poplíteo sugestiva de quiste sinovial de Baker roto en su porción inferior existiendo líquido entre los haces musculares.

Se realiza Resonancia Magnética (RM) de rodilla izquierda donde se aprecian cambios degenerativos de la articulación femoro-patelar, con derrame articular de mediana cuantía y pequeño quiste sinovial en gemelo interno con líquido entre las fibras musculares y tejido celular subcutáneo.

Discusión: El presente caso clínico nos ayuda a pensar que ante todo paciente con sospecha de TVP, la eco-doppler urgente de EEII es un método adecuado y sensible en el diagnóstico de la rotura espontánea de un quiste sinovial de Baker y que la RM nos puede servir de ayuda para determinar cuál es el origen etiológico de dicha entidad, no estando indicado en estos casos la terapia anticoagulante.

106-P

DESCRIPTIVOS POBLACIONALES DE BRUCELOSIS EN UN ÁREA SANITARIA DE ENDEMIAS

RODRÍGUEZ TEJADA A, LERMA GARCÍA M, NORIEGA BARREDA C, CAMPAÑA CAMPAÑA N, VILLALBA F, ÁLVAREZ C.

Hospital de la Merced. Osuna. Sevilla.

Objetivos: Analizar los descriptivos poblacionales de una muestra de pacientes diagnosticados de Brucelosis en los 2 últimos años en un área de endemia de dicha enfermedad.

Diseño: Observacional, descriptivo y transversal.

Sujetos: 90 pacientes diagnosticados de Brucelosis mediante la práctica de determinaciones de Rosa de Bengala y cultivos (sangre, líquido sinovial...).

Métodos: Se rellenó un protocolo clínico-analítico donde se recogían diversos parámetros poblacionales. La elección de la muestra se realizó por vaciado informático sistemático de todas las determinaciones consideradas positivas en nuestro laboratorio.

Resultados: Pacientes incluidos: 90. Media de edad: 48 años. Distribución por sexos: 69/21. Sintomatología más frecuente: fiebre 35 (38,9%), escalofríos 10 (10%), sudoración 18 (20%), tos 6 (6,7%), expectoración 2 (2,2%), artritis 7 (7,8%), artromialgias 24 (26,7%). De ellos habían tenido contacto con ganado 27 (30%).

Conclusiones: Pese a la escasa incidencia en occidente de esta enfermedad el área sanitaria analizada es un área de endemia habiéndose diagnosticado 90 casos nuevos en tan sólo 2 años. En la muestra analizada existe un predominio de la enfermedad en hombres. No se ha podido demostrar el contacto con ganado o sus productos (lácteos no pasteurizados, abortos...) en el 70% de los casos.

107-P

SÍNDROME DE OGILVIE. EFICACIA DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR

VILLALBA ALCALÁ F, ESPINO MONTORO A, NORIEGA BARREDA C, LERMA GARCÍA M, RODRÍGUEZ TEJADA A, GONZÁLEZ FERNÁNDEZ MC.

Hospital de la Merced. Osuna. Sevilla.

Introducción: La pseudoobstrucción intestinal (Síndrome de Ogilvie) se caracteriza por una dilatación intestinal aguda que afecta sobre todo al colon. Suele aparecer en

pacientes que han sufrido graves procesos quirúrgicos o médicos. La clínica es difícil de distinguir de la de una obstrucción mecánica; dolor cólico abdominal con estreñimiento, abdomen timpanizado y placa de abdomen con dilatación masiva de colon sobre todo de ciego. En el tratamiento corrección hidroelectrolítica, sondaje gástrico o intestinal siendo inusual la descompresión por colonoscopia o la cecostomía por los riegos que conllevan.

Caso clínico: Mujer de 73 años con antecedentes de diabetes tipo 2, HTA, obesidad, demencia senil e ingresos repetidos por cuadros de pseudoobstrucción intestinal. Acude por nuevo cuadro de dolor abdominal con sensación de hinchazón abdominal y estreñimiento. Se le realiza analítica que fue normal y en la radiografía de abdomen se aprecia una enorme dilatación de colon derecho de 11 cm.

