

Comunicacións Póster XIII Xornadas Galegas de Medicina Familiar e Comunitaria

Cad Aten Primaria
Año 2007
Volumen 14
Pág. 125-158

POSTERS CRONOTERAPIA

EL SÍNDROME METABÓLICO COMO FACTOR INFLUENCIAL EN LA PÉRDIDA DE REGULACIÓN NOCTURNA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS NO TRATADOS

L. Chayán; R.C. Hermida*; D.E. Ayala*; M.J. Domínguez; M. Covelo; A. Mojón*; M.J. Fontao*; I. Alonso*; J.R. Fernández*.

*Hospital Clínico Universitario, Santiago; *Lab. Bioingeniería y Cronobiología, Universidad de Vigo, Vigo*

Objetivos: Diversos estudios han establecido una clara asociación entre el síndrome metabólico (SM) y el aumento de riesgo cardiovascular. También se ha demostrado que las componentes del SM de acuerdo con la definición revisada del ATP-III (presencia de al menos tres de los siguientes factores: perímetro de cintura elevado, triglicéridos elevados, colesterol HDL bajo, presión arterial (PA) elevada, glucosa en ayunas =100 mg/dl) están asociadas con marcadores de daño en órganos diana tales como hipertrofia ventricular, disfunción diastólica, y microalbuminuria. Por otra parte, la alteración en el descenso nocturno en la PA que caracteriza a los pacientes no-dipper (<10% de descenso nocturno con respecto a la media diurna de la PA) se ha asociado también con un aumento de eventos cardiovasculares. En consecuencia, hemos investigado la posible relación entre el SM y la alteración en la variación circadiana de la PA en pacientes hipertensos no tratados.

Métodos: Se estudiaron 1770 pacientes no diabéticos con hipertensión arterial esencial ligera-moderada (824 hombres y 946 mujeres) de 48,7±13,2 años de edad. La PA se monitorizó ambulatoriamente cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utilizó para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso. En todos los casos se realizó una analítica completa el día de comienzo de la monitorización.

Resultados: El SM estuvo presente en el 42,4% de los pacientes. La prevalencia de un patrón no-dipper fue mayor en presencia de SM (46,1 frente al 37,5% en pacientes sin SM, P<0,001). En consecuencia, la profundidad (descenso relativo en la media nocturna de la PA con respecto a la media diurna) fue significativamente menor en los sujetos con SM (10,3 frente a 11,4; P<0,001). Los pacientes con SM se caracterizaron por elevaciones significativas en ácido úrico (5,9 frente a 5,2 mg/dl; P<0,001), fibrinógeno (314 frente a 304 mg/dl, P<0,001), y velocidad de sedimentación globular (13.8 frente a 11.6 mm; P<0,001). En el análisis de regresión logística ajustado por fac-

tores de influencia incluyendo edad, creatinina y consumo de tabaco, la existencia de un patrón no-dipper en la PA estuvo significativamente asociada a la presencia de SM.

Conclusiones: Este estudio documenta un aumento significativo en la prevalencia del patrón no-dipper de la PA en pacientes con SM. El factor individual entre los incluidos en la definición de SM más relevante en su asociación con el aumento de prevalencia de un patrón no-dipper fue el perímetro de cintura. Los pacientes con SM se caracterizaron, además, por un aumento significativo en marcadores relevantes de riesgo cardiovascular, incluyendo fibrinógeno y velocidad de sedimentación globular.

EL SÍNDROME METABÓLICO Y EL TRATAMIENTO AL LEVANTARSE COMO FACTORES INFLUENCIALES EN LA PÉRDIDA DE REGULACIÓN NOCTURNA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS

L. Chayán; R.C. Hermida*; D.E. Ayala*; M.J. Domínguez; M. Covelo; A. Mojón*; M.J. Fontao*; I. Alonso*; J.R. Fernández*.

*Hospital Clínico Universitario, Santiago; *Lab. Bioingeniería y Cronobiología, Universidad de Vigo, Vigo*

Objetivos: Las componentes individuales del síndrome metabólico (SM, de acuerdo con la definición revisada del ATP-III, presencia de al menos tres de los siguientes factores: perímetro de cintura elevado, triglicéridos elevados, colesterol HDL bajo, presión arterial (PA) elevada, glucosa en ayunas =100 mg/dl) están asociadas con un aumento de la morbilidad cardiovascular. La pérdida progresiva en la regulación nocturna en la PA que caracteriza a los pacientes no-dipper (<10% de descenso nocturno con respecto a la media diurna de la PA) se ha asociado también con un aumento de eventos cardiovasculares. Resultados recientes han indicado que el patrón no-dipper en pacientes hipertensos tratados con dosis única matutina se asocia con frecuencia a la ausencia de cobertura terapéutica a lo largo de las 24 horas [J Hypertens. 2002;20:1097-1104]. El objetivo de este estudio fue estudiar el impacto de la hora de administración del tratamiento antihipertensivo y la presencia de SM sobre el perfil circadiano de la PA en pacientes hipertensos.

Métodos: Se estudiaron 2904 pacientes tratados no diabéticos con hipertensión arterial esencial ligera-moderada (1395 hombres y 1509 mujeres) de 53,9±13,0 años de edad. De ellos, 1788 recibían todo su tratamiento antihipertensivo a la hora de levantarse y 1116 recibían medicación a la hora de acostarse. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utilizó para calcular

las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso. En todos los casos se realizó una analítica completa el día de comienzo de la monitorización.

Resultados: La prevalencia de SM fue mayor en pacientes tratados con todos los fármacos al levantarse (53,9%) que en pacientes con todos los fármacos al acostarse (46,4%; $P=0,003$). La prevalencia de un patrón no-dipper fue consistentemente mayor en pacientes con SM, con independencia del esquema terapéutico (50,9 frente al 43,2% en ausencia de SM, $P<0,001$). En el análisis de regresión logística ajustado por factores de influencia incluyendo edad, creatinina y consumo de tabaco, la existencia de un patrón no-dipper en la PA estuvo significativamente asociada a la presencia de SM y al tratamiento en dosis única matutina. Así, la prevalencia del patrón no-dipper fue mayor en pacientes con SM que tomaban toda su medicación al levantarse (58,1%) que en los que tomaban toda la medicación al acostarse (31,2%; $P<0,001$).

Conclusiones: Este estudio documenta un aumento significativo en la prevalencia del patrón no-dipper de la PA en pacientes hipertensos tratados con SM frente a los que no tienen SM. El tratamiento al acostarse reduce de forma significativa la prevalencia del patrón no-dipper en la PA, marcadamente asociado a un aumento progresivo de la morbilidad y mortalidad cardiovascular, al tiempo que proporciona un mayor grado de control de la PA y una mejora del perfil metabólico en pacientes hipertensos bajo tratamiento farmacológico.

COMPARACIÓN ENTRE HOMBRES Y MUJERES DE LOS EFECTOS DE LA ADMINISTRACIÓN TEMPORALIZADA DE VALSARTAN SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA

D.E. Ayala; R.C. Hermida; L. Chayán*; M.J. Domínguez*; M. Covelo*; A. Mojón; J.R. Fernández

Lab. Bioingeniería y Cronobiología, Universidad de Vigo, Vigo;

*Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela

Objetivos: Resultados previos han demostrado diferencias de género en la fisiopatología de la hipertensión y en la respuesta al tratamiento farmacológico. La eficacia y los efectos secundarios de los IECA y la farmacocinética de los beta-bloqueantes son diferentes en las mujeres, mientras que los ARA-II presentan un perfil de tolerabilidad similar en varones y mujeres. Por otra parte, se ha demostrado que los efectos del valsartan sobre el perfil circadiano de variación de la presión arterial (PA) dependen significativamente de la hora de su administración [Hypertension. 2003;42:283-290]. Por ello, hemos investigado los efectos del valsartán sobre el perfil circadiano de la PA en función del sexo del paciente y la hora de administración del fármaco.

Métodos: Se estudiaron 219 hombres y 336 mujeres con hipertensión arterial esencial ligera-moderada, de $49,1 \pm 13,6$ años de edad, asignados aleatoriamente a dos grupos en función de la hora de administración de una dosis única de 160 mg/día de valsartán en monoterapia: a la hora de levantarse o bien a la hora de acostarse. La PA se monitorizó ambulatoriamente cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas antes y después de 12 semanas de tratamiento. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utilizó para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso.

