

Comunicaciones Orales

XII Xornadas Galegas de Medicina Familiar e Comunitaria

Cad Aten Primaria
Año 2007
Volumen 14
Pág. 28-41

VIERNES, SALA A, 19.45 HRS

DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD. CARACTERÍSTICAS DOCENTES Y TIPO DE TÉCNICAS REALIZADAS.

Someso García, Ana M^ª; Maestro Saavedra, Francisco Javier
C de S Elviña-Mesoiro. A Coruña

Objetivos: Dar a conocer el funcionamiento del programa de cirugía menor llevado a cabo a lo largo del año 2006 en un centro de salud urbano perteneciente al área sanitaria de Coruña que cuenta con labor docente a residentes y médicos externos.

Material y métodos: Se recogen todas las intervenciones de cirugía menor realizadas teniendo en cuenta el diagnóstico preoperatorio, técnica quirúrgica y análisis anátomo-patológico.

Se realiza un resumen del funcionamiento del programa establecido para su realización (horarios, método de citación y actividad docente).

Resultados: A lo largo del año se han realizado 508 intervenciones siendo la técnica más utilizada la crioterapia (45%), debido a la disponibilidad de nitrógeno líquido, seguida de técnicas quirúrgicas básicas como la exéresis y el curetaje. También se realizan técnicas quirúrgicas avanzadas que por sus características "especiales" se mencionan como la lobuloplastia y la frenotomía.

El tipo de lesión más frecuente intervenidas son las verrugas (32%), seguidas de los quistes epidérmicos y los fibromas.

Creemos que debe de ser incluida la infiltración dentro este programa. Siendo la patología más frecuente infiltrada las tendinitis de miembro superior.

Conclusiones: Valoramos una reducción de listas de espera y del tiempo quirúrgico. La facilidad del acceso al centro.

El corto tiempo de incapacidad de este tipo de intervenciones. Y el establecimiento de un doble sistema docente formador de características "compañero a compañero".

MICROALBEM: ESTUDIO DE PREVALENCIA DE MICROALBUMINURIA EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA ZBS DE BEMBIBRE

Rancaño Domínguez B, Díaz Rodríguez A, Mahmoud Atoui O, Vázquez Mallada D, Martínez F
CS de Bembibre

Objetivo principal: Determinar la prevalencia de microalbuminuria (MAB) en la población hipertensa la ZBS de Bembibre, y correlacionar los valores de MAB con la severidad de HTA.

Objetivos secundarios: Determinar la correlación entre los niveles de MAB y otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y evaluar el porcentaje de pacientes de la muestra que presentan síndrome metabólico (SM) según criterios de la ATP III y su correlación con los valores de MAB.

Material y métodos: Encuesta epidemiológica transversal en una muestra de 137 pacientes hipertensos incluidos en el S. Hipertensión (305), atendidos en los consultorios de Atención Primaria de la ZBS de Bembibre. La determinación de excreción urinaria de albúmina (EUA) se ha llevado a cabo en una muestra de orina aislada (137 pacientes) mediante el cociente Albúmina/Creatinina expresado en mg/g por método semicuantitativo (MICROALBUSTIX), definiendo como MAB la EUA entre 30-300.

Análisis estadístico: Tamaño muestral requerido:128 pacientes. N final de 137 pacientes.

Análisis y procesamiento de datos con SPSS 11.5 utilizando pruebas de estadística descriptiva.

Para la comparación entre grupos se analizaron mediante tablas de contingencia y aplicación de pruebas de Chi cuadrado de Pearson. Para el análisis de la correlación entre los niveles de MAB y las distintas variables categóricas, se aplicó la Correlación de Spearman.

Conclusiones: La MAB se encuentra presente en un 31% de la población hipertensa atendida en atención primaria en la ZBS de Bembibre, en un 33% en diabéticos y hasta en un 44% en el SM. Además, existe una correlación muy significativa entre la prevalencia de MAB y la severidad de la HTA ($p < 0,0001$), y entre la prevalencia de MAB y SM ($p < 0,004$)

ENCUESTA DE PREVALENCIA Y MANEJO DE LA DISPEPSIA EN LA PROVINCIA DE OURENSE

María D. Ucha Souto, Pilar Garzon Guitería, Eloy Sánchez Hernandez*

Centro de Salud A Cuña-Mariñamansa de Ourense, *Servicio de Digestivo del Complejo Hospitalario de Ourense

OBJETIVO: Análisis del manejo de la dispepsia en AP. Ourense comparando la actuación con las guías de práctica clínica (fármacos, estudio del H.Pylori..)

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal mediante encuesta a 259 médicos.

RESULTADOS: Respondieron 60% (69% médicos de 35-50años y 70% población rural).

La dispepsia supone el 10% de las consultas (50% subtipo dismotilidad y 30% asociada AINES).

El 81,4% prefiere antisecretores, sobre todo omeprazol. Es menos elegido por >35años igual que antiácidos (más pautados por <35años que eligen Ranitidina). En procinéticos se escoge Domperidona.

El 97,4% valora el síntoma predominante para la elección del fármaco: 96,7% escoge IBP para subtipo ulceroso y el 99,3% los procinéticos para subtipo dismotilidad.

El 67,5% asocia fármacos: 86% IBP + Procinéticos y hasta un 11% IBP+ Antiácidos.

Todos solicitan endoscopia ante signos de alarma pero el 70% desconoce la edad de derivación.

El 66,4% estudian el H.Pylori mayoritariamente con la prueba del aliento, tratándolo con triple terapia. El 36,5% confirman la erradicación por serología.

CONCLUSIONES:

- La carga asistencial es mayor de lo esperado
- En Ourense predomina subtipo dismotilidad.
- Los Antisecretores son de elección, sobre todo omeprazol.
- No está clara la edad de derivación a la endoscopia.
- Un alto porcentaje no estudia el H.Pylori y usa test no apropiados para confirmar su erradicación.

ESTUDO DESCRIPTIVO DA ACTIVIDADE NUN CENTRO DE REHABILITACIÓN DE ALCOHÓLICOS.

González Iglesias, Pilar; Fernández Domínguez, M^a José; Fernández Rolán, Vicenta; Veiga Romero, Pablo; Menéndez Villalba, Carlos.

XAP Ourense

Obxectivo: Analizar a efectividade do programa terapéutico.

Deseño: Estudio observacional descriptivo a 6 meses.

Ámbito de estudio: Comunidade terapéutica na provincia de Ourense.

Suxeito: Mostra de 393 pacientes seleccionados por mostraxe aleatorio simple dunha poboación diana de 1212 internos.

Medicións: Estudiamos as variábeis: sexo, idade ó ingreso, idade detección problema, estado civil, orixe, situación laboral, procedencia, apoio externo, antecedentes familiares, tipo de familia, patoloxías concomitantes, tratamento farmacolóxico, reingresos, falecementos e suicidios.

Resultados: 76,3% homes, aumentando a proporción de mulleres ao longo dos anos. 36,3% solteiros, 40,2% casados, 19,6% separados e 3,9% viúvos. Media de idade ó ingreso 40,88 anos IC 95%(39,95-41,80). 59% procede do medio rural, 75,7 % poboación activa. Nivel de estudos: 2,6% analfabetos, 61,7% primarios, 22,3% medios e 13,4% universitarios. Só o 16,5% ingresan derivados por algún médico. Idade detección problema: 26,85 anos IC 95%(24,73-28,96) para homes e 28,75 anos IC 95%(25,13-32,26) para mulleres, observándose que o 16% dos homes inicianse na adolescencia, fronte ó 6,1% de mulleres nesa idade. A media de días de estancia foi 161,88 días IC 95%(141,80-181,97). Apoio familiar 86% dos casos. O 33,3 % presentan hepatopatía; o 16,8% transtornos psiquiátricos. Adicción a outras sustancias no 5,3%. O 66,4 % recibiron alta terapéutica, sendo estadisticamente significativo que contengan con apoio familiar. Falecidos: 10,2 % dos pacientes, sendo o 25% das mortes por autolisis.

Conclusións: A efectividade do programa de deshabitación sitúase no 66,4%, sendo relevante que os pacientes contengan con apoio familiar para logralo

VIERNES, SALA D, 19.45 HRS**FIBRILACIÓN AURICULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA:
¿RITMO SINUSAL O CONTROL DE FRECUENCIA?**

María Luisa González Pérez; Cristina Pérez López

Pac Verín

Objetivos: conocer el tipo de estrategia que se utiliza en el tratamiento de la fibrilación auricular y las complicaciones según se intente una estrategia u otra.

Ambito de estudio: centro de salud urbano.

Diseño: estudio retrospectivo, que incluye a pacientes diagnosticados de fibrilación auricular entre los años 2000-2005.

Sujetos: se revisaron historias de un total de 168 pacientes diagnosticados en los últimos 5 años.

Mediciones: estudiamos variables como edad, sexo, tensión arterial, frecuencia cardíaca, imc, parámetros analíticos, hábitos tóxicos, cardiopatía de base, dm, ecocardiograma, síntoma inicial, tratamiento y abandonos, así como estrategia inicial (control de frecuencia o reversión a sinusal) y complicaciones según esta.

Resultados: la media de edad fue de 75.17 años (± 11.07), encontrando un número mayor de mujeres. La presencia de cardiopatía de base es similar en ambos grupos. La dm, está asociada sobre todo al grupo de control de frecuencia. Los fármacos que se emplean para el tratamiento son bastante eficaces pero hay un porcentaje importante de abandonos, sobre todo cuando se pretende mantener en ritmo sinusal. Las complicaciones debidas a la arritmia: ictus, tromboembolismo pulmonar e ingresos son similares en ambos grupos, salvo la insuficiencia cardíaca que está más presente en el grupo de control de frecuencia.

Conclusiones: la edad es la variable que condiciona la estrategia de tratamiento. Las complicaciones son similares en ambos grupos.

**ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES DE CIRUGÍA
MENOR REALIZADAS EN EL CENTRO DE SALUD
DE MONTEPORREIRO- PONTEVEDRA EN EL AÑO 2006**

Manuel Castro Pazos*, Alberto Raúl Juncal Fondevila*, Marta Ocampo Fontangordo**, Paula Castro Vázquez**, María José Pereira Garrido

*Centro de Salud de Monteporreiro Pontevedra

**Residentes en Medicina Familiar y Comunitaria

Objetivo: Describir la actividad de cirugía menor realizada en el Centro de Salud de Monteporreiro- Pontevedra.

Diseño: Estudio descriptivo de las cirugías realizadas en el periodo 20-1-2006 a 31-10-2006.

Emplazamiento: Centro de Salud de Monteporreiro- Pontevedra que tiene asignadas 3730 TSI.

Intervención: La de cirugía menor es ofrecida a todos los usuarios del Centro que la precisen y realizada en consulta programada por uno de los facultativos de la Unidad con el apoyo del personal de enfermería.

Todas las muestras extirpadas son enviadas al Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de referencia, CHOP.

Disponemos de los resultados anatómo-patológicos de las piezas extirpadas en un mes. La cirugía se realiza en la consulta destinada a tal fin. Disponemos de material básico para realizar las intervenciones. No disponemos de bisturí eléctrico ni de lámpara de luz fría.

Resultados: El número de pacientes intervenidos fue de 55, de los cuales 35 eran mujeres (el 64 %) y 20 eran varones (36%).

La edad media de los pacientes intervenidos fue de 48 años, la desviación típica de 15.6. Siendo el valor máximo 94 años y el mínimo 4 años.

La accesibilidad de los pacientes es máxima, no hay demoras.

La correlación clínica anatómo-patológica es alta.

El número de complicaciones es bajo y de poca importancia, infecciones. Se solucionaron todas en el nivel primario.

El tiempo medio de atención a cada paciente fue de 20 minutos. 18 horas de trabajo durante el periodo estudiado.