Se consiguió la resolución del cuadro con tratamiento conservador consistente en dieta absoluta, reposición hidroelectrolítica, sonda rectal y nasogástrica, sin necesidad de recurrir a otros tratamientos.

Discusión: Algunos autores proponen colocar al paciente en prono con almohada bajo la pelvis para elevar el recto o decúbito lateral derecho y de esta forma expulsar gases. Debido a que en la génesis existe una supresión parasimpática se usan también fármacos con acción parasimpaticomimética (neostigmina) que aumenta la motilidad gastrointestinal aunque puede ocasionar síntomas muscarínicos, nicotínicos y centrales. Por los efectos secundarios se debe usar con cautela. La descompresión colonoscópica tiene el riesgo de la perforación del asa distendida. Algunos autores recomiendan la cecostomía si el diámetro del colon supera los 8 cm para evitar la necrosis isquémica y la perforación. Este caso muestra cómo un tratamiento conservador no invasivo en la mayoría de las ocasiones suele ser eficaz.

111-P

¿POR QUÉ ACUDEN NUESTROS ADOLESCENTES A UNA UNIDAD DE URGENCIAS?

VARGAS ORTEGA DA, PARRILLA RUIZ F, CÁRDENAS CRUZ DP, ISSA KHOZOUZ Z, SOLER NUÑEZ M, ZABALLOS ACOSTA MM.

Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Objetivos: Conocer la demanda de nuestros adolescentes en una Unidad de urgencias hospitalarias: Perfil clínico.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Período de estudio: Marzo 2002.

Ámbito del estudio: Unidad de Urgencias de un Hospital de Primer Nivel de la Junta de Andalucía.

Sujetos: Pacientes entre 14-18 años que acuden a nuestra unidad de Urgencias durante el período de estudio.

Mediciones: Mediante la historia clínica se recogieron las siguientes variables: Edad, Sexo, Prioridad (Prioridad 1; Emergencia Sanitaria-Atención inmediata. Prioridad 2; Urgencia Hospitalaria-Atención media de 45 minutos. Prioridad 3; Urgencia no hospitalaria-Atención en consulta de banalidades.), Motivo de consulta; se recogieron los más frecuentes, Derivación: -A su domicilio/ Atención Primaria. -Ingreso Hospitalario.

Métodos: Se utilizaron medidas de tendencia central y tablas de frecuencias y posteriormente se realizó análisis estadístico.

Resultados: En el periodo de estudio acudieron a la Unidad de Urgencias 356 adolescentes de edad media $16,3 \pm 1,44$. El 51,5% fueron varones y el 48,5% mujeres. Tras el triage el 42,3% se clasificó como Prioridad 2 y el 56,9% como prioridad 3. El Motivo de Consulta más frecuente fueron los Traumatismos/ Contusiones leves (41,5%) seguido de Infecciones de vías respiratorias altas (14,6%), Dolor abdominal no quirúrgico (12,3%), Trastornos psiquiátricos; Autolisis y crisis de Ansiedad (7,7%), Problemas Obstétricos (Relacionados con el embarazo (7,7%), Solicitud de Píldora Postcoital (3,1%), Cefaleas (3,8%), Abdomen quirúrgico (0,8%), Otros (8,5%). Tras la asistencia médica el 83% fueron derivados a su domicilio con control por Atención Primaria, el 8,5% Ingreso Hospitalario y el 8,5% consultas externas especializadas. Tras el análisis estadístico fue significativo la asociación entre el Sexo y el Diagnóstico demostrando que los hombres acudieron más por motivos traumatológicos, infecciones de vías respiratorias altas, problemas psiquiátricos y cefaleas (63%, 63,2%, 60%, 60% respectivamente) y en cambio las mujeres acudieron más por dolor abdominal no quirúrgico (62,5%) y lógicamente problemas obstétricos y solicitud de la píldora postcoital.