Resultados: La reducción de PA fue similar en hombres y mujeres después de la administración de valsartán al levantarse (reducción de 12,6/9,4 mmHg en la media de 24 horas de la PA sistólica/diastólica en hombres; 13,7/9,4

mmHg en mujeres, $P>0,312$ entre grupos). La administración de valsartán a la hora de acostarse, sin embargo, fue más eficaz en las mujeres (16,5/11,8 mmHg) que en los hombres (14,1/10,1 mmHg; $P<0,032$). En ambos grupos, la administración de valsartán al acostarse fue más eficaz que la dosis matutina en la reducción de la media nocturna de la PA ($P<0,001$). En consecuencia, la profundidad (descenso relativo de PA nocturna con respecto a la media diurna) se mantuvo inalterada después de la administración matutina de valsartán ($P>0,421$ en hombres y mujeres), pero aumentó significativamente (4,6/5,4 para la PA sistólica/diastólica en hombres; 4,5/4,4 en mujeres; $P>0,223$ entre grupos) después de la administración de valsartán a la hora de acostarse.

Conclusiones: Con independencia de la hora de su administración, una dosis única de 160 mg/día de valsartán en monoterapia reduce de forma eficaz la PA durante las 24 horas del día y de forma equivalente tanto en varones como en mujeres. La administración de valsartán al acostarse es significativamente más eficaz en la reducción de la media nocturna de la PA. Esta diferencia de eficacia del valsartan en función de su hora de administración sobre las medias diurna y nocturna de la PA debe ser tenida en cuenta cuando se prescriba valsartán en pacientes hipertensos no-dipper.

COMPARACIÓN DE LA EFICACIA TERAPEÚTICA DE ESPIRAPRIL ADMINISTRADO AL LEVANTARSE O AL ACOSTARSE EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

D.E. Ayala; R.C. Hermida; L. Chayán*; M.J. Domínguez*; M. Covelo*; M.J. Fontao; A. Mojón; J.R. Fernández

Lab. Bioingeniería y Cronobiología, Universidad de Vigo, Vigo;

*Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela

Objetivos: Diversos estudios han demostrado la diferencia de efectos sobre la presión arterial (PA) de la administración matutina frente a nocturna de los IECA benazepril, enalapril, perindopril, quinapril y trandolapril. En todos los casos, la administración de estos IECA por la noche produjo una mayor reducción de PA nocturna y una modificación significativa del perfil circadiano de la PA. El espirapril es un IECA recomendado para su administración en dosis única diaria debido a su larga duración de acción y su vida media de unas 40 horas. Hemos investigado la eficacia antihipertensiva y los efectos sobre el perfil circadiano de PA del espirapril administrado a distintas horas en función del ciclo de actividad y descanso.

Métodos: Se estudiaron 137 pacientes no tratados con hipertensión arterial esencial ligera-moderada (51 hombres y 86 mujeres) de $43,3 \pm 13,5$ años de edad, asignados aleatoriamente a dos grupos en función de la hora de administración de una dosis única de 6 mg/día de espirapril en monoterapia: a la hora de levantarse o bien a la hora de acostarse. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas antes y después de 12 semanas de tratamiento. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utilizó para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso.

Resultados: La eficacia del espirapril fue similar con independencia de su hora de administración para la PA sistólica y ligeramente mayor después de la dosis matutina en la PA diastólica (reducción de 8,7/7,2 mmHg en la media de 24h de la PA sistólica/diastólica después de espirapril al levantarse; 8,2/5,1 mmHg después de espirapril al acostarse; $P=0,656/0,020$ entre grupos). La administración matutina de espirapril fue significativamente más efectiva en la reducción de PA diurna, pero mucho menos efectiva que la dosis nocturna en la reducción de la PA durante el ciclo de descanso (5,6/4,4 vs. 11,2/7,1 mmHg;

$P < 0,006$). La profundidad (porcentaje de descenso nocturno con respecto a la media diurna de la PA) aumentó significativamente hacia un patrón más dipper sólo después de la dosis nocturna ($P < 0,028$).

Conclusiones: La administración de espirapril a la hora de acostarse, en comparación con su administración a la hora de levantarse, es significativamente más eficaz en la reducción de la PA nocturna y en el aumento de la profundidad de la PA hacia un perfil más dipper, con sólo una mínima reducción en la eficacia sobre la media diurna de la PA. Estos efectos sobre la profundidad dependientes de la hora de administración de espirapril deben ser tenidos en cuenta, en función del perfil basal de cada individuo, cuando se administre este IECA en el tratamiento de pacientes con hipertensión arterial esencial.

COMPARACIÓN DE LOS EFECTOS DE LA ADMINISTRACIÓN TEMPORALIZADA DE ASPIRINA SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA ENTRE HOMBRE Y MUJERES

D.E. Ayala; R.C. Hermida; L. Chayán*; M.J. Domínguez*; A. Mojón; J.R. Fernández.

Lab. Bioingeniería y Cronobiología, Universidad de Vigo, Vigo;
*Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela

Objetivos: Resultados previos han demostrado diferencias de género en la fisiopatología de la hipertensión y en la respuesta al tratamiento farmacológico. También se han identificado diferencias de género significativas en aspectos específicos de la regulación circadiana de la presión arterial (PA). Generalmente, los hombres presentan una frecuencia cardiaca menor y una PA mayor que las mujeres, siendo estas diferencias mayores en PA sistólica que en diastólica. Estas diferencias aparecen en la adolescencia y persisten hasta los 55-60 años de edad. Por otra parte, se ha demostrado que la aspirina (AAS) a baja dosis reduce la PA ambulatoria cuando se administra a la hora de acostarse, pero no a la de levantarse, en pacientes con hipertensión ligera [J Am Coll Cardiol. 2005;46:975-983]. Hemos extendido este ensayo para investigar las posibles diferencias de género en los efectos de la administración temporalizada de AAS sobre la PA ambulatoria.

Métodos: Se estudiaron 316 pacientes no tratados con hipertensión arterial esencial ligera (130 hombres y 186 mujeres) de $44,1 \pm 13,2$ años de edad, asignados aleatoriamente en dos grupos en función de la hora de administración de 100 mg/día AAS: a la hora de levantarse o a la hora de acostarse. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas antes y después de 3 meses de tratamiento. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utilizó para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso.

Resultados: Después de la administración de AAS al levantarse, la PA ambulatoria no se modificó en hombres y aumentó ligeramente en las mujeres ($1,7/1,4$ mmHg en la PA sistólica/diastólica; $P < 0,023$). La PA ambulatoria disminuyó significativamente después de la administración de AAS al acostarse y en mayor grado en las mujeres, a pesar de presentar un nivel basal de PA significativamente menor que los hombres (reducción de $8,0/5,5$ mmHg en PA sistólica/diastólica en mujeres; $5,5/3,4$ mmHg en hombres; $P < 0,009$ para comparación de efecto entre géneros). La reducción de PA después de la administración de AAS al acostarse fue similar tanto durante las horas de actividad diurna como durante las horas de descanso nocturno en ambos géneros.

Conclusiones: Los resultados de este estudio prospectivo corroboran la existencia un efecto significativo de la AAS sobre la PA ambulatoria en pacientes con hipertensión ligera, que es marcadamente dependiente de la hora de

administración del fármaco. Las diferencias de género en la reducción de PA después de la administración de AAS a la hora de acostarse extienden las diferencias entre hombres y mujeres previamente documentadas en la eficacia y los efectos secundarios de los IECA y en la farmacocinética de los beta-bloqueantes.

REDUCCIÓN DE MORBILIDAD CARDIOVASCULAR MEDIANTE CRONOTERAPIA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN RESISTENTE: EL ESTUDIO MAPEC

D.E. Ayala; R.C. Hermida; A. Mojón; L. Chayán*; M.J. Domínguez*; M. Covelo*; M.J. Fontao; R. Soler; I. Alonso; J.R. Fernández.

Lab. Bioingeniería y Cronobiología, Univ. Vigo;

*Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela.

Objetivos: Los pacientes con hipertensión resistente tienen mayor riesgo de accidente cerebrovascular, insuficiencia renal y eventos cardiovasculares que los pacientes cuya presión arterial (PA) está bien controlada. En contra de la tendencia habitual de prescribir todos los fármacos antihipertensivos en dosis única matutina, hemos demostrado que la temporalización del tratamiento (cronoterapia) permite aumentar el grado de control de la PA y disminuir la prevalencia de un patrón no-dipper en los pacientes con hipertensión resistente [Hypertension. 2005;46:1053-1059]. Hasta el momento se desconoce cuál puede ser el impacto potencial de esta estrategia terapéutica sobre el riesgo cardiovascular. Por ello, hemos valorado el impacto de la hora del día del tratamiento en pacientes con hipertensión resistente participantes en el estudio MAPEC (Monitorización Ambulatoria de la Presión arterial y Eventos Cardiovasculares), diseñado para investigar si la normalización del perfil circadiano de la PA hacia un patrón más dipper mediante cronoterapia reduce el riesgo cardiovascular, cerebrovascular y renal.