Patologías intervenidas:

Lesión extirpada	Número	Cor.clin-ap	Complicaciones
Quiste triquilemal	5	SI	NO
Hemorroides trombosadas	2		NO
Dermatofibromas	2	SI	NO
Uña encarnada	5		Infección (3)
Fibromas péndulos	30	SI	NO
Lipoma	1	SI	NO
Angiom	1	NO	NO
Nevus papilomatoso	4	SI	NO
Nevus displásico	8	SI	NO
Basalioma	2	SI	Infección (1)
Moluscum contagioso	30	SI	NO
Quistes epidérmicos	13	SI	NO
Ca. Espinocelular	1	SI	NO

Cuernos cutáneos	2	SI	NO
Plástia lóbulo oreja	3		NO
Extracción cuerpo extraño	2		NO
Verruga común	5	SI	NO
Queratosis actínica	2	SI	NO
Neurofibromas	2	SI	NO
Granulomas piógenos	2	SI	NO

Conclusiones: La cirugía es una actividad que se puede realizar en Atención Primaria ya que requiere:

Mínima infraestructura

Mínimo aumento de carga asistencial

Aumenta el poder de resolución de este nivel

Los riesgos de la cirugía son mínimos.

El grado de satisfacción del usuario es alto

La accesibilidad del usuario es máxima

SEGUIMIENTO DE PATOLOGÍA MIGRAÑOSA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Alende Fandiño, Dolores¹; Pena Seijo, Marta¹; Carbone Gromás, Nicolás; Asadi, Wísam¹; Garcia Mosteiro, Silvia³; Nieto Pol, Enrique⁴

1- Residente de MFyC 3º año. 2- Residente de MFyC 1º año.

3- Adjunto Medicina Familiar y Comunitaria. 4- Doctor en MFyC

SAP Concepción Arenal. Santiago de Compostela

OBJETIVO: Describir los pacientes identificados con migraña en un centro de salud.

MÉTODOS: Revisión retrospectiva de las historias de nuestro cupo identificadas como migraña. El diagnóstico original se reclasificó siguiendo los criterios de la International Classification Headache Disorder-II. Se utilizaron índices estadísticos descriptivos para evaluar los datos obtenidos.

RESULTADOS: De los 1822 pacientes de nuestro cupo 58 están codificados como migrañosos (3,18%) 17,24% varones y 82,76% mujeres. La media de edad de la población resultó 39 años. El 91,4% han sido diagnosticados en Atención Primaria (AP). El 25,9% han acudido alguna vez a la consulta del Servicio de Neurología, precisando el 10% realizar TAC cerebral. Nos encontramos que el 77,8% tiene migraña sin aura, 10,3% migraña con aura, 8,6% probable migraña y 3,4% cefalea en racimos. Cefalea en racimos es más prevalente en hombres (10%) y la migraña sin aura lo es más entre las mujeres (85,4%). Las complicaciones de migraña y la cefalea tensional solo aparecen en mujeres con migraña sin aura. En la distribución por edad destaca que migraña con aura aparece más en gente joven (21,1% <35 años, 8,3% entre 35 y 44, no hay casos en >45 años). Un 36,2% han recibido tratamiento preventivo en alguna ocasión, sobre todo si presentan migraña con aura (66,7%) o sin aura (37,7%). El 98,3% han consumido algún fármaco durante las crisis

de migraña (77,6% antiinflamatorios no esteroideos [AINES], 53,4% triptanes, 22,4% analgésicos y 6,9% ergóticos). En la actualidad ningún paciente consume ergóticos.

CONCLUSIONES: El diagnóstico de la migraña se realiza esencialmente en AP. La derivación a atención especializada es baja y fundamentalmente para realizar pruebas diagnósticas de imagen a las que no se tiene acceso en AP. Respecto al tratamiento, parece destacable que más de un tercio de los pacientes reciban tratamiento preventivo.

ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS

Yolanda Taboada Blanco^a, Salvador Pita Fernández^a, Joaquín Serrano Peña^b, Ceferino Pérez Vázquez^b, Bernardino Méndez Naya^b, Arturo Louro Gonzalez^b

a- Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña. b- Centro de Saude de Cambre. A Coruña

Objetivo: Determinar el riesgo cardiovascular según los modelos matemáticos: UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study), Framingham, Score, Regicor, Dorica y determinar la concordancia entre ellos para predecir riesgo cardiovascular elevado

Material y métodos:

Ambito: Pacientes diabéticos Centro de salud de Cambre. A Coruña

Período de estudio: 2005

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia

Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico de DM tipo 2. Los criterios diagnósticos de la enfermedad siguen las recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) de 1997.

Tamaño muestral: n=339 pacientes (seguridad 95% y precisión de $\pm 2,94\%$.)

Mediciones: Edad, Sexo, Peso, Talla, IMC (índice de masa corporal = peso/ talla²). Tabaquismo, Hipertrofia de ventrículo izqdo (HVI) por electrocardiograma (criterios de Sokolow) y cuantificación del riesgo cardiovascular según los modelos matemáticos: UKPDS, Framingham, Score, Regicor y Dorica

Análisis estadístico: Estadística descriptiva de las variables incluidas y cálculo del índice Kappa para el estudio de concordancia.

Resultados: La media de edad es de 67,7 años con una amplitud de 36 a 94 años. La media de los años de evolución de la DM es de 10,5 años con un rango entre 1 y 55 años. La prevalencia de HTA conocida es de 59,9%. De los hipertensos conocidos el 69,5% estaban mal controlados (TA $\geq 14/9$). De los que no se sabían hipertensos el 33,3% lo eran. Hipercolesterolemia (52,2%). Fuman en el

momento del estudio (11,8%). Retinopatía diabética (20,1%). Prevalencia de HVI (5,5%). La prevalencia de obesidad es mayor en las mujeres que en los hombres (60,9% vs. 36,5%). La prevalencia de riesgo alto más elevado corresponde al UKPS (punto de corte 20 o más) (49,4%), seguido del Framingham (36,3%), del REGICOR (punto de corte 10 o más) (30,2%), del SCORE (28,2%) y del DORICA (12,5%). La mayor concordancia corresponde al UKPDS y el Framingham (Índice de Kappa 0,53)

Conclusiones: Los pacientes diabéticos presentan un elevado riesgo cardiovascular. Los modelos matemáticos Framingham, Score, Regicor y Dorica infraestiman el riesgo cardiovascular en relación con el UKPDS en los pacientes diabéticos.

SÁBADO, SALA A, 11.00 HRS

ESTUDIO DE LAS INCAPACIDADES TEMPORALES DE UNA CONSULTA DEL CENTRO DE SALUD DE CALO-TEO

Iglesias Caamaño María, Del Río Martín Paula, García Rodríguez Raquel, Vidal Castiñeira Isabel, Pérez Crespo José Manuel, Bugarín González Rosendo

Centro de Salud de Calo-Teo. A Coruña

Introducción:

La gestión de las incapacidades temporales (IT) es de gran importancia para el médico de familia fundamentalmente por 3 razones: implica un enorme gasto, su burocracia consume mucho tiempo y, en ocasiones, plantea problemas éticos.

Objetivo: Conocer las variables epidemiológicas de las IT de un cupo rural de AP.

Material y Métodos:

- Ámbito de estudio: Centro de Salud de Calo-Teo (A Coruña).
- Tipo de estudio: descriptivo, retrospectivo.
- Sujetos: individuos de uno de los cupos de Calo (1750 TIS) que, tras una situación laboral de IT, fueron dados de alta durante el año 2006.
- Mediciones; número de IT, distribución por sexos, distribución estacional, contingencia, motivo, duración, necesidad de ingreso hospitalario y tipo de resolución. Las medidas se expresan en porcentajes y en medias aritméticas con desviación estándar (\pm DE).

Resultados: Durante dicho período se produjeron un total de 133 IT, con una edad media de 42,1 (\pm 15,2) años. Eran mujeres 73 (54,9%), 115 (86,5%) enfermedades comunes, 1 (0,8%) enfermedad profesional y 17 (12,8%) accidentes. Duración media: 49,1 (\pm 76,2) días. En cuanto a la estacionalidad, 45 (33,8%) se iniciaron en primavera, 20 (15%) en verano, 33 (24,8%) en otoño y 21 (21,8%) en invierno. Los grupos de motivos más frecuentes fueron

las enfermedades del aparato locomotor 38 (28,6%) y a continuación las infecciosas, 23 (17,3%). El problema más frecuente fue la lumbalgia, 18 (13,5%). Requirieron ingreso hospitalario 21 (15,8%), hubo un fallecimiento y en 7 (5,3%) casos propuso el alta la Inspección Médica.

Conclusiones: Las IT son más frecuentes en adultos jóvenes del sexo femenino y fundamentalmente en primavera. La duración media parece excesivamente prolongada. Al igual que en otros estudios, al aparato locomotor y en concreto las lumbalgias son las principales responsables de las IT.

ANÁLISIS DE LAS CITOLOGÍAS REALIZADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MONTEPORREIRO-PONTEVEDRA EN EL AÑO 2006

Alberto Raúl Juncal Fondevila*, Manuel Castro Pazos*, Paula Castro Vázquez**, María José Pereira Garrido**, Marta Ocampo Fontangordo**

* Especialista en MFEC. Centro de Salud de Monteporreiro

** Residentes MFEC del Centro de Salud de Monteporreiro

UAP Monteporreiro Pontevedra

Objetivo: Describir la actividad preventiva de diagnóstico precoz de cáncer de cuello de útero realizada en el Centro de salud de Monteporreiro -Pontevedra.

Diseño: Estudio descriptivo de las citologías realizadas en el periodo 20-1-2006 a 31-10-2006

Empazamiento: Centro de salud de Monteporreiro-Pontevedra. Hay dos consultas de medicina de familia que atienden a 3050 personas mayores de 14 años.

Intervención: Toma de muestras de citologías endo-exocervicales en consulta programada por uno de los dos médicos de familia que trabajan en dicho Centro de salud, esta actividad está apoyada por el personal de enfermería.

RESULTADOS:

Número total de mujeres exploradas..... 99

Dos mujeres se derivaron por detectarse pólipos endocervicales.

*Numero total de citologías realizadas..... 97

* Distribución de citologías realizadas por edades:

EDAD	Nº CITOLOGIAS	% TOTAL
< 25 AÑOS	4	4%
25-34 AÑOS	14	14%
35-65 AÑOS	71	73%
> 65 AÑOS	8	8%

* Resultados de las citologías:

RESULTADO	TOTAL	%
NORMAL	91	96%
LSIL (3 ASCUS+1 CIN1)	4	4 %

* Capacidad de solución de este problema en Atención Primaria:

Mujeres exploradas..... 99
 Mujeres a las que se le soluciona el problema..... 95
 Se le soluciona el problema al 95 % de las mujeres

*Tiempo necesario para la realización de la citología:

El tiempo medio fue de 10 minutos.
 Tiempo total dedicado a esta actividad fue de 16 horas 30 minutos .

* Demora media para realización de citologías: No hay demora

CONCLUSIONES: El diagnóstico precoz de Cáncer de cuello de útero debe ser una actividad que se ofrezca que todos los Centros de salud. El % de solución de este problema en A.P. es muy alto.

El tiempo necesario para realizar esta actividad es mínimo.

La accesibilidad es máxima: No hay demora

La formación necesaria para realizar esta técnica es baja. Puede ser realizada por distintos miembros del Equipo, no necesariamente el personal facultativo.

PREVALENCIA DE DIABETES EN POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS EN EL MUNICIPIO DE ABEGONDO (A CORUÑA)

Rocio Seijo Bestilleiro, Salvador Pita Fernández, Sonia María Gómez Pardiñas, Sonia Pértega Díaz

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

Objetivos: Determinar la prevalencia de diabetes y su relación con el índice de masa corporal (IMC)

Material y métodos

Ámbito: Ayuntamiento de Abegondo

Periodo: Enero 2003 - Diciembre 2003

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia

Criterios de inclusión: Muestra aleatoria del padrón municipal (≥ 65 años).

Tamaño muestral: En el Ayuntamiento de Abegondo según el padrón municipal del año 2002 hay 5.772 habitantes. Muestreo aleatorio estratificado por edad, sexo y parroquia de residencia ($n=271$; alfa 0.05; precisión ± 6 y 15% pérdidas).

Mediciones: Se define diabetes conocida como la referida por el paciente. Se define como diabetes diagnosticada la toma de medicación (insulina y/o antidiabéticos orales) y/o glucemia ≥ 126 mg/dl. Edad, sexo, IMC, nivel educativo e hipertensión arterial (HTA).

Análisis estadístico: Estadística descriptiva de las variables incluidas. La asociación de variables cualitativas se realizó por medio del estadístico Chi-cuadrado. Para estudiar la concordancia entre lo referido por el paciente y el diagnóstico clínico de diabetes se utilizó el índice Kappa. Para determinar la asociación de diferentes variables entre sí se utilizaron modelos de regresión logística.