Conclusiones: Los adolescentes acuden a urgencias hospitalarias generalmente por patología banal (Traumatismos/Contusiones leves, Catarros de Vías Altas, Intento de Autolisis, dolor abdominal no quirúrgico)



que podría ser resuelta en la mayoría de los casos en Atención Primaria, por lo cual nuestros adolescentes prescinden de un punto básico en nuestro sistema de salud como es las Urgencias extrahospitalarias. A pesar de la creencia de patologías típicas femeninas hemos observado una inversión en su tendencia, siendo más frecuente las Crisis de Ansiedad y las cefaleas en nuestros adolescentes varones. Finalizada la asistencia sanitaria la inmensa mayoría son derivados a su Centro de Atención Primaria.

113-P

¿QUIÉNES SON NUESTROS DIABÉTICOS?, ¿CÓMO ESTÁN?

IBÁÑEZ VEGA R, AGULLÓ GOMIS MJ, CARRIÓN RIVERA B, TRAPOTE TRAPOTE M, PASTOR CLIMENT MA, SCHWARZ CHÁVARRI H.

Centro de Salud Altabix. Elche. Área 19. Comunidad Valenciana.

Objetivos: Conocer la distribución por edad y sexo de diabéticos tipo 2 del área 19 que tengan Hb glicada en el 2001. Conocer su grado de control. Buen control: Hb glicada <6,5. Control aceptable: Hb glicada ≥ 6,5 y <7,5. Control deficiente: Hb glicada: ≥7,5.

Metodología: Auditoría: muestreo aleatorio simple del listado de diabéticos: 100 historias. Nivel de confianza: 0,95, proporción esperada: 0,50, precisión: 0,10. *Inclusión:* diabéticos tipo 2 y tener el resultado de Hb glicada en el 2001. *Exclusión:* diabéticos tipo 1, historia sin Hb glicada. *Estratificación:* Grupo 1: 45-55 años; grupo 2: 55-66 años; grupo 3: 67-77 años, y grupo 4: 78-89 años.

Resultados: Mujeres: 56%. Hombres: 44%. Grupo edad más numeroso (41%): 67-77 años. Control deficiente: 55%; aceptable: 29%; buen control: 16%.

Por grupos de edad:

	% buen control	% control aceptable	% control deficiente	total
78-89 años	22,2	27,8	50,0	18
67-77 años	21,1	21,1	57,9	41
56-66 años	6,5	35,5	58,1	28
45-55 años	15,4	38,5	46,2	13

Conclusiones: Una estrategia para mejorar el control de los diabéticos deberá contemplar mayores inter-

venciones en pacientes de 56 a 77 años, que además de ser los más numerosos son los que peor control tienen.

114-P

PERFIL DEL USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO DE LUGO

VILLAR RODRIGUEZ MF, PEINÓ ANDIÓN J, A. GOAS CASTRO A.

Lugo.

Objetivos: Hacer un estudio para hallar el perfil del usuario que acude a este servicio, teniendo en cuenta que da cobertura asistencial (durante dos tercios de las jornadas laborales y las 24 horas los domingos y festivos), a una población fija de 85.560 habitantes, contando además con una población desplazada de aproximadamente 5.000 personas que proporciona básicamente el Campus Universitario.

Métodos: Del total de pacientes atendidos durante el año 1999 (17.046 pacientes) se estudiaron las siguientes variables: sexo, edad, situación laboral, medio en que viven o en el caso de los desplazados medio del que proceden, afluencia de pacientes (relacionada con horas del día, días de la semana, días del mes) número de hiperfrecuentadores, nº de pacientes alérgicos a medicamentos, nº de pacientes derivados al Hospital y patologías por aparatos.

Resultados: Del nº total de pacientes atendidos (17.046), el 52,9% fueron mujeres y el 47,1% fueron varones. Las edades de los pacientes oscilan entre los 2 a los 100 años, de ellos la fanja es como sigue: de 2 a 10 un 7%, de 11 a 20 un 17%, de 21 a 30 un 23,6%, de 31 a 40 un 15%, de 41 a 50 un 7%, de 51 a 60 un 7,5%, de 61 a 70 un 9%, de 71 a 80 un 6,4%, de 81 a 90 un 5,4%, de 91 a 100 un 1,6%. La situación laboral es como sigue: estudiantes un 32,2%, activos un 33,9%, parados y profesiones sin remunerar un 11,5%, y jubilados un 22,2%. Con respecto al medio en que viven fue urbano en un 88,7% y rural en un 11,3%; de todos ellos son desplazados un 17,9%. La distribución de pacientes por horas en que acuden es la siguiente de 0 a 0,59 un 2,5%, de 1 a 1,59 un 1,9%, de 2 a 2,59 un 0,9%, de 3 a 3,59 un 0,4%, de 4 a 4,59 un 1,1%, de 5 a 5,59 un 1,1%, de 5 a 6,59 un 0,4%, de 7 a 7,59 un 0,4%, de 8 a 8,59 un 0,6%, de 9 a 9,59%