Métodos: En este estudio prospectivo participan 3109 sujetos, 1560 hombres y 1549 mujeres, de $52,2 \pm 14,5$ años de edad. De ellos, 628 (299 hombres y 329 mujeres, de $61,6 \pm 11,4$ años de edad) fueron incluidos por hipertensión resistente. En el momento de su inclusión, la PA se monitorizó (MAPA) cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca. El día de comienzo de la MAPA se realizó una analítica en sangre y orina de 24 horas. Este mismo procedimiento completo de valoración se programa anualmente, o con mayor frecuencia (cada 3 meses) si es necesario ajustar el tratamiento antihipertensivo. El tiempo de supervivencia sin evento cardiovascular se analizó mediante el modelo de Cox.

Resultados: En función de la MAPA basal y después de ajustar el modelo de Cox en función de la edad, sexo, diabetes y PA clínica, la probabilidad de supervivencia sin evento fue significativamente menor en los pacientes que tomaban toda su medicación al levantarse que aquellos que tomaban al menos un fármaco al acostarse ($\log\text{-rank}=5,9$, $P=0,014$). La morbi-mortalidad cardiovascular estuvo todavía más relacionada con la toma de medicación en dosis única matutina cuando los datos se analizaron en función de la MAPA más próxima al evento ($\log\text{-rank}=15,6$, $P < 0,001$). La hora del día de tratamiento (al menos un fármaco al acostarse frente a todos al levantarse) fue mejor predictor de supervivencia que la PA clínica (riesgo relativo 1,86; 1,27-2,73; $P < 0,001$).

Conclusiones: En pacientes con hipertensión resistente, el tratamiento farmacológico debería tener en cuenta cuando tratar con respecto al ciclo de actividad y descanso de cada paciente, dando preferencia a la administración nocturna de fármacos. La cronoterapia no sólo mejora el grado de control y disminuye la prevalencia del patrón no-dipper, sino que también reduce de forma significativa el riesgo cardiovascular.

VALOR PRONÓSTICO DE LAS MEDIAS DE ACTIVIDAD Y DE DESCANSO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LA PREDICCIÓN DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: EL ESTUDIO MAPEC

D.E Ayala; R.C. Hermida; A. Mojón; L. Chayán*; M.J. Domínguez*; M. Covelo*; M.J. Fontao; R. Soler; I. Alonso; J.R. Fernández.

Lab. Bioingeniería y Cronobiología, Universidad de Vigo, Vigo;

*Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela

Objetivos: Varios estudios prospectivos han concluido que la media del periodo de descanso nocturno de la presión arterial (PA) es un mejor predictor de riesgo cardiovascular que las medias de actividad o de 24 horas. Un aspecto común a todos los estudios previos es que el valor pronóstico de la PA ambulatoria (MAPA) se ha basado en un único registro basal de cada paciente, sin tener en cuenta las modificaciones en el perfil de PA durante el seguimiento. Por ello, hemos comparado el valor pronóstico de enfermedad renal crónica (ERC) de las medias de actividad y descanso de la PA en el estudio MAPEC (Monitorización Ambulatoria de la Presión arterial y Eventos Cardiovasculares), diseñado para investigar si la normalización del perfil circadiano de la PA hacia un patrón más dipper mediante la cronoterapia reduce el riesgo cardiovascular, cerebrovascular y renal.

Métodos: En este estudio prospectivo participan 3109 sujetos, 1560 hombres y 1549 mujeres, de 52,2±14,5 años de edad. En el momento de su inclusión, la PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48h consecutivas. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utiliza para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso. El día de comienzo de la MAPA se realizó una analítica en sangre y orina de 24h. Este mismo procedimiento completo de valoración se programa anualmente, o con mayor frecuencia (cada 3 meses) si es necesario ajustar el tratamiento antihipertensivo. El tiempo de supervivencia sin evento se analizó mediante el modelo de Cox ajustado para posibles variables de influencia.

Resultados: La mediana del tiempo de seguimiento es de 4,9 años (rango 0,5 a 7,7). En función de la MAPA basal y después de ajustar el modelo de Cox en función de la edad, sexo, diabetes, tratamiento antihipertensivo y PA clínica, el riesgo relativo (HR) por cada 10 mmHg de aumento en la PA sistólica fue 1,11 (1,03-1,20; P=0,010) para la media diurna y 1,25 (1,17-1,33; P<0,001) para la media nocturna. Por cada 5 mmHg de aumento en la PA diastólica, el HR fue 1,02 (0,95-1,08; P=0,662) para la media diurna y 1,17 (1,10-1,23, P<0,001) para la media nocturna. El riesgo de ERC estuvo todavía más relacionado con la media nocturna de la PA sistólica cuando los datos se analizaron en función de la MAPA más próxima al evento (HR=1,29; 1,22-1,36; P<0,001).

Conclusiones: La media de la PA durante el periodo de descanso nocturno tiene mayor valor predictivo de riesgo de ERC que la media de actividad. Además, la media nocturna de la PA sistólica tiene mayor valor predictivo que la media de la PA diastólica. El valor pronóstico de la media nocturna aumenta durante el seguimiento. Los resultados también demuestran que disminuir la media nocturna reduce riesgo cardiovascular más allá de la reducción de riesgo esperada por la propia disminución del nivel medio de PA a lo largo de las 24h.

COMPARACIÓN DEL VALOR PRONÓSTICO DE LA PRESIÓN ARTERIAL CLÍNICA Y AMBULATORIA EN LA PREDICCIÓN DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: EL ESTUDIO MAPEC

D.E. Ayala; R.C. Hermida; A. Mojón; L. Chayán*; M.J. Domínguez*; M. Covelo*; M.J. Fontao; R. Soler; I. Alonso; J.R. Fernández.

Lab. Bioingeniería y Cronobiología, Universidad de Vigo, Vigo;

*Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela

Objetivos: La medida clínica de presión arterial (PA) es el método más utilizado y la "regla de oro estándar" recomendada para el diagnóstico de hipertensión, la valoración de eficacia terapéutica y la cuantificación de riesgo cardiovascular y renal. Diversos estudios prospectivos, sin embargo, han demostrado que la correlación entre el nivel de PA y el riesgo cardiovascular es mayor para las medidas ambulatorias (MAPA) que para la PA clínica. Un aspecto común a todos los estudios previos es que el valor pronóstico de la MAPA se ha basado en un único registro basal de cada paciente, sin tener en cuenta las modificaciones en el perfil de PA durante el seguimiento. Por ello, hemos comparado el valor pronóstico de enfermedad renal crónica (ERC) de la PA clínica y ambulatoria en el estudio MAPEC (Monitorización Ambulatoria de la Presión arterial y Eventos Cardiovasculares), diseñado para investigar si la normalización del perfil circadiano de la PA hacia un patrón más dipper mediante la cronoterapia reduce el riesgo cardiovascular, cerebrovascular y renal.

Métodos: En este estudio prospectivo participan 3109 sujetos, 1560 hombres y 1549 mujeres, de 52,2±14,5 años de edad. En el momento de su inclusión, la PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48h consecutivas. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utiliza para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso. El día de comienzo de la MAPA se realizó una analítica en sangre y orina de 24h. Este mismo procedimiento completo de valoración se programa anualmente, o con mayor frecuencia (cada 3 meses) si es necesario ajustar el tratamiento antihipertensivo. El tiempo de supervivencia sin evento se analizó mediante el modelo de Cox ajustado para posibles variables de influencia.

Resultados: La mediana del tiempo de seguimiento hasta el momento es de 4,9 años (rango 0,5 a 7,7). En función de la MAPA basal y después de ajustar el modelo en función de la edad, sexo, diabetes, tratamiento antihipertensivo y PA clínica, el riesgo relativo (HR) por cada 10 mmHg de aumento en la media de 24h de la PA sistólica fue 1,20 (1,11-1,30; P<0,001), y 1,08 (1,01-1,16; P=0,019) por cada 5 mmHg de aumento en la media de 24h de la PA diastólica. Los HR para la PA clínica fueron 1,12/1,09 para la PA sistólica/diastólica. En función de la MAPA más próxima al evento, la PA sistólica ambulatoria fue de nuevo el mejor predictor de evento y con mayor valor predictivo que la MAPA basal (HR=1,22; 1,14-1,31; P<0,001).