Resultados: La prevalencia de diabetes conocida es del 10,3%. Existe una alta concordancia ($kappa=0,81$) entre lo que el paciente conoce y la medicación que toma para esta patología (insulina o antidiabéticos orales). Si consideramos además el hecho de tomar o no medicación para la diabetes y los resultados analíticos de glucemia en ayunas (≥ 126 mg/dl), la prevalencia es de 15,2%. La concordancia entre lo que el paciente refiere y los hallazgos de medicación y analíticos ($Kappa=0,63$). La prevalencia de diabetes a partir de 65 y más años disminuye con la edad, no existen diferencias con el sexo, con el nivel educativo ni con la prevalencia de hipertensión. Existe una clara diferencia significativa en la prevalencia de diabetes según el índice de masa corporal. Los que presentan un $IMC \geq 30$ (obesos) presentan una prevalencia de un 16,2% y los no obesos ($IMC < 30$) de 6,3%. Tras ajustar por todas las variables, previamente mencionadas, objetivamos que la única variable con un efecto independiente para predecir la prevalencia de diabetes es su IMC. Si realizamos los mismos cálculos utilizando como variable dependiente no la diabetes conocida por el paciente sino la diagnosticada según la toma de antidiabéticos orales o insulina objetivamos hallazgos similares.

Conclusiones; La única variable con un efecto independiente para predecir la prevalencia de diabetes, en este grupo de población, es su IMC.

PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL EN UNA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES. EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Sousa Vila Ester, Almazan Ortega Raquel, Fernández Soto Nuria, Herranz Urbasos María.

C.S. Valle Inclán-Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Ourense

Ojetivos: evaluar la efectividad de una intervención educativa en términos de aumentar conocimiento en relación con efectos nocivos del abuso de alcohol. Conocer el grado de satisfacción de los adolescentes con la charla educativa recibida.

Diseño: estudio cuasi-experimental de intervención, no aleatorizado. Comparación entre los mismos individuos antes y después de la intervención.

Sujetos de estudio: adolescentes entre 14 y 17 años cursando 3º o 4º de ESO en la ciudad de Ourense en mayo del 2005. Los colegios participaron voluntariamente.

Intervención: completaron cuestionario anónimo y autocumplimentado con preguntas de conocimientos en relación con alcohol antes y 2 semanas después de una charla educativa.

Resultados: participaron 491 alumnos de edades comprendidas entre los 14 y los 17 años. La intervención consigue un cambio en conocimientos adquiridos, con un mayor porcentaje de aciertos significativos en 4 de las 8 preguntas planteadas. Aumentan en conocimiento en saber que el alcohol es una droga (79,6% de aciertos después de la intervención, frente al 63,4%), que puede producir un problema de dependencia en el futuro (27,11% en comparación con 19,84%), que genera agresividad y violencia (58,80% frente al 46,42%) y que una persona se puede morir a consecuencia de una intoxicación etílica aguda (84,86% frente al 78,32). La satisfacción de los adolescentes con la charla es muy alta.

Conclusiones: la intervención resulta efectiva en términos de producir un cambio significativo en conocimientos relacionados con el alcohol. Sería deseable fomentar campañas de prevención para tratar de modificar conductas de consumo abusivo, que sería el objetivo final.

SÁBADO, SALA E, 11.00 HRS

TELEDERMATOLOXÍA NUN CENTRO DE SAUDE URBANO

Iglesias Losada R.*, Piñeiro Vidal M.J.*, Segade Buceta X.**,
Ginarte Val M.J.***

*Centro de Saúde Vite de Santiago, **Xerencia Atención Primaria de Santiago, ***Complexo Hospitalario Universitario de Santiago

Objetivos: Coñecer as principais características dos pacientes aos que se lle fixo consulta dermatolóxica por telemedicina.

Material e Métodos: A poboación obxecto de estudo foron todas as interconsultas realizadas nun centro de saúde urbano, entre os anos 2000-2006 (N=126). Trátase dun estudo descritivo, para o cal se recolleron as seguintes variables: sexo, concordancia diagnóstica e terapéutica, derivación e motivo, días evolución, tempo de resposta e diagnóstico da lesión. Para a análise dos resultados empregáronse as porcentaxes para as variables cualitativas e a mediana coa súa correspondente desviación cuartil (DC) para a única variable cuantitativa.

Resultados: Un 54% dos pacientes eran mulleres. Cando se propuxo diagnóstico, este foi coincidente co do dermatólogo nun 78,5%. A coincidencia terapéutica foi menor (60%). Deriváronse un 28,6% dos pacientes, sendo na metade dos casos provocada pola realiza

ción de probas complementarias. A maior parte dos pacientes presentaban lesións con menos dun mes de evolución (43,6%); sen embargo, unha cuarta parte dos pacientes tiñan lesións de máis dun ano de evolución. A mediana do tempo de resposta do dermatólogo foi de 1 día (DC tamén 1). Os principais grupos de enfermidades dermatolóxicas foron: dermatite (19,2%), tumores benignos (14,2%) e enfermidades papuloescamosas (11,7%).

Conclusión: Grazas á tele dermatoloxía só se derivaron un 28,6% dos pacientes, sendo moi aceptable o tempo de resposta do dermatólogo.

DEMORA DEL PACIENTE, DEMORA DIAGNÓSTICA E INTERVALO PRIMEROS SÍNTOMAS-DIAGNÓSTICO EN PACIENTES CON CANCER DE COLON Y RECTO

Salvador Pita Fernández, Paloma González Santamaría, Francisco Arnal Monreal, Rocío Seijo Bestilleiro, Joaquín Serrano Peña, Sonia Pértega Díaz

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Hospital Juan Canalejo

OBJETIVO: Determinar la demora del paciente, la demora diagnóstica y el intervalo primeros síntomas- diagnóstico en el cáncer colorrectal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ámbito de estudio: Área sanitaria de A Coruña.

Periodo de estudio: Septiembre de 2006 a Febrero de 2006

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia

Criterios de inclusión/exclusión: Confirmación anatomopatológica de cáncer colorrectal y consentimiento para participar en el estudio.

Tamaño muestral: n=99 ($\alpha=0,05$, precisión= $\pm 10\%$)

Mediciones: Edad, sexo, nivel de estudios, profesión, demora del paciente (intervalo primeros síntomas - primera consulta a su médico), demora diagnóstica (intervalo primera consulta - confirmación anatomopatológica), intervalo primeros síntomas-diagnóstico. Cuestionario semiestructurado administrado por una encuestadora previamente adiestrada.

Análisis estadístico: Análisis descriptivo de las variables incluidas en el estudio.

RESULTADOS: De los 99 pacientes identificados se han excluido 5 casos prevalentes y 1 paciente que no dio su consentimiento para participar en el estudio. La media de edad de los 93 pacientes incluidos fue de $66,9 \pm 11,5$ años, con un rango de 39 a 100 años, siendo la mayoría varones (66,7%). La mediana de la demora del paciente fue de 14 días, la mediana de la demora diagnóstica de 2,75 meses y del intervalo primeros síntomas-diagnóstico de 4,1 meses.

La demora del paciente está significativamente asociada con la importancia que éste le ha dado a los síntomas: la mediana de la demora de los que consideraban que no era nada serio, en compa-

ración con los que consideraron que era algo serio fue de 18 vs. 3 días. No existen diferencias significativas en la demora del paciente según su nivel de estudios.

CONCLUSIONES: Las demoras son consistentes con lo publicado en la literatura. La demora del paciente no se modifica según el nivel de estudios y si con la importancia que el paciente le da a los síntomas que presenta.

PRIMEROS SÍNTOMAS/SIGNOS Y ACTITUDES DEL PACIENTE CON CÁNCER COLORRECTAL

Paloma González Santamaría, Salvador Pita Fernández, Francisco Arnal Monreal, Arturo Louro González, Joaquín Serrano Peña, Sonia Pértega Díaz

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Hospital Juan Canalejo.

OBJETIVO: Determinar los primeros síntomas/signos, actitudes y motivo de consulta de los pacientes con cáncer colorrectal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ámbito de estudio: Área sanitaria de A Coruña.

Periodo de estudio: Septiembre de 2006 a Febrero de 2006

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia

Criterios de inclusión/exclusión: Casos incidentes con confirmación anatomopatológica de cáncer colorrectal y consentimiento para participar en el estudio.

Tamaño muestral: $n=99$ ($\alpha=0,05$, precisión= $\pm 10\%$)

Mediciones: Edad, sexo, síntomas y signos de cáncer colorrectal y motivo de consulta. Cuestionario semiestructurado administrado por una encuestadora previamente adiestrada.

Análisis estadístico: Análisis descriptivo de las variables incluidas en el estudio.

RESULTADOS: De los 99 pacientes identificados se han estudiado 93, ya que 5 eran casos prevalentes y 1 paciente no dio su consentimiento para participar en el estudio. La media de edad fue de 66.9 ± 11.5 años, con un rango de 39 a 100 años, siendo la mayoría varones (66,7%). De los pacientes estudiados, 12 (12,9%) fueron diagnosticados por un hallazgo casual. Los síntomas/signos más frecuentes han sido: rectorragia (51,9%), dolor abdominal (35,8%), diarrea de nueva aparición (29,6%) y estreñimiento de nueva aparición (19,8%). Ante los primeros síntomas, el 72,8% consideró que no era nada serio y un 9,9% que era algo muy serio o grave. Ante estos síntomas, el 24,7% inicialmente no consultaron a nadie de su entorno. El 44,4%, antes de ir al médico, esperó a que los síntomas remitieran espontáneamente, fundamentalmente porque no les parecía importante lo que les pasaba (92,3%). La persistencia (46,2%) o empeoramiento (30,8%) de los síntomas, o la aparición de nuevos síntomas (35,9%) han determinado que los pacientes acudiesen más tarde al médico. Cuando deciden realizar una consul-

ta por estos síntomas, un 71,6% acudieron a su médico de familia y el 13,6% a urgencias del hospital.

CONCLUSIONES: La rectorragia, el dolor abdominal y las alteraciones del hábito intestinal son los síntomas iniciales más frecuentes del cáncer colorrectal. La mayoría de los pacientes no consideran inicialmente sus síntomas como algo grave. Ante su persistencia, en su mayoría, acuden a su médico de familia.

INLUENCIA DAS VARIABLES FAMILIARES NA MORTALIDADE NUNHA COHORTE DE HIPERTENSOS

Mª Trinidad Gamarra Mondelo, Carlos Menéndez Villalva, Agustín Montes Martínez, Mª José Fernández Domínguez, Raquel Almazan Ortega, Carmen Núñez Losada

Centro de Saúde de Ribadavia (Ourense), Xerencia de Atención Primaria de Ourense, Departamento de Saúde Pública da Universidade de Santiago de Compostela, Unidade Docente de Atención Primaria de Ourense, Departamento de Medicina Preventiva do Complexo Hospitalario Ourense

Obxectivo: Determinar si existe relación entre as variables familiares e a mortalidade nunha cohorte de hipertensos dun Centro de Saúde.

Ambito: Centro de Saúde semiurbano.

Tipo de estudio: Estudio observacional dunha cohorte de hipertensos, prospectivo cun seguimento de 9 anos.

Suxeitos: Cohorte de 236 pacientes seleccionados por mostreo aleatorio sistemático dunha poboación diana de 1056 hipertensos en programa nun Centro de Saúde.

Medicións: Variables medidas: idade, presión arterial, frecuencia cardiaca, diabete, dislipemia, actividade laboral, situación laboral, tipoloxía familiar, función familiar, etapa do ciclo vital familiar (CVF), presenza de mortalidade, tipo de mortalidade.

Intervencións: Análise da relación das variables familiares e a mortalidade mediante as curvas de supervivencia de Kaplan-Meier e o test de log-rank. Análise multivariante mediante regresión de Cox.

Resultados: A idade media inicial foi 64,98 IC 95% (63,54-66,42), cunha maior porcentaxe de mulleres: 67%. O 62,7% dos pacientes vivían no seo dunha familia nuclear ó inicio do estudio, sendo a prevalencia de familias disfuncionais do 21,7%, estando o 26% na fase de disolución no CVF. Faleceron 49 (20,8%) pacientes, sendo 22 (44,9%) de causa cardiovascular.