un 0,9%, de 10 a 10,59 un 3%, de 11 a 11,59 un 3%, de 12 a 12,59 un 2,2%, de 13 a 13,59 un 1,4%, de 14 a 14,59 un 0,6%, de 15 a 15,59 un 0,9%, de 16 a 16,59 un 1,1%, de 17 a 17,59 un 11,9%, de 18 a 18,59 un 15,4%, de 19 a 19,59 un 12,3%, de 20 a 20,59 un 12,7%, de 21 a 21,59 un 11,9%, de 22 a 22,59 un 8,5%, de 23 a 23,59 un 3,8%. Por días de la semana, la distribución es como sigue: lunes un 11,4%, martes un 11,5%, miércoles un 12,8% jueves un 9,6%, viernes un 11,4%, sábado un 14,1%, y domingo un 28,8%. Por días del mes: del 1 al 10 un 40,4% del 11 al 20 un 29,9% y del 21 al 30 un 29,6%. La relación de patologías por aparatos que presentaron los pacientes fue: ORL (30,7%), neumología (27,1%), digestivo (4,5%), Oftalmología (3,2%), odontología (1,6%), osteomuscular y neurop. perf. (4,3%), psiquiatría (1,7%), cardiovascular (2,8%), nefro-urología (2,7%), dermatología (1,4%), neurología (1,4%), alergología (2,7%), heridas y traumatismos (12,6%), otras patologías (0,6%), y no se observó patología en 0,6%.

Conclusiones: El perfil del usuario de nuestro Servicio es una mujer (52,9%), de una edad comprendida entre los 11 a 40 años (55%), siendo el pico máximo de 21 a 30 años (23,6%); de una situación laboral activa (33,9%) o en segundo lugar estudiante (32,2%); que vive en medio urbano; y que acude preferentemente de las 18 a las 20 horas (54%), con un pico máximo de las 18 a las 19 horas (15,4%), seguido de las 20 a las 21 horas (12,7%) y de las 19 a las 20 horas (12,3%). Por días de la semana la máxima afluencia se produce los domingos (28,8%), seguida de los sábados (14,1%) y seguida de los miércoles (12,8%) y por días del mes especialmente del 1 al 10 (40,4%) y que acuden por una patología Otorrinolaringológica (30,7%), Neumológica (27,1%) y en tercer lugar por heridas y traumatismos.

115-P

REACCIÓN EN CADENA DE LA LIGASA (LCR) PARA TUBERCULOSIS EN MUESTRAS BIOLÓGICAS

GONZÁLEZ CARBALLO M*, SOENGAS VÁZQUEZ JA**, YEGUAS SÁNCHEZ I***, GONDA COPA A****.

*SAP Milagrosa. **SAP Pantón. ***SAP Fingoy. ****INSS. Lugo.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es estudiar la sensibilidad y especificidad de las técnicas de PCR y

LCR, del cultivo en medio de Lowenstein-Jensen y de la baciloscopia con tinción de auramina, con respecto a la tipificación del cultivo con sondas específicas.

Material y métodos: Se procesaron 169 muestras correspondientes a 151 pacientes (7 broncoaspirados, 30 líquidos pleurales, 105 esputos, 2 abscesos, 17 orina, 3 ganglios linfáticos y 5 líquidos sinoviales) para la detección de *M. tuberculosis* y de otras micobacterias atípicas. En todas ellas se realizó la tinción de auramina, Zhiel-Neelsen y el cultivo de Lowenstein-Jensen, así como PCR y LCR. Los cultivos se tipificaron con sondas específicas. Las muestras fueron sometidas a un proceso de descontaminación concentración.