Conclusiones: La MAPA es superior a la medida clínica de PA en la predicción del riesgo de desarrollar ERC. Después de ajustar el modelo por diversos factores de influencia relevantes, la PA sistólica ambulatoria proporciona una mejor predicción de riesgo de ERC que la PA diastólica ambulatoria y que la PA clínica. Además, el valor pronóstico de la MAPA aumenta significativamente con medidas repetidas durante el seguimiento.

COMPARACIÓN DE LA EFICACIA TERAPEÚTICA DE OLMESARTAN ADMINISTRADO AL LEVANTARSE O AL ACOSTARSE EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

R.C. Hermida; D.E. Ayala; L. Chayán*; A. Mojón; J.R. Fernández

Lab. Bioingeniería y Cronobiología, Universidad de Vigo, Vigo;

*Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela

Objetivos: Resultados previos han indicado que la administración de una dosis única matutina de olmesartán es efectiva en la reducción de la presión arterial (PA) a lo largo de las 24 horas sin alterar el perfil circadiano de la PA. Por otra parte, la administración de valsartán [Hypertension. 2003;42;283-290] o de telmisartán [Hypertension. 2007;50;715-722] a la hora de acostar-

se, y no a la de levantarse, produce un aumento significativo en la profundidad de la PA hacia un perfil más dipper, sin pérdida de eficacia a lo largo de las 24 horas. Teniendo en cuenta las diferencias en vida media terminal entre estos ARA-II, se ha sugerido que este efecto sobre la profundidad de la PA podría ser un efecto de clase. Por ello, hemos investigado la eficacia antihipertensiva y el potencial remodelado del perfil circadiano de PA después de la administración temporalizada de olmesartán a su dosis máxima recomendable en pacientes hipertensos.

Métodos: Se estudiaron 72 pacientes no tratados con hipertensión arterial esencial ligera-moderada (17 hombres y 55 mujeres) de $51,2 \pm 14,6$ años de edad, asignados aleatoriamente a dos grupos en función de la hora de administración de una dosis única de 40 mg/día de olmesartán en monoterapia: a la hora de levantarse o bien a la hora de acostarse. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas antes y después de 12 semanas de tratamiento. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utilizó para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso.

Resultados: La significativa reducción de PA después de 3 meses de tratamiento con olmesartán ($P < 0,001$) fue similar para ambos grupos ($15,8/9,5$ mmHg en la media de 24 horas de la PA sistólica/diastólica después de olmesartán al levantarse; $16,7/11,7$ mmHg cuando el olmesartán se administró a la hora de acostarse; $P > 0,245$ entre grupos). La administración de olmesartán al acostarse, sin embargo, fue más eficaz en la reducción de la media nocturna de la PA ($12,6/8,2$ mmHg después de la dosis matutina; $17,9/12,5$ mmHg después de la dosis nocturna; $P < 0,027$ entre grupos). La profundidad de la PA se mantuvo inalterada después de la administración matutina de olmesartán, pero aumentó significativamente después del tratamiento al acostarse ($3,0/3,8$ para la PA sistólica/diastólica; $P < 0,001$), disminuyendo así la prevalencia basal del patrón no-dipper en un 59% ($P = 0,013$).

Conclusiones: La administración de 40 mg/día de olmesartán al acostarse, pero no al levantarse, aumenta significativamente la profundidad de la PA hacia un patrón más dipper sin pérdida de eficacia a lo largo de las 24 horas, al tiempo que mejora la regulación nocturna de la PA. Los resultados, similares a los previamente documentados para el valsartán y el telmisartán, sugieren que éste puede ser un efecto de clase que debería ser tenido en cuenta cuando se prescriban ARA-II para el tratamiento de pacientes con hipertensión arterial esencial.

CRONOTERAPIA CON RAMIPRIL EN PACIENTES HIPERTENSOS: CAMBIOS EN LA PROFUNDIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN FUNCIÓN DE LA HORA DEL DÍA DE SU ADMINISTRACIÓN

R.C. Hermida; D.E. Ayala; L. Chayán*; A. Mojón; J.R. Fernández

Lab. Bioingeniería y Cronobiología, Universidad de Vigo, Vigo;

*Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela

Objetivos: En el estudio HOPE, los pacientes en el grupo de tratamiento activo recibieron ramipril a la hora de acostarse. Los resultados de un pequeño subestudio con pacientes evaluados mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial (PA) mostraron una marcada reducción en la PA durante las horas de descanso nocturno, con la consiguiente reducción en la prevalencia de pacientes no-dipper después de la administración nocturna de ramipril. Los autores concluyeron que la reducción significativa en morbilidad y mortalidad cardiovascular demostrada en el estudio HOPE podía estar relacionada a este aumento de profundidad (porcentaje de descenso nocturno con respecto a la media diurna de la PA), que podría no producirse con la adminis-

tración de ramipril por la mañana. Por ello, hemos investigado la eficacia antihipertensiva y los efectos sobre el perfil circadiano de PA del ramipril administrado a distintas horas en función del ciclo de actividad y descanso.

Métodos: Se estudiaron 62 pacientes no tratados con hipertensión arterial esencial ligera-moderada (24 hombres y 38 mujeres) de $47,7 \pm 10,2$ años de edad, asignados aleatoriamente a dos grupos en función de la hora de administración de una dosis única de 5 mg/día de ramipril en monoterapia: a la hora de levantarse o bien a la hora de acostarse. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas antes y después de 12 semanas de tratamiento. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utilizó para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso.

Resultados: La eficacia del ramipril fue similar con independencia de su hora de administración (reducción de $9,3/6,6$ mmHg en la media de 24h de la PA sistólica/diastólica después de ramipril al levantarse; $10,3/8,9$ mmHg después de ramipril al acostarse; $P > 0,176$ entre grupos). No existieron diferencias entre grupos en la reducción de media diurna de la PA ($P > 0,620$). La administración de ramipril al acostarse, sin embargo, fue significativamente más efectiva que la dosis matutina en la reducción de la PA durante el ciclo de descanso nocturno ($12,4/10,4$ frente a $5,0/3,6$ mmHg; $P < 0,006$). La profundidad disminuyó significativamente después de la dosis matutina y aumentó hacia un patrón más dipper después de la dosis nocturna ($P < 0,001$).

Conclusiones: La administración de ramipril a la hora de acostarse, en comparación con su administración a la hora de levantarse, es significativamente más eficaz en la reducción de la PA nocturna y en el aumento de la profundidad de la PA hacia un perfil más dipper, sin reducción en la eficacia sobre la media diurna de la PA. La media nocturna de la PA es un marcador de riesgo más relevante que la media diurna. Los resultados sugieren que, en el tratamiento de pacientes con hipertensión esencial, el ramipril debería ser administrado preferentemente a la hora de acostarse.

VALOR PRONÓSTICO DE LA PROFUNDIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN RESISTENTE: EL ESTUDIO MAPEC

R.C. Hermida; D.E. Ayala; A. Mojón; L. Chayán*; M.J. Domínguez*; M. Covelo*; M.J. Fontao; R. Soler; I. Alonso; J.R. Fernández.

Lab. Bioingeniería y Cronobiología, Universidad de Vigo, Vigo;

*Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela

Objetivos: Los pacientes con hipertensión resistente presentan una alta prevalencia de un patrón no-dipper en la presión arterial (PA) ($< 10\%$ de profundidad, definida como el porcentaje de descenso nocturno con respecto a la media diurna de la PA) y un elevado riesgo cardiovascular. La potencial reducción de riesgo cardiovascular asociada a la normalización del patrón circadiano de la PA (aumentando la profundidad) es todavía objeto de debate. Por ello, hemos cuantificado el valor pronóstico de la profundidad de la PA en pacientes con hipertensión resistente participantes en el estudio MAPEC (Monitorización Ambulatoria de la Presión arterial y Eventos Cardiovasculares), diseñado para investigar si la normalización del perfil circadiano de la PA hacia un patrón más dipper mediante la temporalización del tratamiento antihipertensivo reduce el riesgo cardiovascular, cerebrovascular y renal.

Métodos: En este estudio prospectivo participan 3109 sujetos, de los cuales 628 (299 hombres y 329 mujeres, de $61,6 \pm 11,4$ años de edad) fueron

incluidos por hipertensión resistente. En el momento de su inclusión, la PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48h consecutivas. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utiliza para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso. El día de comienzo de la MAPA se realizó una analítica en sangre y orina de 24h. Este mismo procedimiento completo de valoración se programa anualmente, o con mayor frecuencia (cada 3 meses) si es necesario ajustar el tratamiento antihipertensivo.