Atopamos maior mortalidade nas familias gravemente disfuncionais ($p=0,05$), e na fase de disolución do CVF ($p<0,01$). As familias extensas e nucleares tiveron menor mortalidade ($p<0,01$).

Conclusións: A disfunción familiar, estar na fase de disolución no CVF e non vivir en unha familia nuclear ou extensa se relaciona cun maior risco de mortalidade.

SÁBADO, SALA A, 17.30 HRS.

PREVALENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL EN POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS DEL MUNICIPIO DE ABEGONDO (A CORUÑA)

Sonia María Gómez Pardiñas, Salvador Pita Fernández, Rocio Seijo Bestilleiro, Sonia Pértega Díaz, Francisco Valdés Cañedo
Unidad de epidemiología clínica y bioestadística. Complejo hospitalario universitario Juan Canalejo. A Coruña.

Objetivos: Determinar la prevalencia de insuficiencia renal en la población ≥ 65 años

Material y métodos

Ámbito: Ayuntamiento de Abegondo

Período: Enero 2003 - Diciembre 2003

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia

Criterios de inclusión: Muestra aleatoria del padrón municipal (≥ 65 años).

Tamaño muestral: En el Ayuntamiento de Abegondo según el padrón municipal del año 2002 hay 5.772 habitantes. Muestreo aleatorio estratificado por edad, sexo y parroquia de residencia ($n=271$; alfa 0.05; precisión ± 6 y 15% pérdidas).

Mediciones: Se estima el aclaramiento de creatinina con las fórmulas Cockcroft-Gault y MDRD.

Análisis estadístico: Estadística descriptiva de las variables incluidas. Para determinar la asociación de diferentes variables entre sí se utilizaron modelos de regresión logística.

Resultados: Según la estimación de Cockcroft-Gault el 42,9% de la población estudiada presentan un aclaramiento menor de 60 y según la estimación de MDRD es el 21,4%. Existe una alta prevalencia de insuficiencia renal en pacientes con valores de creatinina normales. Así objetivamos como pacientes con niveles de creatinina $<1,3\text{mg/dl}$ presentan una prevalencia de insuficiencia renal de 40,7% que según el método MDRD es del 16,6%. Existe mayor prevalencia de insuficiencia renal en las mujeres que en los hombres, siendo esta diferencia significativa con ambos métodos. Existe una correlación negativa entre la estimación del aclaramiento con la edad, en el sentido de que a mayor edad menor aclaramiento. Con el método Cockcroft-Gault la prevalencia de insuficiencia renal en el grupo de 65 a 74 años es de 25,0% y en el grupo de 85 y más es de 93,3% ($p<0,0001$). La misma tendencia se objetiva con la estimación del MDRD. Utilizando

como variable dependiente el tener o no insuficiencia renal según el método Cockcroft-Gault y ajustando o teniendo en consideración las variables edad, sexo, HTA, diabetes, hematocrito, ácido úrico, colesterol, triglicéridos, HDL, LDL, las variables con un efecto independiente para predecir insuficiencia renal son el sexo y la edad.

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de insuficiencia renal. La utilización sólo de la creatinina infraestima la prevalencia real de insuficiencia renal.

SESGO DE INFORMACIÓN DE PESO Y TALLA EN ALUMNOS DE ENFERMERÍA

Alba María Parada Sánchez, María Consuelo Couce Cal, Sonia María Martínez Mosquera, Salvador Pita Fernández

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo

Objetivo: Determinar la concordancia entre valores medidos y declarados de Peso y Talla

Material y métodos:

Ámbito de estudio: Escuela Universitaria de Enfermería A Coruña

Período de estudio: Curso 2006-2007

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia

Criterios de inclusión: Alumnos de dicho centro que desearon participar.

Mediciones/Intervenciones: Edad, sexo, peso, talla e índice de masa corporal (IMC)

Las mediciones y los datos declarados han sido anónimos. Previo a lo declarado los alumnos fueron medidos y tallados.

Resultados: La media de peso (kgrs.) declarado y medido ha sido de 59.4 ± 7.57 vs 60.0 ± 7.99 ($p < 0.001$). La media de talla (metros) declarada y medida ha sido de 1.67 ± 0.07 vs $1.64 \pm 0.5 \pm 6$ ($p < 0.001$). La media de IMC declarado y medido ha sido de 21.23 ± 3.27 vs 22.24 ± 2.73 ($p < 0.001$). La prevalencia de sobrepeso y obesidad declarada es 12.5 % vs 13.9%. Si controlamos por sexo objetivamos que el peso de de los hombres declarado y medido es de 67.0 ± 9.21 vs 66.43 ± 10.42 y la talla 1.65 ± 0.01 vs 1.70 ± 0.07 . En las mujeres el peso declarado vs el medido es de 58.36 ± 6.77 vs 59.52 ± 7.63 . La talla declarada vs medida es de 1.68 ± 0.07 vs 1.63 ± 0.05 . La sobrestimación de la talla en la mujer es de 5 cm. y en el hombre se infraestima en 5 cm.. En el peso la infraestimación del peso es de 0.57 kgrs en el hombre y 1.16 kgrs en las mujeres.

Conclusión: Existe un sesgo de información en los datos de peso y talla declarado y medido. Las mujeres sobrestiman la talla e infraestiman el peso y los hombres infraestiman la talla y sobrestiman el peso.

DISPONIBILIDAD Y USO DE INTERNET ENTRE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Elsa Fernández López, Emiliano Fernández-Obanza Windscheid, Leonor Villegas Gonzales, Patricia S. Vázquez Millán, Manuel Ferreiro Gómez, Emilio Casariego Vales.

SU Hospital A Marcide Ferrol, S Medicina Interna H Xeral Calde Lugo, SAP Fingoy Lugo, SAP Cambre, SAP Fingoy Lugo, SU Hospital J Canalejo Coruna

OBJETIVO: Conocer la disponibilidad y uso de Internet entre los médicos de atención primaria (MAP) como objetivo secundario al estudio de las dudas que se plantean en la consulta.

MATERIAL Y MÉTODOS:

AMBITO: Consultas médicas ordinarias de Atención Primaria (AP) en las provincias de Coruña y Lugo (9/2006-1/2007).

TIPO DE ESTUDIO: Estudio observacional trasversal.

SUJETOS: MAP destinados en una plaza con cualquier tipo de contrato, seleccionados de forma aleatoria estratificada por provincia.

MEDICIONES: 4 médicos encuestadores han permanecido durante la totalidad de una jornada ordinaria con los médicos seleccionados. Mediante una encuesta se recogieron las dudas que surgen en cada consulta, los métodos de solución y el uso de Internet, objeto este último del estudio que se presenta.

RESULTADOS: Encuestamos a 81 médicos (62.5% mujeres) de ambas provincias. Sólo 17 (21%) disponen de acceso a Internet desde su consulta, aunque el acceso desde el Centro es factible para el 54.3% de los encuestados. A pesar de ello el 91.5% no utilizan Internet como herramienta durante la consulta y sólo el 6.2% lo hacen a diario. Cuando acceden, las páginas profesionales utilizadas con mayor frecuencia son Fistera (55 médicos; 51 como primera opción de consulta) Diario Médico (13; 4 como primera opción) y Google (11; 2 como primera opción) las menos utilizadas las institucionales (MSC y SERGAS). Los motivos más frecuentes de uso son formación continuada (51) e información profesional (47). Sólo 39 (48.1%) utilizan este sistema, al menos ocasionalmente, como apoyo de la consulta.

CONCLUSIONES: A pesar de que el acceso a Internet desde la consulta ya es factible para un 21% de los profesionales, lo usan poco durante la misma. Fistera es la página más utilizada, la usan el 87,3% de los MAP; el 81% como primera opción. Se necesitan más estudios para conocer las necesidades y las barreras de los MAP en el uso de Internet.

VALORACIÓN DE LA ESTRATEGIA DIAGNOSTICA DE LA HIPERTENSIÓN DE BATA BLANCA, MEDIANTE LA AUTO MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL (AMPA) Y LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (MAPA)

Manuel Domínguez Sardiña

Centro de Salud de Sárdoma

Objetivo: Actualmente sigue vigente el algoritmo propuesto por Pickering en 1990 para el diagnóstico de Hipertensión de Bata Blanca mediante el uso de AMPA y MAPA. De acuerdo con esta estrategia si un individuo presenta elevación persistente en la clínica de su Presión Arterial (PA), sin evidencia de lesión de órgano diana, y la AMPA no confirma el diagnóstico, debemos realizar una MAPA, para confirmar o descartar el diagnóstico de HBB. Con este estudio pretendemos probar esta estrategia en la práctica.

Material y Métodos

El presente análisis está basado en los datos obtenidos de un estudio previo diseñado para comparar el diagnóstico de HTA basado en la determinación de PA en la clínica, con AMPA y con MAPA (pendiente de publicación). Estudiamos 194 sujetos (117 varones y 77 mujeres), con una media de edad de 50.69 ± 1.21 años, normotensos o diagnosticados de HTA esencial leve-moderada por medidas de PA en consulta, no habiendo recibido tratamiento farmacológico en al menos los 15 días previos. Se realizaron tomas de PA en consulta médica, con un OMRON 705 IT, en posición sentada, después de 5 minutos de reposo, tres tomas de PA separadas entre sí por 1 minuto. A continuación se realizó una MAPA con un monitor validado (Save 33 o Spacelabs 90207), colocando el manguito sobre el brazo no dominante. Se midió la PA durante 48 h consecutivas, a intervalos de 20 minutos entre 07:00 y 23:00 y de 30 minutos entre 23:00 y 07:00. Una semana después se repitió la toma de PAC y se realizó una AMPA, con un monitor OMRON 705 IT, registrando medidas de PA al levantarse, después de comer y antes de acostarse. En cada momento del día se realizaron 2 medidas en un intervalo de 2 minutos. Cada paciente realizó 28 medidas en 5 días consecutivos.

Considerábamos HTA en consulta médica ($PA \geq 140/90$ mm Hg en la media de las seis medidas) y en automedida en domicilio ($PA \geq 135/85$ mm Hg), y por MAPA su cumplía cualquiera de los siguientes criterios media de PA de 24 horas $\geq 125/80$ [ESH-ESC, 2003], media diurna $\geq 135/85$ o media nocturna $\geq 120/75$ [VII JNC, 2003].

Resultados: De los 127 sujetos detectados como HTA en la clínica, en 74 de ellos se confirmaba la HTA por AMPA, y, de estos, solo en 3 no se confirmaba el diagnóstico por MAPA. El resto de los 127 pacientes, 53, no presentaban cifras de PA por AMPA superiores a 135/85, de estos, 39 se diagnosticaban como HTA por MAPA y 14 como Normotensos.

Según nuestro estudio, de seguir las recomendaciones de Pickering, de los 17 pacientes que cumplen los criterios de HBB (PA alta en la clínica y normal en la MAPA) detectaríamos 14 (82.4%), quedando 3 pacientes como HBB no detectados (17.6%), que representa el 1,5% del total de participantes en el estudio.

De los 67 sujetos clasificados como normotensos por la toma de PA en la consulta, el 41,8% (28 pacientes) serían hipertensos si le realizáramos una MAPA, un 14.4% de los participantes del estudio presentan lo conocido como HTA enmascarada.

Conclusiones: El seguimiento del algoritmo recomendado por Pickering permite con bastante seguridad descartar la Hipertensión de Bata Blanca, pero debemos de implementar otras estrategias para reducir la incidencia de HTA enmascarada.

SÁBADO, SALA D, 17.30 HRS

INTERVENCIONES BREVES EN ATENCIÓN PRIMARIA FRENTE AL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL. SITUACIÓN EN EL AREA SANITARIA DE VIGO

Jacinto Mosquera Nogueira

C.S. Bembrive

OBJETIVOS: Conocer el nivel de conocimientos que tienen los médicos de APS del Area Sanitaria de Vigo sobre los Servicios de alcohol que contiene su Cartera de Servicios.

Conocer el grado subjetivo de cumplimiento de las actividades de estos Servicios. Conocer mediante monitorización de historias clínicas el cumplimiento objetivo.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio observacional descriptivo realizado en una muestra de 34 médicos de Atención Primaria elegidos aleatoriamente entre los 343 que trabajan en el Area.