– Detección del DNA de *M. tuberculosis* mediante PCR (Amplicor Roche). Se procedió a la amplificación utilizando la llamada “master mix” (mezcla de reactivos que contiene Taq polimerasa, dNTPs y los cebadores biotilados) y la Amperasa (uracil-N-glicosilasa). Las muestras se sometieron en un termociclador a un ciclo térmico. Los productos de amplificación una vez desnaturalizados en medio alcalino, se hibridaron con una sonda específica, dirigida frente a la región amplificada, que se encuentra fijada en los pocillos de la placa microtiter. Se leyó la absorbancia a 450 nm considerándose positivas si la DO > a 0,350.

– Detección de *M. tuberculosis* mediante LCR LCx (Probe System, Abbott Laboratories) para la detección directa y cualitativa del ADN del complejo *M. tuberculosis* en muestras biológicas concentradas, desconcentradas y digeridas.

1. Se eliminan los posibles inhibidores mediante la centrifugación y el lavado de las muestras; las micobacterias se inactivan mediante. El ADN se libera del complejo *M. tuberculosis* por medio de una lisis mecánica para hacerlo accesible a las enzimas.

2. La secuencia de ácido nucleico diana se encuentra dentro del gen cromosómico oenico *M. tuberculosis* que codifica el antígeno b de la proteína. En el proceso de amplificación del ADN, la muestra preparada se dispensa en la mezcla de reacción formada por cuatro sondas oligonucleótidas, ligasa y polimerasa termoestables y nucleótidos individuales en tampón. Las cuatro sondas oligonucleótidas aparecen por pa-



rejas e hibridan en las secuencias dianas, complementarias, de un solo filamento de *M. tuberculosis*. Cuando un par de sondas ha hibridado en la secuencia diana de un filamento de ADN, queda un hueco de algunos nucleótidos entre las sondas. La polimerasa rellena este hueco con los nucleótidos procedentes de la mezcla LCR. Una vez se ha rellenado, la ligasa une el par de sondas con un enlace covalente para formar el producto amplificado, el cual es complementario de la secuencia diana original y puede a su vez servir como secuencia diana en los posteriores ciclos de amplificación.

3. Los dos pares de sondas oligonucleótidas presentes se marcan con grupos químicos inmunoreactivos (haptenos). Cada sonda posee un hapteno de captura (reconocido por un anticuerpo unido a las micropartículas MEIA) o un hapteno de detección (reconocido por un conjugado anticuerpo: fosfatasa alcalina). Cuando las sondas se unen durante la reacción éstas se han marcado de tal forma que el producto amplificado tiene el hapteno de captura en un extremo y el hapteno de detección en el otro. El producto amplificado se transfiere automáticamente a un pocillo de

incubación donde las micropartículas recubiertas con antihapteno de captura (de conejo) se unen tanto al producto amplificado como a las sondas no unidas que transportan el hapteno de captura. La mezcla se dispensa, a la cual se unen irreversiblemente los complejos de micropartículas. Los complejos unidos se incuban con el conjugado de antihapteno de detección (de conejo): fosfatasa alcalina que se une a los haptenos de detección. Este conjugado de anticuerpos se une únicamente a los productos amplificados. El punto de corte es la media del valor de los duplicados del calibrador LCx multiplicada por 0,30. Si el cociente S/CO $\geq 1,00$ ADN del *M. tuberculosis* detectado, y positivo para *M. tuberculosis* y $< 1,00$ ADN no detectado y supuestamente negativo.

Conclusiones: La especificidad encontrada en nuestro estudio fue del 100% para todas las técnicas ensayadas y la sensibilidad fue del 100% para el cultivo; 94% para la LCR; 89% para la prueba Amplicor y del 62% para la baciloscopia. Por tanto, el uso de las pruebas de amplificación genómica, por su rapidez y sensibilidad, suponen un gran avance en el diagnóstico de esta enfermedad, especialmente la LCR.