Resultados: En función de la MAPA basal, la morbi-mortalidad cardiovascular fue significativamente menor en los pacientes dipper (2,8 eventos por 100 pacientes-año) que en los no-dipper (3,9) o riser (6,4). Ningún dipper-extremo tuvo evento. Cuando la morbilidad se evaluó en función del perfil de MAPA más próximo al evento (o el último perfil disponible en los pacientes sin evento), la tasa de eventos disminuyó en los dipper (2,4) y aumentó en los no-dipper (4,0) y riser (7,4), no documentándose eventos en los dipper-extremo. La profundidad aumentó durante el seguimiento en los pacientes sin evento y disminuyó en un 62% en los pacientes con evento ($P<0,001$ entre grupos).

Conclusiones: En pacientes con hipertensión resistente, la probabilidad de supervivencia sin evento cardiovascular está marcadamente correlacionada con la profundidad de la PA, lo que corrobora que la MAPA debe ser una técnica requerida para la valoración de riesgo en estos pacientes. Los resultados indican que aumentar la profundidad hacia un patrón más dipper mediante la temporalización del tratamiento antihipertensivo (cronoterapia) disminuye el riesgo cardiovascular, mientras que disminuir la profundidad (lo que fundamentalmente se asocia con la utilización de fármacos en dosis única matutina) aumenta tanto la morbilidad como la mortalidad cardiovascular.

VALOR PRONÓSTICO DE LA MEDIDA CLÍNICA Y AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN RESISTENTE: EL ESTUDIO MAPEC

R.C. Hermida; D.E. Ayala; A. Mojón; L. Chayán*; M.J. Domínguez*; M. Covelo*; M.J. Fontao; R. Soler; I. Alonso; J.R. Fernández.

Lab. Bioingeniería y Cronobiología, Univ. Vigo;

*Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela

Objetivos: Diversos estudios prospectivos han demostrado que la correlación entre el nivel de presión arterial (PA) y el riesgo cardiovascular es mayor para las medidas ambulatorias (MAPA) que para la PA clínica. Además, varios estudios han concluido que la media nocturna de la PA es un mejor predictor de riesgo cardiovascular que las medias diurna o de 24 horas. Hasta el momento, sólo un pequeño estudio ha demostrado la superioridad de la MAPA frente a la PA clínica en la predicción de eventos cardiovasculares en pacientes con hipertensión resistente [Hypertension. 1998;31:712-718]. Por ello, hemos comparado el valor pronóstico de la PA clínica y MAPA en pacientes con hipertensión resistente participantes en el estudio MAPEC (Monitorización Ambulatoria de la Presión arterial y Eventos Cardiovasculares), diseñado para investigar si la normalización del perfil circadiano de la PA hacia un patrón más dipper mediante la temporalización del tratamiento antihipertensivo reduce el riesgo cardiovascular, cerebrovascular y renal.

Métodos: En este estudio prospectivo participan 3109 sujetos, 1560 hombres y 1549 mujeres, de $52,2\pm 14,5$ años de edad. De ellos, 628 (299 hombres y 329 mujeres, de $61,6\pm 11,4$ años de edad) fueron incluidos por hipertensión resistente. En el momento de su inclusión, la PA se monitorizó cada 20

minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca. El día de comienzo de la MAPA se realizó una analítica en sangre y orina de 24 horas. Este mismo procedimiento completo de valoración se programa anualmente, o con mayor frecuencia (cada 3 meses) si es necesario ajustar el tratamiento antihipertensivo. El tiempo de supervivencia sin evento cardiovascular se analizó mediante el modelo de Cox.

Resultados: En función de la MAPA basal y después de ajustar el modelo de Cox en función de la edad, sexo, diabetes y PA clínica, el riesgo relativo (HR) por cada 10 mmHg de aumento en la PA sistólica fue 1,07 (0,95-1,21; $P=0,260$) para la media diurna y 1,19 (1,08-1,31; $P<0,001$) para la media nocturna. La PA clínica y la diastólica ambulatoria no fueron predictores de evento. La morbi-mortalidad cardiovascular estuvo todavía más relacionada con la media nocturna de la PA sistólica cuando los datos se analizaron en función de la MAPA más próxima al evento ($HR=1,42$; 1,29-1,55; $P<0,001$). Conclusiones: En pacientes con hipertensión resistente, la MAPA es superior a la medida clínica de PA en la predicción de morbilidad y mortalidad cardiovascular. Después de ajustar el modelo por diversos factores de riesgo relevantes, sólo la media nocturna de la PA sistólica predice significativamente el riesgo de evento. Además, el valor pronóstico de la media nocturna aumenta significativamente durante el seguimiento. Los resultados también indican que, en pacientes con hipertensión resistente, disminuir la media nocturna de la PA sistólica reduce riesgo cardiovascular más allá de la reducción de riesgo esperada por la propia disminución del nivel medio de PA.

EFFECTOS DEL VALSARTAN EN COMPARACIÓN CON EL ENALAPRIL SOBRE EL INCREMENTO MATUTINO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS

R.C. Hermida; D.E. Ayala; A. Mojón; J.R. Fernández

Lab. Bioingeniería y Cronobiología, Universidad de Vigo

Objetivos: Estudios previos han concluido que la elevación en el incremento matutino de la presión arterial (PA) (IMPA, diferencia entre la media de PA de las dos horas después de levantarse y la media horaria que incluye el valor mínimo de PA durante las horas de descanso nocturno) está asociada con un aumento de accidente vascular cerebral [Circulation. 2003;107:1401-1406] y de mortalidad cardiovascular [J Hypertens. 2004;22:1113-1118]. Las primeras horas de la mañana se caracterizan, además, por una mayor incidencia de eventos cardiovasculares que otras horas del día. Por ello, hemos comparado los efectos del valsartán y del enalapril sobre el IMPA en pacientes hipertensos.

Métodos: Se estudiaron 148 pacientes no tratados con hipertensión arterial esencial ligera-moderada (84 varones y 64 mujeres) de $45,8\pm 10,7$ años de edad. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos en función del tratamiento en monoterapia con valsartán (160 mg/día) o enalapril (20 mg/día) a la hora de levantarse. La PA se monitorizó ambulatoriamente cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche al comienzo del estudio y después de 16 semanas de tratamiento. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utilizó para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso.

Resultados: El valsartán fue más eficaz en la reducción de la PA que el enalapril ($13,5/10,5$ mm Hg en la media de 24 horas de la PA sistólica/diastólica respectivamente, con el valsartán; $10,6/7,1$ mm Hg con el enalapril; $P<0,006$ entre grupos). Las diferencias entre grupos fueron especialmente significativas en las últimas 6 horas post-dosis, por lo que el enalapril fue inferior al valsartán en el

control de la PA nocturna (reducción de 12,1/9,9 mm Hg en la media nocturna de la PA sistólica/diastólica con el valsartán; 8,4/6,1 mm Hg con el enalapril; $P<0,001$ entre grupos). El IMPA se redujo de forma significativa después del tratamiento con valsartán (-4,7/-3,2 mm Hg en la PA sistólica/diastólica, $P<0,004$), y aumentó ligeramente con el enalapril (+1,1/+1,5 mm Hg en la PA sistólica/diastólica; $P>0,117$; $P<0,002$ entre valsartán y enalapril). El valsartán también fue más eficaz que el enalapril en la reducción del incremento de PA diastólica al levantarse (definida como la diferencia entre las medias de PA de las dos horas después y antes de levantarse; -2,5 vs. +1,0 mm Hg, $P=0,024$). No hubo diferencias entre grupos en el cambio en la caída nocturna de PA (diferencia entre la media de PA de las dos horas antes de acostarse y la media horaria que incluye el valor mínimo de PA durante la noche; $P>0,814$).

Conclusiones: A las dosis comparadas en este estudio, el valsartán fue más eficaz que el enalapril en la reducción de la PA durante las últimas 6 horas del intervalo terapéutico. Esto conllevó una menor eficacia del enalapril en la regulación nocturna de la PA, así como de la PA a primeras horas de la mañana ($P<0,001$). En consecuencia, el valsartán, pero no el enalapril, redujo de forma eficaz el IMPA de la PA sistólica y diastólica. Esta disminución en el IMPA podría estar asociada a una reducción del riesgo cardiovascular, hipótesis que debe ser investigada prospectivamente.

PREVALENCIA DEL PATRÓN NO-DIPPER EN LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA EN PACIENTES HIPERTENSOS CON MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

R.C. Hermida; D.E. Ayala; L. Chayán*; M.J. Domínguez*; M. Covelo*; A. Mojón; M.J. Fontao; I. Alonso; J.R. Fernández.