El trabajo consistió en 3 tareas:

1. Entrevista personal para evaluar los 2 primeros objetivos
2. Monitorización de historias para el 3º objetivo

RESULTADOS: 1. Conocimientos: sobre el Servicio de detección del consumo de alcohol, un 79,5% sabía que hay que preguntar sistemáticamente por el consumo de alcohol a todos los asegurados del cupo, y un 73,6% sabía que hay que cuantificarlo. Con respecto al Servicio de intervención en el bebedor excesivo, un 88,2% sabía que hay que dar consejo al bebedor excesivo y derivar al dependiente. Solo un 44,1% sabía que debe hacer un test de CAGE para screening de dependencia.

2. Aplicación subjetiva: en más de un 70% los médicos dicen cumplir estas actividades, salvo en la utilización de cuestionarios.
3. Monitorización: se confirma lo anterior. En esta muestra de historias se detecta un 7,9 de bebedores excesivos, incluyendo un 1,8% de dependencias alcohólicas (que fueron derivadas). En los bebedores excesivos consta consejo en el 77,5% de los casos pero que solo fue repetido en el 44,6% .

CONCLUSIONES: Existe un aceptable conocimiento de las actividades a realizar sobre el consumo de alcohol, con una aplicación adecuada en la práctica, salvo en la realización de cuestionarios.

Parece importante ampliar este estudio analizando cualitativamente el consejo realizado.

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ESTIMACION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN DIFERENTES MODELOS DE RIESGO EN UNA MUESTRA ALEATORIA POBLACIONAL DE 65 Y MÁS AÑOS EN EL MUNICIPIO DE ORTIGUEIRA (A CORUÑA)

Mª Paz Garrote Bouza, Salvador Pita Fernández, Sonia Pértega Díaz.

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña

Objetivo: Determinar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y estimación del riesgo según diferentes modelos en una muestra poblacional aleatoria de 65 y más años

Material y métodos:

Ambito: Municipio de Ortigueira (A Coruña)

Período de estudio: Enero - Junio 2006

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia

Criterios de inclusión: Población de 65 y más años, con selección aleatoria estatificada por sexo, grupos de edad y parroquia.

Tamaño muestral: Ortigueira: Población: 8022 habitantes, de 65 y más años 2638). Para una seguridad del 95%(alfa= 0.05) y una precisión de $\pm 6\%$ asumiendo un 15% de pérdidas de información necesitamos estudiar 285 habitantes. Tamaño final: 301.

Mediciones: Determinación analítica, índice de masa corporal, escores de riesgo cardiovascular (Framingham, DORICA, REGICOR y SCORE), nivel de estudios, edad y sexo.

Análisis estadístico: Estudio descriptivo de los datos. Concordancia entre la patología conocida y diagnosticada y entre los diferentes modelos de riesgo entre sí (Inide de Kappa).

Resultados: La prevalencia de obesidad es de 41,42%, siendo discretamente mayor en las mujeres que en los hombres (42,2% vs 40,3%). La mayor prevalencia se objetiva en el grupo más joven de 65 a 74 años. La misma tendencia se objetiva con la HTA, el 47,0% son hipertensos conocidos. Tras dos mediciones de TA se objetiva

que el 64% son hipertensos. El 5,5 % son fumadores en el momento actual. La prevalencia global de diabetes conocida es de 15,5% y la prevalencia de diabetes diagnosticada (insulina, antidiabéticos orales, y/o glucemia en ayunas ≥ 126 mg/dl) es de 17,8%. Se conocían hipercolesterolémicos el 26,0% de los pacientes, tras la determinación analítica objetivamos que mayor ó igual de 200 es el 64,2% y mayor ó igual a 220 el 42,1%. La media mas elevada de puntuación corresponde al modelo de Framingham, seguido de DORICA, REGICOR y SCORE. Si consideramos el riesgo elevado (por encima de un valor determinado para los diferentes modelos) objetivamos que el valor más elevado corresponde al SCORE (39,8%) seguido del Framingham (30,5%), REGICOR (15,9%) y DORICA (3,3%).

Conclusión: Existe una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, siendo estos en ocasiones desconocidos por el paciente. El riesgo cardiovascular elevado disminuye en los pacientes de 70 y más años en comparación con los menores de 70 en todos los modelos estudiados.

ENCUESTA SOBRE EL GRADO DE CONOCIMIENTO EN LA TÉCNICA DE MEDIDA DE PA PRESION ARTERIAL (PA) ENTRE PROFESIONALES DE ATENCION PRIMARIA Y RESIDENTES

Castiñeira Pérez M.C.; González Paradelo C.; Rios Rey M.T.; Moliner de la Puente J.R.; Crespo Sabarís J.; Domínguez Sardiña M. Miembros del Grupo de Trabajo de HTA de la AGAMFEC C.S.Fingoi (Lugo), C.S. Beiramar (Vigo), C.S. La Doblada (Vigo), Gerencia Atención Primaria Pontevedra-Vigo, C.S.Sárdoma (Vigo)

OBJETIVO: Determinar grado conocimiento en técnica de medida de PA, entre médicos/as (M), enfermeros/as (E) de AP y residentes (R) de las Áreas Sanitarias de Lugo y Vigo.

MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo transversal. Se diseñó y elaboró una encuesta basándose en indicaciones de la Sociedad Española de Hipertensión. Tras estudio piloto, se realizó redacción definitiva con 15 preguntas de respuesta única, autocumplimentada y anónima que se envió a M, E y R de Equipos de AP de las Áreas Sanitarias citadas. Por consenso se seleccionaron 7 como básicas. Se utilizó Chi cuadrado o exacta de Fisher para variables cualitativas, T de Student independiente para variables cuantitativas.

RESULTADOS: Se recibieron 734 encuestas de la muestra (61,5% M y E, 73,1% R). Respondedores: Edad media 45,5 años (+/- 8,8); 65,6% mujeres; 50,9% M; 44,8% E. Media tiempo trabajado: 14 años. Mediana de respuestas correctas para M: 11, para E: 10. El 8,3% de M y 26% de E respondían correctamente menos de 8 preguntas ($p=0,000$); 66,3% de M y 61% de E contestaban correctamente 8-12 preguntas ($p=0,098$); 25,4% de M y 13% de E con-

taban correctamente más de 12 preguntas ($p=0,000$). No hay diferencias significativas para los tres grupos entre M y R. Ningún R contestó correctamente toda la encuesta. El 26% de M y 17,8% de E contestan correctamente encuesta básica ($p=0,019$) sin diferencia por edad ni tiempo trabajado.

CONCLUSIONES:

Existe un conocimiento limitado sobre la adecuada técnica de medida de PA entre los profesionales de AP, principalmente entre los enfermeros/as.

PREVALENCIA DE ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA EN PACIENTES DIABÉTICOS

Yolanda Taboada Blanco^a, Salvador Pita Fernández^a, Joaquín Serrano Peña^b, Ceferino Pérez Vázquez^b, Bernardino Méndez Naya^b, Sonia Pértega Díaz^a

a- Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña, b- Centro de saúde de Cambre. A Coruña.

Objetivo: Determinar la prevalencia de arteriopatía periférica en pacientes con diabetes mellitus (DM) tipo 2

Material y métodos:

Ambito: Pacientes diabéticos Centro de salud de Cambre. A Coruña
Período de estudio: 2005.

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia.

Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico de DM tipo 2 identificados en el registro informatizado del Centro de Salud de Cambre durante el período de estudio. Los criterios diagnósticos de la enfermedad siguen las recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) de 1997.

Tamaño muestral: n= 339 pacientes (seguridad 95% y precisión de $\pm 2,94\%$.)

Mediciones: Características antropométricas: Edad, Sexo, Peso, Talla, IMC (índice de masa corporal = peso/ talla²). Las mediciones del peso y talla se realizaron con una báscula calibrada en el momento de la observación. Para la identificación de arteriopatía periférica hemos utilizado el doppler portátil (Mini Dopplex), obteniendo el índice tobillo/brazo.

Análisis estadístico: Estadística descriptiva de las variables incluidas y análisis de regresión logística para determinar variables asociadas a la presencia de arteriopatía.

Resultados: La prevalencia de arteriopatía definida como un índice tobillo- brazo $< 0,9$ (grados IIa, IIb, III y IV) lo presentan un 29,2%. El 5,6% tienen un grado de afectación IIb o mayor. El síntoma subjetivo de claudicación intermitente lo presentan el 9,2%. Si compara-

mos las diferentes variables con el no tener arteriopatía en relación con el grado más severo (IIb, III, IV) objetivamos que los de grado más severo fuman más (6,9 cigarrillos/día versus 35,0 cigarrillos/día), son mayores en edad (67,9 años vs. 78,7 años) y tienen valores de creatinina (mg/dl) (0,99 vs. 1,1) y de ácido úrico (mg/dl) más elevados (5,5 vs. 6,4) siendo todas estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). Ajustando por Infarto pre-

vio, edad, exfumador, hipertrofia de ventrículo izqdo. e IMC la variable con un efecto independiente para predecir la probabilidad de arteriopatía son la edad (OR = 1,15) y el ser exfumador (OR = 3,86).

Conclusiones: La prevalencia de arteriopatía es consistente con lo publicado en la literatura. La edad y el ser exfumador tienen un efecto independiente para predecir arteriopatía periférica en diabéticos.

Comunicaciones Póster

XII Xornadas Galegas de Medicina Familiar e Comunitaria

Cad Aten Primaria
Año 2007
Volumen 14
Pág. 42-50

PÉRDIDA DE AGUDEZA VISUAL UNILATERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Marta Ocampo Fontangordo¹, María Abuín Seoane², Verónica Lázaro González³, María Castro del Río⁴, Ana Herrero González⁵, Enrique Dios Castro⁶

1- Centro de Salud de Monteporreiro - Pontevedra, 2-Ambulatorio San Roque - Vilagarcía de Arousa, 3-Servicio de Radiología - Complejo Hospitalario de Pontevedra, 4-Servicio de Neurología - Complejo Hospitalario de Pontevedra, 5-Servicio de Urgencias - Complejo H. Pontevedra. 6- Servicio Oftalmología. Complejo Hospitalario Pontevedra

INTRODUCCIÓN: La exploración de la campimetría por confrontación es parte esencial, y habitualmente olvidada de la exploración neurológica. Precisamente dicho olvido puede inducirnos a error en el planteamiento diagnóstico del paciente con clínica de pérdida de agudeza visual.

CASO CLÍNICO: Varón de 71 años de edad con factores de riesgo vascular (hábitos tabáquico y etílico, fibrilación auricular, diabetes mellitus y dislipemia). Entre sus antecedentes cabe destacar una amaurosis en ojo derecho por catarata y un traumatismo craneoencefálico (TCE) con hemorragia frontal izquierda 4 años antes.

Acude a Urgencias por pérdida brusca de agudeza visual en ojo izquierdo. En la exploración inicial no se aprecia ningún dato de focalidad neurológica. Se realiza una tomografía computada (TC) craneal que revela una zona de gliosis frontal izquierda (residual del TCE antiguo). Se comenta con oftalmólogo de guardia, quien no aprecia patología ocular aguda que justifique la clínica. Se deja en observación, pero a las 12 horas presenta un cuadro brusco de pérdida de fuerza en miembros izquierdos.

La exploración realizada por el neurólogo revela un defecto campimétrico en el hemisferio temporal del ojo izquierdo, así como una hemiplejía y hemihipoestesia izquierdas.

Una nueva TC craneal, 24 h después del evento inicial, revela infarto subagudo en territorio de arteria cerebral posterior (ACP) derecha e infartos agudos en territorio de arteria cerebral media (ACM) derecha y territorio frontera ACM-ACP derechas. El ecodoppler de troncos supraaórticos (TSA) muestra oclusión de la arteria carótida interna (ACI) derecha. La pérdida de agudeza visual izquierda que refería inicialmente el paciente, se debía a una hemianopsia homónima izquierda secundaria al infarto de la ACP derecha (de probable origen embólico). En un segundo tiempo, el paciente presentó un infarto en territorio de la ACM derecha probablemente desencadenado por la oclusión de la ACI derecha. Se le propuso tratamiento anticoagulante oral que rechazó.