Lab. Bioingeniería y Cronobiología, Universidad de Vigo,

*Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela

Objetivos: Diversos estudios prospectivos, incluyendo ASCOT, VALUE y HOPE, han comparado el efecto de diversas estrategias antihipertensivas en la prevención de enfermedad cardiovascular en pacientes hipertensos de alto riesgo. La monitorización ambulatoria (MAPA) de la presión arterial (PA) no ha sido utilizada de forma rutinaria en esos ensayos y, por ello, se desconoce el perfil circadiano de la PA de esos pacientes. Esto podría ser relevante, debido a que el aumento de riesgo cardiovascular podría estar asociado a una mayor prevalencia del patrón no-dipper, así como a la existencia de diferencias de eficacia de los antihipertensivos en función del perfil de PA de los pacientes. Por ello, hemos evaluado el patrón circadiano de la PA en una cohorte de sujetos divididos en función del nivel de PA y de su riesgo cardiovascular.

Métodos: Estudiamos 4173 sujetos (2121 hombres y 2052 mujeres), de $52,0\pm 13,8$ años de edad. De ellos, 2915 sujetos no recibían tratamiento antihipertensivo en el momento del estudio. Siguiendo los criterios de inclusión de ASCOT, los sujetos fueron divididos en cuatro grupos en función de su PA clínica (PA sistólica/diastólica mayor o menor de 160/100 mm Hg en sujetos no tratados o 140/90 en sujetos tratados) y de su riesgo cardiovascular (presencia/ausencia de al menos 3 factores incluyendo diabetes, sexo varón, edad ≥ 55 años, microalbuminuria, enfermedad arterial periférica, hipertrofia ventricular izquierda, tabaquismo, cociente colesterol total/colesterol-HDL ≥ 6). La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utilizó para calcular las medias diurna y nocturna de PA de cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso.

Resultados: La menor prevalencia de un patrón no-dipper se encontró entre los sujetos con PA baja y reducido riesgo cardiovascular (40,8%). Esta prevalencia aumentó ligeramente en el grupo de PA alta y riesgo bajo (42,9%; $P=0,304$),

pero se incrementó significativamente en los sujetos de PA baja y riesgo cardiovascular alto (58,1%; $P<0,001$). La mayor prevalencia de un patrón no-dipper en la PA se encontró en los sujetos con PA alta y elevado riesgo cardiovascular (61,4%; $P<0,001$ en comparación con los dos primeros grupos y $P=0,353$ en comparación con sujetos de alto riesgo y PA clínica baja).

Conclusiones: La elevación en el riesgo cardiovascular, definido de acuerdo con los criterios de inclusión del estudio ASCOT, está relacionada con la pérdida progresiva de la regulación de la PA nocturna y una alta prevalencia de un patrón no-dipper. Esta prevalencia, sin embargo, aumenta sólo de forma marginal y no significativa con el incremento de PA clínica, tanto en los sujetos de bajo como de alto riesgo cardiovascular. En ausencia de MAPA, la identificación de factores de riesgo cardiovascular pertinentes proporciona información relevante para establecer el esquema terapéutico de preferencia (incluyendo la necesidad de administración de los fármacos antihipertensivos al acostarse) en pacientes hipertensos potencialmente no-dipper.

DIFERENCIAS EN EL EFECTO DEL ENVEJECIMIENTO SOBRE LA PROFUNDIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL ENTRE SUJETOS NORMOTENSOS Y PACIENTES HIPERTENSOS NO TRATADOS

R.C. Hermida; D.E. Ayala; L. Chayán*; M.J. Fontao; A. Mojón; M.J. Domínguez*; I. Alonso; R. Soler; J.R. Fernández

Lab. Bioingeniería y Cronobiología, Universidad de Vigo, Vigo;

*Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela

Objetivos: La ausencia de descenso nocturno adecuado en la presión arterial (PA) que caracteriza a los pacientes no-dipper ($<10\%$ de profundidad, definida como el porcentaje de descenso nocturno con respecto a la media diurna de la PA) se ha asociado con un aumento de eventos cardiovasculares y con mayor daño en órganos diana. Algunos estudios han documentado que la profundidad está disminuida en pacientes ancianos, lo cual se ha atribuido a una reducción en la producción de péptido natriurético atrial, alteración en la función endotelial, y arteriosclerosis, entre otros factores. La mayor parte de estos estudios han evaluado pacientes ancianos sin comparación con pacientes jóvenes o sujetos normotensos. Por ello, hemos investigado los cambios en profundidad con la edad en sujetos normotensos y pacientes hipertensos no tratados.

Métodos: Se estudiaron 2228 pacientes no tratados con hipertensión arterial esencial ligera-moderada (1044 hombres y 1184 mujeres), de $48,9\pm 13,5$ años de edad, rango de 18 a 92 años, y 987 sujetos normotensos (580 hombres y 407 mujeres) de $45,2\pm 14,6$ años de edad, rango de 18 a 88 años. La PA se monitorizó ambulatoriamente cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utilizó para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso.

Resultados: En los pacientes hipertensos, la profundidad de la PA sistólica se mantuvo constante hasta los 55 años (valor medio $11,8\pm 5,8$), y luego disminuyó rápidamente a una tasa de $0,27/\text{año}$ de vida ($P<0,001$), hasta un valor mínimo de $5,4\pm 9,4$ en pacientes de ≥ 70 años. La profundidad de la PA diastólica disminuyó progresiva y linealmente con la edad, desde $19,3\pm 7,5$ en pacientes con <30 años hasta $11,4\pm 9,4$ en pacientes con ≥ 70 años. En los sujetos normotensos, el descenso en profundidad después de los 55 años fue mucho menor (de $12,1\pm 5,0$ en sujetos de <55 años hasta $11,3\pm 5,6$ en sujetos con ≥ 55 años). La profundidad de la PA diastólica disminuyó ligeramente hasta los 45 años y luego se mantuvo constante en sujetos de mayor edad.

Conclusiones: Los resultados indican la existencia de diferencias significativas en los cambios predecibles en la regulación nocturna de la PA con la edad entre sujetos normotensos y pacientes hipertensos no tratados. El aumento progresivo en la prevalencia de un patrón no-dipper con la edad en pacientes hipertensos no se documentó en los sujetos normotensos. La pérdida progresiva de regulación nocturna de la PA con la edad y el consiguiente aumento en la prevalencia de un patrón no-dipper sugieren la recomendación de que los pacientes hipertensos de más de 55 años sean evaluados mediante monitorización ambulatoria.

EFFECTOS DE LA ADMINISTRACIÓN TEMPORALIZADA DE ASPIRINA SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA EN SUJETOS CON PRE-HIPERTENSIÓN

R.C. Hermida; D.E. Ayala; L. Chayan; A. Mojon; J.R. Fernández

Lab. Bioingeniería y Cronobiología, Universidad de Vigo, Vigo;

Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela

Objetivos: La aspirina (AAS) es un potente agente antioxidante que reduce de forma significativa la producción vascular de superóxido, previene la hipertensión inducida por angiotensina II y la hipertrofia cardiovascular, e induce la liberación de óxido nítrico en el endotelio vascular. Además, se ha demostrado que la AAS a baja dosis reduce la presión arterial (PA) ambulatoria cuando se administra a la hora de acostarse, pero no a la de levantarse, en pacientes con hipertensión ligera [J Am Coll Cardiol. 2005;46:975-983] y en gestantes con riesgo de preeclampsia [Hypertension. 2003;41:651-656]. Los posibles efectos de la administración nocturna de AAS en sujetos con pre-hipertensión (PA sistólica/diastólica >120/80) no han sido documentados hasta el momento. Por ello, hemos investigado los efectos de la administración temporalizada de AAS sobre la PA ambulatoria en sujetos con pre-hipertensión.

Métodos: Se estudiaron 244 sujetos con pre-hipertensión (97 hombres y 138 mujeres) de 43,0±13,0 años de edad, divididos aleatoriamente en tres grupos con una proporción 2-1-1: 1) recomendaciones higiénico-dietéticas (RHD) sin intervención farmacológica; 2) RHD y AAS (100 mg/día) al levantarse; y 3) RHD y AAS (100 mg/día) a la hora de acostarse. La PA se monitorizó ambulatoriamente cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas antes y después de 3 meses de tratamiento. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utilizó para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso.

Resultados: La PA ambulatoria no se modificó después de 3 meses sin intervención farmacológica o con AAS a la hora de levantarse. La PA ambulatoria, sin embargo, se redujo de forma significativa en los sujetos que recibieron AAS a la hora de acostarse (descenso de 5,4 y 3,4 mmHg en la media de 24h de la PA sistólica y diastólica, respectivamente; $P<0,001$), sin que se objetivase ningún cambio en la frecuencia cardíaca. La reducción de PA fue similar tanto durante las horas de actividad diurna (5,6 y 3,7 mmHg en PA sistólica y diastólica; $P<0,001$) como durante las horas de descanso nocturno (5,2 y 3,1 mmHg, respectivamente; $P<0,001$).

Conclusiones: Los resultados de este estudio prospectivo corroboran la existencia un efecto significativo de la AAS sobre la PA ambulatoria marcadamente dependiente de la hora de administración del fármaco, que aquí se extiende a sujetos normotensos con PA clínica en el rango de la pre-hipertensión. La administración temporalizada de AAS a baja dosis podría suponer una aportación valiosa no sólo en prevención secundaria, sino también para mejorar el grado de control de PA en sujetos con pre-hipertensión.

REDUCCIÓN DE MORBILIDAD CARDIOVASCULAR MEDIANTE EL AUMENTO DE PROFUNDIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL: EL ESTUDIO MAPEC

R.C. Hermida; D.E. Ayala; A. Mojon; L. Chayan*; M.J. Domínguez*; M. Covelo*; M.J. Fontao; R. Soler; I. Alonso; J.R. Fernández

Lab. Bioingeniería y Cronobiología, Univ. Vigo;

**Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela*

Objetivos: La correlación entre el nivel de presión arterial (PA) y el riesgo cardiovascular es mayor para las medidas ambulatorias (MAPA) que para la PA clínica. En concreto, la reducción de profundidad (descenso nocturno con respecto a la media diurna de la PA) por debajo del 10% considerada como normal está asociada con aumento de daño en corazón, cerebro y riñón. La potencial reducción de riesgo cardiovascular asociada a la normalización del patrón circadiano de la PA (aumentando la profundidad) es todavía objeto de debate. El estudio MAPEC (Monitorización Ambulatoria de la Presión arterial y Eventos Cardiovasculares) fue diseñado para investigar si la normalización del perfil circadiano de la PA hacia un patrón más dipper mediante la temporalización del tratamiento antihipertensivo (cronoterapia) reduce el riesgo cardiovascular, cerebrovascular y renal.

Métodos: En este estudio prospectivo participan 3109 sujetos, 1560 hombres y 1549 mujeres, de 52,2±14,5 años de edad. En el momento de su inclusión, la PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48h consecutivas. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utiliza para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso. El día de comienzo de la MAPA se realizó una analítica en sangre y orina de 24h. Este mismo procedimiento completo de valoración se programa anualmente, o con mayor frecuencia (cada 3 meses) si es necesario ajustar el tratamiento antihipertensivo.

Resultados: En función de la MAPA basal, la morbi-mortalidad cardiovascular fue mayor en los pacientes con perfil dipper-extremo (1,8 eventos por 100 pacientes-año) que en los dipper (1,0), y aumentó significativamente en los no-dipper (2,2) y sobre todo en los riser (6,5). Cuando la morbilidad se evaluó en función del perfil de MAPA más próximo al evento (o el último perfil disponible en los pacientes sin evento), los resultados indicaron una disminución de riesgo en los pacientes dipper-extremo (0,5) y un aumento de morbilidad en no-dippers (2,5) y risers (6,9), sin cambios en los dipper (1,1). La profundidad de la PA sistólica aumentó durante el seguimiento en los pacientes sin evento y disminuyó en un 23% en los pacientes con evento ($P<0,001$ entre grupos).

Conclusiones: La probabilidad de supervivencia sin evento cardiovascular está marcadamente correlacionada con la profundidad de la PA, lo que corrobora la utilidad y necesidad de la MAPA para la valoración de riesgo cardiovascular. Los resultados indican que aumentar la profundidad hacia un patrón más dipper mediante la temporalización del tratamiento antihipertensivo (cronoterapia) disminuye el riesgo cardiovascular, mientras que disminuir la profundidad (lo que fundamentalmente se asocia con la utilización de fármacos en dosis única matutina) aumenta tanto la morbilidad como la mortalidad cardiovascular.

AUMENTO DE LA PROFUNDIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL COMO NUEVO OBJETIVO TERAPEÚTICO PARA PREVENIR ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: EL ESTUDIO MAPEC

R.C. Hermida; D.E. Ayala; A. Mojon; L. Chayan*; M.J. Domínguez*; M. Covelo*; M.J. Fontao; R. Soler; I. Alonso; J.R. Fernández

Lab. Bioingeniería y Cronobiología, Universidad de Vigo, Vigo;

Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela

Objetivos: La reducción de profundidad (descenso nocturno con respecto a la media diurna de la presión arterial (PA) ambulatoria (MAPA)) por debajo del 10% considerada como normal (patrón no-dipper) está asociada con aumento de riesgo cardiovascular, de eventos cerebrovasculares y de progresión hacia la insuficiencia renal. La eliminación urinaria de albúmina es significativamente mayor en pacientes no-dipper que en pacientes dipper, mientras que el patrón no-dipper también se ha asociado al desarrollo de microalbuminuria en pacientes con diabetes tipo 1 [N Engl J Med. 2002;347:797-805]. Por ello, hemos evaluado el valor pronóstico de la profundidad de la PA como predictor de enfermedad renal crónica (ERC) en el estudio MAPEC (Monitorización Ambulatoria de la Presión arterial y Eventos Cardiovasculares), diseñado para investigar si la normalización del perfil circadiano de la PA hacia un patrón más dipper mediante la cronoterapia reduce el riesgo cardiovascular, cerebrovascular y renal.

Métodos: En este estudio prospectivo participan 3109 sujetos, 1560 hombres y 1549 mujeres, de 52,2±14,5 años de edad. En el momento de su inclusión, la PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48h consecutivas. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utiliza para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso. El día de comienzo de la MAPA se realizó una analítica en sangre y orina de 24h. Este mismo procedimiento completo de valoración se programa anualmente, o con mayor frecuencia (cada 3 meses) si es necesario ajustar el tratamiento antihipertensivo. El tiempo de supervivencia sin evento se analizó mediante el modelo de Cox ajustado para posibles variables de influencia.

Resultados: La mediana del tiempo de seguimiento hasta el momento es de 4,9 años (rango 0,5 a 7,7). En función de la MAPA basal, y después de ajustar el modelo de Cox en función de la edad, sexo, diabetes, tratamiento antihipertensivo y PA clínica, en comparación con los pacientes dipper, el riesgo relativo (HR) de ERC en los pacientes dipper-extremo, no-dipper y riser fue de 0,53 (P=0,127), 1,56 (P<0,001) y 2,41 (P<0,001), respectivamente. En función de la MAPA más próxima al evento (o el último perfil disponible en los pacientes sin evento), en HR de los pacientes no-dipper y riser aumentó a 3,33 y 7,73 (P<0,001), mientras que ningún paciente dipper-extremo desarrolló ERC. La profundidad de la PA sistólica aumentó durante el seguimiento en los pacientes sin evento y disminuyó significativamente en un 46% (P<0,001) en los pacientes que desarrollaron ERC.

Conclusiones: El riesgo de desarrollar ERC está marcadamente asociado al deterioro en la profundidad de la PA, siendo altamente prevalente entre los pacientes con un patrón riser. El aumento en la profundidad de la PA sistólica, pero no la reducción del nivel de PA clínica o ambulatoria, fue el único predictor de supervivencia sin evento. Por tanto, aumentar la profundidad hacia un patrón más dipper disminuye el riesgo de ERC, mientras que disminuir la profundidad aumenta el riesgo.

INFLUENCIA RELATIVA DE LA PROFUNDIDAD Y DEL VALOR MEDIO DE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA COMO PREDICTORES DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: EL ESTUDIO MAPEC

R.C. Hermida; D.E. Ayala; A. Mojón; L. Chayán*; M.J. Domínguez*; M. Covelo*; M.J. Fontao; R. Soler; I. Alonso; J.R. Fernández

Lab. Bioingeniería y Cronobiología, Universidad de Vigo, Vigo;

*Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela

Objetivos: Resultados previos de un estudio en sujetos japoneses sugirieron que la disminución en la profundidad (descenso nocturno con respecto a la

media diurna de la presión arterial, PA) es un factor de riesgo de mortalidad cardiovascular independiente del valor medio de la PA [J Hypertens. 2002;20:2183-2189]. La influencia relativa de la profundidad y del nivel medio de la PA ambulatoria (MAPA) como factores asociados al desarrollo de enfermedad renal crónica (ERC) no ha sido todavía determinada. Por ello, hemos comparado el valor pronóstico de la profundidad y de nivel de PA en sujetos participantes en el estudio MAPEC (Monitorización Ambulatoria de la Presión arterial y Eventos Cardiovasculares), diseñado para investigar si la normalización del perfil circadiano de la PA hacia un patrón más dipper mediante la cronoterapia reduce el riesgo cardiovascular, cerebrovascular y renal.