CONCLUSIONES:

Ante un paciente con cuadro brusco de pérdida de agudeza visual, debemos valorar si la pérdida ha ocurrido en un solo ojo (probable causa oftalmológica o neuropatía óptica isquémica) o en los dos (en ese caso la causa más frecuente es neurológica del tipo de ceguera cortical si hay lesión occipital bilateral o hemianopsia homónima si es lesión occipital unilateral). En este paciente se añadía la dificultad de explorar la campimetría por confrontación al existir amaurosis previa del otro ojo. No obstante, hemos de recordar que la exploración de la campimetría por confrontación es esencial, sencilla y rápida y el defecto campimétrico puede ser el único dato de focalidad en un paciente con una lesión (isquémica, hemorrágica o tumoral) de localización occipital.

CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN PACIENTES CRÓNICOS DOMICILIARIOS

Irene Sánchez Fernández, Eva Vidal Marcote, Martín Debén Sánchez

C.S. Caranza (Ferrol - La Coruña)

Objetivo: Conocer el consumo de psicofármacos en pacientes crónicos domiciliarios adscritos a un Centro de Salud urbano y sus principales características.

Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano del Area Sanitaria de Ferrol (La Coruña)

Pacientes: Los 70 pacientes de nuestro Centro de Salud incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria en junio de 2006.

Resultados: La edad media de nuestros pacientes crónicos domiciliarios fue de 77,75 años, de los que un 67,14% eran mujeres y un 32,86% varones. Vivían solos un 7,14% del total y no recibían apoyo social un 61,42%. Un 72,85% se encontraban en situación de inmovilización por un tiempo superior a 2 años, siendo las enfermedades neurológicas (60%) la causa más frecuente de inmovilización.

En el momento de la realización del presente estudio estaban a tratamiento con psicofármacos un 74,28% del total de pacientes, especialmente los pacientes en situación de inmovilización por causa neurológica (un 90,47% de los mismos)

Un amplio porcentaje de pacientes (51,92%) recibían más de un tipo de psicofármaco en el momento de la realización del estudio. Los fármacos más utilizados fueron las benzodiazepinas, presentes en las prescripciones del 75% de los pacientes tratados con psicofármacos.

Conclusiones: Es preciso la evaluación periódica del tratamiento con psicofármacos en pacientes crónicos domiciliarios, valorando adecuadamente las indicaciones, selección de fármacos, posología y asociaciones, con objeto de evitar la aparición de problemas asociados a su utilización.

FISIOTERAPIA PREQUIRÚRGICA Y COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS

Isabel Yáñez Brage, Salvador Pita Fernández, Ursicino Martínez Rodríguez, Alberto Juffé Stein, Sonia Pertega Díaz

Escuela de Fisioterapia. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística

Objetivo: Determinar si la fisioterapia preoperatoria modifica las complicaciones respiratorias postquirúrgicas.

Material y métodos:

Ambito: Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo-Oza (Unidad de Fisioterapia). A Coruña.

Periodo: Mayo/2005-Diciembre/2006

Tipo de Estudio: Observacional de prevalencia

Tamaño muestral: n = 264 pacientes

Criterios de inclusión: Enfermos sometidos a cirugía coronaria sin circulación extracorpórea, mayores de 18 años, intervenidos en el servicio de cirugía cardiaca durante el período de estudio.

Mediciones: En cada persona incluida en el estudio se determinaron: variables de fisioterapia pre y postquirúrgicas, complicaciones respiratorias (atelectasia, derrame pleural, edema de pulmón, neumotórax y neumonía), inspiración sostenida máxima, flujo espiratorio pico, grado funcional de la NYHA, fracción de eyección.

Resultados: Recibieron fisioterapia previa 159 pacientes (60,5%). Presentaron atelectasia el 24,7%. Existe asociación entre la presencia de atelectasia y el no recibir fisioterapia previa. Los que reciben fisioterapia presentan atelectasia el 17,3% en comparación con un 33,3% de los que no la reciben. Tras ajustar por edad, sexo, fracción de eyección y el hecho de recibir o no fisioterapia, objetivamos que la variable que tiene un efecto independiente para predecir atelectasia es el haber recibido fisioterapia previa. La fisioterapia previa tiene un claro efecto protector con un OR de 0,316. Lo que significa que si se recibe fisioterapia previa se tiene 3,16 menos probabilidades de presentar atelectasia.

Conclusiones: la fisioterapia en el preoperatorio previene las complicaciones respiratorias

ANÁLISIS DEL CONTROL DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ESTABLECIDA ASOCIADA A SÍNDROME METABÓLICO

Pilar Garzon Guiteria, Maria Dolores Ucha Souto, Víctor Castelo Fuentes

Centro de Salud A Carballeira Ourense, Complejo Hospitalario de Ourense, Servicio de Cardiología CHOU

OBJETIVO: Determinar el control de los factores incluidos en el Síndrome Metabólico en aquellos pacientes con cardiopatía isquémica establecida.

MATERIALY MÉTODOS: Se comprobaron los datos analítico metabólicos en pacientes con cardiopatía isquémica y Síndrome Metabólico (empleando los criterios de la ATPIII) al ingreso y tras varios años de seguimiento tanto en las consultas especializadas como de Atención Primaria.

RESULTADOS: Más del 50% de los pacientes tenían niveles de triglicéridos, cHDL, glucemia y tensión arterial al ingreso por encima de lo indicado. Al control estos valores se optimizaron en más del 60%. Se objetivo un mejor control de triglicéridos en las mujeres, no encontrándose diferencias significativas entre sexos en el resto de parámetros.

Más del 50% de los pacientes eran fumadores o exfumadores. El IMC no estaba registrado en un 40%, mientras que el 48% de los registros eran obeso o con sobrepeso.

El 50% de los pacientes realizaban control dietético bajo en grasas y sodio.

Tan solo el 32% realizaban una actividad física moderada. Al 55% de los pacientes con Síndrome Metabólico y Cardiopatía Isquémica asociada se le realizaban controles anuales.

CONCLUSIONES: Es necesario un control médico más intenso en aquellos pacientes con cardiopatía isquémica establecida asociada a síndrome metabólico.

CIRUGÍA MENOR MÍNIMAMENTE INVASIVA:

QUISTES TRIQUILEMICOS

**Paula Martínez Espada, Mónica Lombardía Cortiña,
Fernando Rial Rama**

C.S. Elviña. A Coruña

DEFINICIÓN: La localización más frecuente de los quistes epidérmicos es en cuero cabelludo. En esta región derivan de una parte del folículo que se denomina triquilema, por lo que en esta localización la casi totalidad de dichos quistes son en realidad quistes triquilemicos.

Los quistes triquilemicos se presentan como una lesión nodular, redondeada firme, generalmente dura y de superficie lisa. Cuando sobrepasan los 2-3 cm de diámetro y debido a la tensión a que está sometida la epidermis que los recubre, puede ulcerarse e infectarse secundariamente.

Frecuentemente son múltiples y tienen un carácter hereditario con patrón autosómico dominante.

El tratamiento es quirúrgico y sencillo si no ha habido complicaciones tales como ulceración, infección o proliferación, que dificulten la separación de la pared del quiste de la dermis circundante.

TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO:

1. Rasurado local:

Se realiza rasurado de mínima extensión de entre 1 y 1'5 cm. sobre todo en la zona central de la lesión.

2. Desinfección de la zona:

Aplicación de povidona yodada local para desinfección.

3. Anestesia local:

Infiltración con anestésico local (Scandinibsa al 2%) tras aspirado para descartar localización en un vaso, sin puncionar el quiste.

4. Preparación de campo estéril:

Colocación de paño estéril fenestrado.

5. Punch:

Se perfora la cápsula del quiste con un punch de 5,6 u 8 mm ejerciendo tensión perpendicular a las líneas de tensión cutánea.

6. Vaciado del contenido:

Se realiza vaciado por expresión del contenido del quiste.

7. Clampado de la cápsula con pinza y despegamiento de la misma con ayuda de tijera curva de punta roma.

8. Tracción y extracción de la cápsula.

9. Comprobación de la inexistencia de cápsula en el interior de la cavidad.

10. Preparación de la muestra en formol para envío a Anatomía Patológica.

11. Lavado de la cavidad con suero y povidona yodada.

12. Sutura y cierre con uno o dos puntos de seda 3/0.

13. Limpieza de herida quirúrgica con povidona yodada.

14. Aplicación externa de Nobecutan aerosol.

15. Revisión de la herida en 24 horas.

16. Retirada de los puntos a los 7 días.

VENTAJAS DE LA CIRUGIA MÍNIMAMENTE INVASIVA:

-Extracción de formaciones quísticas de varios centímetros a través de un orificio de mínimas dimensiones.

-Sangrado mínimo, casi inexistente, a pesar de estar trabajando en zona muy vascularizada, no siendo preciso la ligadura de vasos.

-Rapidez en el procedimiento: Se optimiza el tiempo en relación a la técnica clásica.

-Postoperatorio sin incidencias dado que no ha sido necesario realizar una incisión amplia en el tejido ni manipulación subquística del mismo.

-Es aplicable a quistes epidérmicos de otras localizaciones siempre y cuando éstos no hayan sufrido procesos inflamatorios previos (adherencias capsulares).

GRADO DE CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE EL AÑO 2004

**Cristina Pérez López, Alberto Núñez Touceda,
M^a Luisa González Pérez, J.A. Rodríguez Borrajo**

Urgencias Hospitalarias CHOU

Pac Verin, Pac Ribadavia

Con el aumento de la esperanza de vida, la hipertensión arterial (HTA) en la población adulta, es el factor de riesgo cardiovascular más prevalente y de los que motiva más consultas en Atención Primaria (AP).

OBJETIVOS: Analizar el grado de control durante el año 2004 de pacientes diagnosticados de HTA, asistidos en AP, los factores asociados al mal control tensional y la farmacoterapia empleada.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo observacional retrospectivo, en hipertensos de un centro de AP en una provincia interior durante el 2004. Muestreo aleatorio (n=127).

Variables: tensión arterial(TA) y fármacos antihipertensivos empleados en enero, junio y diciembre del 2004; edad, sexo, frecuencia cardíaca, tabaquismo, enolismo, obesidad, insuficiencia renal; asociación con otras enfermedades durante dicho año y parámetros analíticos. Se consideró control estricto tensional si TASistólica/TADiastólica <140/90mmHg.

Los datos se sometieron a análisis estadístico (SPSS).

RESULTADOS: La edad media de la población fue 69 años (IC 95% 59-89), siendo varones 74 (58,3%) y mujeres 53 (41,7%).

Obtuvieron mal control de la TASistólica 106 pacientes (83,5%) y 103(81,1%) de la TADiastólica.

Los varones fueron más tratados con diuréticos ($p<0,05$).

La TADiastólica disminuyó significativamente en los mayores de 65 años y en ellos se emplearon más diuréticos y menos beta-bloqueantes ($p<0,05$).

CONCLUSIONES: Sólo 2 de cada 10 hipertensos asistidos en AP, tuvo un control óptimo de su TA, finalizado el 2004. Los factores más asociados al mal control de la TA fueron la diabetes mellitus, el enolismo y la dislipemia. El buen control de la TA se asoció significativamente ($p<0,05$), al tratamiento con antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II).

¿INFLUYE EL SISTEMA DE CITAS EN LA DEMANDA ASISTENCIAL?

Patricia S. Vázquez Millán, Arturo Louro Gonzalez,

Sonia Pértega Díaz, Salvador Pita Fernández

Centro de salud de Cambre. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña

OBJETIVO: Estudiar el impacto del cambio de sistema de citaciones para actos administrativos (sin cita o con cita previa) en la demanda asistencial no administrativa

MATERIAL Y MÉTODOS: Es un estudio longitudinal prospectivo controlado que estudia la demanda por consultas administrativas (CAd) y consultas asistenciales (CAs) (demanda y programada) de 3 médicos de un centro de salud en el que se produce un cambio en el sistema de citaciones (se estudian dos meses antes y tres meses después del cambio de sistema de citaciones)

Se utilizan como casos dos médicos que cambiaron de sistema de citaciones, que pasaron de atender CAd sin cita a atender CAd con cita previa.

Se utiliza como control un médico que mantiene el sistema de citaciones (sin cita para CAd)

RESULTADOS (Provisionales): Se observó un aumento de la demanda de consultas urgentes estadísticamente significativo ($p=0,009$) en los médicos que cambiaron de sistema de citaciones (pasando del

1,67% al 2,64% del total) y un descenso de las urgencias estadísticamente significativo en el médico que no cambió de sistema de citas ($p=0,039$, pasando de 2,25% al 1,20% del total).

Descendió el número de CAs en los dos grupos: $P<0,001$, pasando del 73,45% al 52,84% del total en los médicos que cambiaron de sistema y $p=0,137$, pasando del 59,53% al 56,74% en el médico que no cambió de sistema.

Aumentó el número de CAd en los dos grupos: $p<0,001$, pasando del 24,89% al 44,52% en los médicos que cambiaron de sistema de citas y $p=0,039$ pasando del 38,22% al 42,06% en el médico que no cambió de sistema de citaciones.

CONCLUSIONES: Se concluye que existe un aumento estadísticamente significativo de la demanda de consultas urgentes que puede achacarse al cambio en el sistema de citaciones. La cita previa para actos administrativos no influye en el número de consultas asistenciales y administrativas

USO DE INTERNET Y VALORACIÓN DE SITIOS WEB ENTRE MIR DE MFYC

Patricia S. Vázquez Millán, Arturo Louro González

SAP Cambre. A Coruña

OBJETIVO: Conocer el uso de sitios de Internet y los criterios de valoración utilizados entre los médicos residentes de MFyC de la UD de A Coruña.

SUJETOS: Se realiza una encuesta a los 43 médicos residentes de MFyC de la UD de A Coruña en febrero de 2007. Se recogieron 38 cubiertas (86,04%)

TIPO DE ESTUDIO: Estudio observacional trasversal.

MEDICIONES: Una médica encuestadora entregó y recogió en mano la encuesta. Se valoraron las páginas más conocidas y las más usadas, así como los criterios de calidad que se utilizan a la hora de seleccionarlas.

RESULTADOS: De las 38 encuestas recibidas, 9 corresponden a varones (23,7%) La edad media es de 28,1 años. La página más utilizada resultó ser Fistera (78,9%) que es conocida por la totalidad de encuestados. Le sigue PubMed, usada por el 10,5% y conocida por el 97,4%. Las más conocidas tras Fistera y PubMed son Diario médico (91,4%) Semfyc (88,8%) y la Cochrane (77,1) con escasos porcentajes de uso (<5%).

Los criterios más valorados son: la actualización regular (4,66/5) la institución que publica la web (3,68/5) y los autores de la informa-

ción (3,68/5). Los que consideran menos importantes son el patrocinador de la web (2,29/5) y que se especifique o no los conflictos de intereses (3,31/5).

CONCLUSIONES: Fistera es la página más conocida y utilizada por los residentes de MFyC de la UD de A Coruña, que valoran alto los sitios con actualización regular por instituciones o grupos y autores de su confianza.

OPINIÓN DE LOS PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL SOBRE SUS MÉDICOS DE FAMILIA

Salvador Pita Fernández, Paloma González Santamaría,
Francisco Arnal Monreal, Arturo Louro González,
Joaquín Serrano Peña, Sonia Pértega Díaz

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Hospital Juan Canalejo. A Coruña

OBJETIVO: Determinar la opinión de los pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal sobre sus médicos de cabecera.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ámbito de estudio: Área sanitaria de A Coruña.

Periodo de estudio: Septiembre de 2006 a Febrero de 2006

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia

Criterios de inclusión/exclusión: Confirmación anatomopatológica de cáncer colorrectal y consentimiento para participar en el estudio.

Tamaño muestral: $n=99$ ($\alpha=0,05$, precisión $\pm 10\%$)

Mediciones: Edad, sexo, nivel de estudios, profesión. Cuestionario semiestructurado para conocer la opinión y confianza del paciente sobre su médico de cabecera. Dicho cuestionario fue administrado por una encuestadora previamente adiestrada.

Análisis estadístico: Análisis descriptivo de las variables incluidas en el estudio.

RESULTADOS: Se han identificado 99 pacientes, de los que se han estudiado 93, ya que 5 eran casos prevalentes y 1 no dio su consentimiento para participar en el estudio. La media de edad fue de $66,9 \pm 11,5$ años, con un rango de 39 a 100 años, siendo la mayoría varones (66,7%). El 60,9% de los pacientes refieren que sin duda ante un problema de salud irían a su médico de cabecera antes que a otro sitio. Sólo un 3,3% refiere que no lo harían en absoluto. El 69,6% refiere que siempre lo atiende el mismo médico y un 3,3% dice que es probable que no. El 68,5% manifiesta que su médico conoce sin duda los problemas de salud más importantes que tiene. El 64,1% recomendaría sin duda su médico a un amigo, el 20,7% refiere que es probable que sí y el resto dice que no lo haría. La puntuación que los pacientes dan a su médico de cabecera, de 0 a 10, tiene una media de $8,2 \pm 2,7$, y el 50% le otorgan la máxima puntuación. La puntuación dada a su médico es independiente de la edad

y el sexo del paciente, así como del tiempo desde que el paciente conoce a su médico.

CONCLUSIONES: Los pacientes dan una nota elevada a la confianza que tienen en su médico de cabecera.

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS DEL MUNICIPIO DE ABEGONDO (A CORUÑA)

Sonia María Gómez Pardiñas, Rocio Seijo Bestilleiro,
Salvador Pita Fernández, Sonia Pértega Díaz,
Francisco Valdés Cañedo, M^o del Carmen Varela Tobio

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo hospitalario universitario Juan Canalejo. A Coruña.

Objetivo: Determinar la prevalencia de hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia, obesidad y diabetes en población ≥ 65 años del municipio de Abegondo.

Material y métodos:

Ámbito: Ayuntamiento de Abegondo

Periodo: Enero 2003-Diciembre 2003

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia

Criterios de inclusión: Muestra aleatoria del padrón municipal (≥ 65 años).

Tamaño muestral: En el Ayuntamiento de Abegondo según el padrón municipal del año 2002 hay 5.772 habitantes. Muestreo aleatorio estratificado por edad, sexo y parroquia de residencia ($n=271$; alfa 0.05; precisión ± 6 y 15% pérdidas).

Mediciones: Se determina la patología conocida por el paciente (HTA, hipercolesterolemia, diabetes) y se identifica la patología diagnosticada por medio de registro de TA, determinación analítica y medicación tomada. A su vez, se calcula el índice de masa corporal (IMC) tras pesar y medir a la población.

Análisis estadístico: Estadística descriptiva de las variables incluidas. Para estudiar la concordancia entre lo referido por el paciente y el diagnóstico clínico de diabetes se utilizó el índice Kappa.

Resultados: La media de edad es de $75,23 \pm 7,2$. La prevalencia de HTA es de 50,4%. Del total de hipertensos diagnosticados, el 59,1% conocían que lo eran. De los que no se sabían hipertensos el 42,0% tenían la tensión por encima de los valores normales. De los que tomaban medicamentos para la tensión arterial el 50,7% estaban mal controlados. La hipercolesterolemia conocida y declarada por el paciente como tal es del 12,9%. Las determinaciones analíticas muestran que el colesterol total de 220 ó más es de 39,4%. De los pacientes con hipercolesterolemia analíticamente, un 88,8% no se conocían con hipercolesterolemia. La prevalencia de sobrepeso es de

45,9% y la de obesidad es de 41,1%. La prevalencia de diabetes conocida es del 10,3%. Existe una alta concordancia ($\kappa = 0,81$) entre lo que el paciente conoce y la medicación que toma para esta patología (insulina o antidiabéticos orales). Si consideramos además el hecho de tomar o no medicación para la diabetes y los resultados analíticos de glucemia en ayunas ($\geq 126\text{mg/dl}$), la prevalencia es de 15,2%.

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. Los hallazgos son consistentes con lo publicado en la literatura

INSUFICIENCIA RENAL EN UNA MUESTRA ALEATORIA POBLACIONAL DE 65 Y MÁS AÑOS DEL MUNICIPIO DE ORTIGUEIRA (A CORUÑA)

Salvador Pita Fernández, M^a Paz Garrote Bouzaa, Sonia Pértega Díaza, Francisco Valdés Cañedo, Luis Pita Chento
Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña, Servicio de Nefrología

Objetivo: Determinar la prevalencia de insuficiencia renal en una muestra poblacional aleatoria de 65 y más años

Material y métodos:

Ambito: Municipio de Ortigueira (A Coruña)

Período de estudio: Enero - Junio 2006

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia

Criterios de inclusión: Población de 65 y más años, con selección aleatoria estatificada por sexo, grupos de edad y parroquia

Tamaño muestral: Ortigueira: Población: 8022 habitantes, de 65 y más años 2638). Para una seguridad del 95% ($\alpha = 0.05$) y una precisión de $\pm 6\%$ asumiendo un 15% de pérdidas de información necesitamos estudiar 285 habitantes. Tamaño final: 301.

Mediciones: Determinación analítica, creatinina, estimación del aclaramiento de creatinina según el método Cockcroft-Gault y el MDRD, edad y sexo.

Análisis estadístico: Estudio descriptivo de los datos. Coeficiente de correlación r de Pearson. T Student o test de Mann Whitney para comprar medias y estadístico Chi-cuadrado para asociación de variables cualitativas.

Resultados: La prevalencia de insuficiencia renal (aclaramiento menor de 60) según la estimación de Cockcroft-Gault es del 56,6% y según MDRD del 42,8%. Con valores de creatinina $<$ de 1.2 mg/dl el 34.8% presentan insuficiencia renal según el método Cockcroft-Gault y un 50.2% según el método MDRD. Existen diferencias significativas entre los valores de aclaramiento en los hombres y las mujeres, siendo estos valores más elevados en los hombres independientemente de la fórmula de la estimación que se utilice. A medida que aumenta la edad disminuye el aclaramiento de forma significativa. En

el grupo de 65-74 la prevalencia de aclaramiento $<$ de 60 según Cockcroft-Gault es de 37,2% y llega a 97,9% en población de 85 y más años. Según el método MDRD dicha prevalencia va de 40% en el grupo de 65-74 años a 57,4% en el grupo de 85 y más años. Según el MDRD objetivamos que los pacientes con aclaramiento $<$ de 60 son mayores en edad, mayor predominio del sexo femenino, mayor prevalencia de HTA, hipercolesterolemia, diabetes, hiperlipidemia, cardiopatía isquémica, acv y/o cardiopatía isquémica y fibrilación auricular.

Conclusión: Existe una alta prevalencia de insuficiencia renal en dicha muestra poblacional incluso en pacientes con valores de creatinina normales

LA INSUFICIENCIA RENAL COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA MUESTRA ALEATORIA POBLACIONAL DE 65 Y MÁS AÑOS DEL MUNICIPIO DE ORTIGUEIRA (A CORUÑA)

Salvador Pita Fernández, M^a Paz Garrote Bouza, Sonia Pértega Díaz, Francisco Valdés Cañedo, Luis Pita Chento
Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña, Servicio de Nefrología, Centro de salud de Ortigueira

Objetivo: Determinar si la estimación del aclaramiento de creatinina se asocia o no a la presencia de eventos cardiovasculares (angina, infarto de miocardio y accidentes cerebro vasculares) en una muestra poblacional aleatoria de 65 y más años

Material y métodos:

Ambito: Municipio de Ortigueira (A Coruña)

Período de estudio: Enero - Junio 2006

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia

Criterios de inclusión: Población de 65 y más años, con selección aleatoria estatificada por sexo, grupos de edad y parroquia

Tamaño muestral: Ortigueira: Población: 8022 habitantes, de 65 y más años 2638). Para una seguridad del 95% ($\alpha = 0.05$) y una precisión de $\pm 6\%$ asumiendo un 15% de pérdidas de información necesitamos estudiar 285 habitantes. Tamaño final: 301.

Mediciones: Determinación analítica, creatinina, estimación del aclaramiento de creatinina según el método Cockcroft-Gault y el MDRD, edad, sexo, y presencia de eventos cardiovasculares .

Análisis estadístico: Estudio descriptivo de los datos. T Student o test de Mann Whitney para comprar medias y estadístico Chi-cuadrado para asociación de variables cualitativas. Análisis de regresión logística para determinar variables asociadas a eventos cardiovasculares

Resultados: Existen diferencias significativas entre los pacientes con eventos cardiovasculares en las variables edad, creatinina y aclara-

miento de creatinina en el sentido de que son mayores y tienen menos aclaramiento los pacientes con eventos. Los pacientes con eventos tienen una media de aclaramiento de 53.6 ± 18.1 en comparación a los que nos los tienen 59.6 ± 15.2 ($p=0.002$) (Método Cockcroft-Gault) y 59.9 ± 13.2 vs 64.1 ± 12.0 ($p=0.018$) (Método MDRD). A su vez hay diferencia significativa en cuanto a la presencia de diabetes que es mayor en los pacientes con eventos cardiovasculares ($31,1\%$ vs $18,3\%$). Existe a su vez en los pacientes con eventos cardiovasculares un predominio de discreto hombres, mayor prevalencia de dislipemia, HTA, y tabaquismo que no llega alcanzar la significación estadística. Si ajustamos por las variables edad sexo, diabetes y estimación de aclaramiento según MDRD, objetivamos que la función renal tiene un efecto independiente para predecir eventos cardiovasculares ($OR= 0.97$), así como la edad, el sexo y la presencia de diabetes. Si realizamos el mismo modelo para predecir eventos cardiovasculares ajustando por las mismas variables pero utilizando el aclaramiento según el método Cockcroft-Gault objetivamos que la función renal se encuentra próxima a la significación estadística ($p=0.16$) para predecir eventos cardiovasculares

Conclusiones: La insuficiencia renal es un factor de riesgo independiente para predecir eventos cardiovasculares

ESTIMACIÓN DEL ACLARAMIENTO DE CREATININA SEGÚN LOS MÉTODOS COCKCROFT-GAULT Y MDRD EN UNA POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS EN EL MUNICIPIO DE ABEGONDO (A CORUÑA)

Salvador Pita Fernández, Sonia María Gómez Pardiñas, Rocio Seijo Bestilleiro, Sonia Pértega Díaz, Francisco Valdés Cañedo, M^a del Carmen Varela Tobio

Unidad de epidemiología clínica y bioestadística. Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

Objetivo: Determinar la concordancia entre la estimación del aclaramiento de creatinina según los métodos Cockcroft-Gault y MDRD.

Material y métodos:

Ámbito: Ayuntamiento de Abegondo

Periodo: Enero 2003-Diciembre 2003

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia

Criterios de inclusión: Muestra aleatoria del padrón municipal (65 años).

Tamaño muestral: En el Ayuntamiento de Abegondo según el padrón municipal del año 2002 hay 5.772 habitantes. Muestreo aleatorio estratificado por edad, sexo y parroquia de residencia ($n=271$; alfa 0.05; precisión ± 6 y 15% pérdidas).

Mediciones: Se determina la creatinina sérica y se estima el aclaramiento de creatinina por medio de las fórmulas Cockcroft-Gault y MDRD.

$MDRD-4=FG \text{ estimado} = 186 \times (\text{creatinina})^{-1,154} \times (\text{edad})^{-0,203} \times (0,742 \text{ si mujer}) \times (1,210 \text{ si raza negra})$

$Cockcroft-Gault = \text{aclaramiento de creatinina estimado} = ((140 - \text{edad}) \times \text{peso} / 72 \times (\text{creatinina})) \times (0,85 \text{ si mujer})$

Análisis estadístico: Estadística descriptiva de las variables incluidas. Índice de concordancia de Kappa y estudio de la concordancia cuantitativa según la metodología de Bland-Altman.

Resultados: La correlación entre las estimaciones del aclaramiento según Cockcroft-Gault y MDRD es de $r=0,67$; $p<0,001$. Los valores con el método MDRD son discretamente superiores a los estimados con el Cockcroft-Gault, con una diferencia media de $8,2 \pm 14,7$ a favor del MDRD. Si estudiamos la concordancia según la metodología de Almant objetivamos que la discordancia aumenta a medida que aumentan los valores de aclaramiento. Si categorizamos el aclaramiento en < 60 mg/dl y ≥ 60 mg/dl objetivamos un índice de Kappa de 0,40; $p< 0,001$.

Conclusiones: La concordancia entre ambos métodos es moderada. La estimación con el método MDRD es superior a la del Cockcroft-Gault.

LA FUNCIÓN RENAL COMO DETERMINANTE DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABETES MELLITUS TIPO 2

Salvador Pita Fernández, Yolanda Taboada Blanco, Joaquín Serrano Peña, Arturo Louro Gonzalez, Sonia Pértega Díaz, Francisco Valdés Cañedo

a: Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña

b: Centro de Saude de Cambre

c: Servicio de Nefrología

Objetivo: Determinar si la función renal es un factor de riesgo cardiovascular en pacientes diabéticos.

Material y métodos:

Ámbito: Pacientes diabéticos Centro de salud de Cambre. A Coruña

Período de estudio: 2005

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia

Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. Los criterios diagnósticos de la enfermedad siguen las recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) de 1997.

Tamaño muestral: $n=339$ pacientes (seguridad 95% y precisión de $\pm 2,94\%$.)

Mediciones: Estimación de aclaramiento de creatinina (método Cockcroft-Gault). Se define como evento cardiovascular (infarto, angor y accidente cerebro vascular)

Análisis estadístico: Estadística descriptiva de las variables incluidas en el estudio. Comparación de medias (T-Student o Mann Whitney),

asociación de variables cualitativas (Estadístico Chi-cuadrado). Análisis de regresión logística para determinar variables asociadas a la presencia de eventos cardiovasculares.

Resultados: La prevalencia de eventos cardiovasculares es de 23.6%. La cardiopatía isquémica (angor e infarto) la presentan el 15,7% y 7,4% respectivamente. La prevalencia de accidentes vasculares cerebrales el 6,8%. El 29.1% de los pacientes presentan insuficiencia renal (aclaramiento de creatinina < 60 mg/dl). Los pacientes con eventos cardiovasculares son significativamente mayores en edad (73.7 vs 65.9 años), tienen menor estimación de aclaramiento (62.8 vs 79.9 mg/dl), mayor tiempo de evolución de la enfermedad (11.9 vs 10.0 años), mayor prevalencia de hipercolesterolemia (72.5% vs 45.9%), mayor prevalencia de hipertrofia de ventrículo izquierdo (11.7% vs 3.6%), mayor prevalencia de insuficiencia renal (aclaramiento de creatinina < 60 mg/dl) (50.6% vs 22.4%). Presentan a su vez mayor prevalencia de HTA (67.5% vs 57.5%) y de exfumadores (37.5% vs 29.6%). Ajustando por todas estas variables objetivamos que las variables con un efecto independiente para predecir eventos cardiovasculares son la edad, el haber sido exfumador, (OR=2.18), la hipercolesterolemia (OR=3.98) y el aclaramiento de creatinina (OR=0.97).

Conclusiones: La función renal, la disminución de la estimación del aclaramiento de creatinina, es un factor de riesgo independiente para predecir eventos cardiovasculares en diabéticos tipo 2

PREVALENCIA DE DIABETES Y OBESIDAD EN UNA MUESTRA ALEATORIA POBLACIONAL DE 65 Y MÁS AÑOS EN EL MUNICIPIO DE ORTIGUEIRA (A CORUÑA)

Salvador Pita Fernández, M^a Paz Garrote Bouza, Sonia Pértega Díaz, Luis Pita Chento

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña

Objetivo: Determinar la prevalencia de diabetes diagnosticada e identificar factores de riesgo asociados en una muestra poblacional aleatoria de 65 y más años.

Material y métodos:

Ambito: Municipio de Ortigueira (A Coruña)

Período de estudio: Enero - Junio 2006

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia

Criterios de inclusión: Población de 65 y más años, con selección aleatoria estratificada por sexo, grupos de edad y parroquia

Tamaño muestral: Ortigueira: Población: 8022 habitantes, de 65 y más años 2638). Para una seguridad del 95%(alfa= 0.05) y una precisión de \pm 6% asumiendo un 15% de pérdidas de información necesitamos estudiar 285 habitantes. Tamaño final: 301.

Mediciones: Determinación analítica, índice de masa corporal y diabetes (conocida y diagnosticada), nivel de estudios, edad y sexo.

Análisis estadístico: Estudio descriptivo de los datos. Cálculo del índice de Kappa para estudio de la concordancia y análisis de regresión logística para determinar variables asociadas a la presencia de diabetes.

Resultados: La prevalencia de diabetes conocida es de 15,5%. Existe una alta concordancia (kappa = 0,88) entre lo que el paciente conoce y la medicación que toma para esta patología (insulina o antidiabéticos orales). Si consideramos además el hecho de tomar o no medicación para la diabetes y los resultados analíticos de glucemia en ayunas (\geq 126 mg/dl) objetivamos que existe aún una alta concordancia entre lo que el paciente refiere y los hallazgos de medicación y analíticos (Kappa= 0,82). En esta situación la prevalencia de diabetes teniendo en cuenta la medicación (insulina, antidiabéticos orales, y/o glucemia en ayunas \geq 126 mg/dl) es de 17,8%.

La prevalencia de diabetes conocida disminuye a partir de los 65 años con la edad, es discretamente mayor en la mujer, aumenta con niveles educativos bajos y con mayor índice de masa corporal, siendo a su vez mayor en los hipertensos. Los mismos hallazgos se objetivan cuando consideramos la prevalencia de diabetes diagnosticada. Si ajustamos por edad, sexo, hipertensión, imc y nivel educativo objetivamos que la variable con un efecto independiente para predecir diabetes (conocida por el paciente o diagnosticada) es el IMC. La prevalencia de diabetes con IMC < 30 es de 16.1% y si IMC \geq 30 es de 20.3%

Conclusión: La obesidad es la principal variable modificable en este grupo de población que tiene un efecto independiente para predecir la prevalencia de diabetes

ESTUDIO DE LA CONCORDANCIA DE LA ESTIMACIÓN DEL ACLARAMIENTO DE CREATININA SEGÚN EL MÉTODO COCKCROFT-GAULT Y EL MDRD EN UNA MUESTRA ALEATORIA POBLACIONAL DE 65 Y MÁS AÑOS DEL MUNICIPIO DE ORTIGUEIRA (A CORUÑA)

M^a Paz Garrote Bouza^a, Salvador Pita Fernández^a, Sonia Pértega Díaz^a, Francisco Valdés Cañedo^a, Luis Pita Chento^c

a: Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña

b: Servicio de Nefrología

c: Centro de Salud de Ortigueira

Objetivo: Determinar la concordancia entre las mediciones de la estimación del aclaramiento de creatinina según el método Cockcroft-Gault y el MDRD en una muestra poblacional aleatoria de 65 y más años.

Material y métodos:

Ambito: Municipio de Ortigueira (A Coruña)

Período de estudio: Enero - Junio 2006

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia

Criterios de inclusión: Población de 65 y más años, con selección aleatoria estratificada por sexo, grupos de edad y parroquia

Tamaño muestral: Ortigueira: Población: 8022 habitantes, de 65 y más años 2638). Para una seguridad del 95% ($\alpha = 0.05$) y una precisión de $\pm 6\%$ asumiendo un 15% de pérdidas de información necesitamos estudiar 285 habitantes. Tamaño final: 301.

Mediciones: Determinación analítica, creatinina, estimación del aclaramiento de creatinina según el método Cockcroft-Gault y el MDRD,

Análisis estadístico: Estudio descriptivo de los datos. Coeficiente de correlación r de Pearson. Cálculo del índice de Kappa y estudio de concordancia según la metodología de Bland-Altman.

Resultados: Existe una buena correlación entre las estimaciones del aclaramiento de creatinina según Cockcroft-Gault y MDRD ($r = 0,69$; $p < 0,001$). Si restamos los valores de MDRD de los estimados por Cockcroft-Gault, objetivamos que si existen diferencia ya que el método MDRD sobreestima el aclaramiento en relación a Cockcroft-Gault con una media de $4,87 \pm 11,6$. La discordancia es menor en los valores extremos de aclaramiento. Si calculamos la concordancia entre los dos métodos utilizando las categorías < 60 y 60 o más y calculamos el índice de Kappa de concordancia entre ambos métodos obtenemos un índice de Kappa de $0,46$

Conclusiones: La concordancia entre ambas estimaciones es moderada. El método MDRD obtiene valores más elevados que el método Cockcroft-Gault