Métodos: En este estudio prospectivo participan 3109 sujetos del área sanitaria de Santiago de Compostela, 1560 hombres y 1549 mujeres, de 52,2±14,5 años de edad. En el momento de su inclusión, la PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48h consecutivas. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utiliza para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso. El día de comienzo de la MAPA se realizó una analítica en sangre y orina de 24h. Este mismo procedimiento completo de valoración se programa anualmente, o con mayor frecuencia (cada 3 meses) si es necesario ajustar el tratamiento antihipertensivo. Los sujetos fueron divididos en grupos de PA normal o alta utilizando los umbrales de 135/85 mmHg para la media diurna y de 120/70 mmHg para la media nocturna de la PA.

Resultados: Después de un tiempo medio de seguimiento de 4,9 años (rango 0,5 a 7,7) y ajustando los modelos de Cox en función de factores de influencia incluyendo edad, sexo, tratamiento antihipertensivo, diabetes y PA clínica, el riesgo relativo (HR) de ERC para los pacientes hipertensos con un patrón dipper en comparación con los pacientes normotensos con patrón dipper fue de 1,79. Los sujetos con patrón no-dipper presentaron un riesgo relativo de ERC significativamente mayor, tanto si tenían su nivel de PA en el rango de la normotensión (HR=3,78) o en el rango de la hipertensión (HR=7,00).

Conclusiones: El riesgo de desarrollar ERC está mucho más relacionado con la disminución de profundidad asociada a la alteración en la regulación nocturna de la PA que a la propia elevación de la PA. Los sujetos no-dipper con PA ambulatoria dentro del rango de la normotensión tienen un riesgo de ERC dos veces mayor que el de los pacientes hipertensos dipper. La profundidad de la PA sistólica fue el parámetro individual más relevante en la predicción de ERC, lo que corrobora la utilidad y necesidad de la MAPA, técnica diagnóstica que debería ser utilizada como herramienta asistencial para la valoración global de riesgo.

POSTERS EXPERIENCIAS

RESULTADOS DE LA ABSTINENCIA TABÁQUICA EN FUMADORES QUE ACUDEN A UN PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

Felisa Domínguez Grandal¹; Abigail Cabañó Barrera²;

Joaquína Campo Cascon³; Xulio Castañal Canto⁴; Francisco Vázquez Troitíño⁵; Cesareo Barreiro Sorriñas⁶. Oscar Carreño Miniño⁷

1. Médica de Familia. Centro de Salud de La Calle Cuba. Vigo; 2. Médica de Familia †

(1982-2006); 3. Enfermera Centro de Saúde de La Calle Cuba. Vigo; 4. Médico de

Familia. Centro de Saúde Gondomar. 5. Médico de Familia. Centro de Saúde de

Coruxo.; 6. Psicólogo Clínico. Unidad de Salud Mental Coya. Vigo; 7. Psicólogo. Unidad de Drogas Mancomunidad de Val Miñor.

OBJETIVOS: Analizar la tasa de abstinencia tabáquica a los dos años de intervención en una cohorte de 91 fumadores que solicitaron ayuda para dejar de fumar

mediante un programa de deshabitación tabáquica multicomponente ofertado en un centro de salud urbano.

PACIENTES Y MÉTODOS: En el año 2006 se puso en marcha en el centro de salud la calle Cuba de Vigo, con el apoyo de la Gerencia de Atención Primaria y del EAP, un programa multicomponente de deshabitación tabáquica. El equipo básico de terapeutas lo formaban un psicólogo y un médico de familia, una médica residente y la enfermera del miniequipo que le dedican 6 horas semanales a esta actividad. Se ofreció tratamiento psicológico y/o farmacológico, en formato grupal y/o individual según las preferencias del fumador. Se incluyen en el programa aquellos fumadores que son enviados por los médicos de cabecera de la zona básica, que al menos hayan realizado un intento de abandono previo y con comorbilidad asociada.

La abstinencia continua y al año se confirma mediante la realización de una cooximetría. La valoración de la abstinencia a los años se realiza mediante de llamada telefónica personal al paciente.

RESULTADOS PRINCIPALES (Avance). De los 91 fumadores incluidos, 35 son hombres (38%) y 56 son mujeres (62%). La edad media de los hombres de 49±12 años y de las mujeres 47±9 años. Del total de fumadores se confirma la abstinencia tabáquica al año en el 40% y a los dos años se declaran abstinentes el 39.6%. La comorbilidad psiquiátrica mas prevalente es la depresión (50%).

CONCLUSIONES: Desde la Atención Primaria se pueden ofertar tratamientos eficaces y eficientes para dejar de fumar.

ÁREA ADMINISTRATIVA (AAD): UNHA EXPERIENCIA DE MELLORA CONTINUA NUNHA XERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Fernández Peña, Ana Inés; Hernández Gómez, Mercedes A.; Fernández Domínguez, M.ª José; San Miguel Ojea F. Javier; Pena Vetoret, Rosalía; López Estévez, M.ª Delfina

XAP Ourense; XAP Ourense; Unidad de Docencia e Investigación XAP Ourense; C.S. Maceda; XAP Ourense; C.S. Novoa Santos

A AAD ten un papel fundamental na relación da poboación co Servizo de AP (SAP). A organización desta área e a implantación de Instrucións homoxéneas de traballo adaptadas por SAP é un reto ilusionante.

OBXECTIVO ESPECÍFICO. Homoxeneización do traballo nas AAD da XAP de Ourense.

OBXECTIVOS XERAIS

1. Análise do traballo e estruturas das AAD.
2. Elaboración de instrucións.
3. Implantación guiada de cambios por SAP. Aportación de suxerencias.
4. Mellora en habilidades de comunicación interna e externa. Xestión de conflitos.

RESUMO DA NOSA EXPERIENCIA. Existe variabilidade nestas áreas: dotacións adecuadas, centros sen AAD ou sen informatizar. A incorporación progresiva de PSX a todos os centros (Plan Mellora) permite a implementación de AAD e debemos adaptarnos a estas melloras.

Son os propios traballadores os indicados para executar o cambio, de modo que, dende a xerencia seleccionamos un grupo de traballo formado por todas as categorías profesionais que traballan nas AAD (Auxiliar administrativo, persoal de servizos xerais e celadores) basándonos na súa experiencia, estudos previos, capacidade de comunicación, liderazgo e motivación.

Co fin de formarse como formadores en atención de calidade aos usuarios se lles facilitou formación en habilidades de comunicación e xestión de conflitos. Primeiro co grupo de comunicación da nosa XAP e despois co Institute for International Research (maio 2007), por último coa Consultora Gesco traballouse en equipo sobre a mellora continua e calidade (novembro 2007 – 2008).

Os obxectivos destes cursos e talleres foron:

- Desenvolvemento de habilidades de comunicación ao teléfono e cara a cara. escoitar con eficacia, descubrir necesidades.
- Dirixir ao usuario nas distintas situacións.
- Situacións conflictivas. Control de emocións.
- Traballo en equipo: estruturación, elaboración de instrucións de difusión xeral.
- Formación en sistemas de xestión de calidade e mellora continua.
- Implantación de cambios.

Este equipo participou durante o 2007 coa Fundación Escola Galega de Administración Sanitaria como docentes de cursos de "Comunicación e atención ao usuario no ámbito da administración sanitaria" en Vigo, A Coruña, Lugo e Ourense; asistencia de 95, 87, 72 e 95% e satisfacción de 99, 92, 38 e 83% respectivamente.

En decembro de 2007 iniciamos a implantación dos cambios en AAD en dous SAP da nosa Xerencia e o grupo realizou a presentación a todos os compañeiros de AAD, ao Xefe de Servizo e Coordinador de enfermaría. Posteriormente no SAP fan unha análise de situación e adaptan as Instrucións a seu medio, algunhas só implican a AAD e outras a todo o SAP e requiren reunións e cambios organizativos. Dous membros do grupo e dous directivos da XAP son os referentes para a implantación e encárganse de liderar o cambio, responder as demandas, axudar nas presentacións e na motivación.

Destacar que nas presentacións estaban presentes o 100% dos convocados e as reunións informativas organizativas contaron coa asistencia de todo o persoal.

LOBULOPLASTIA CON PUNCH

Estefanía Zardoya Cabo; Ana Sampayo Montenegro; Francisco Javier Maestro Saavedra; Fernando Rial Rama
C.S. Caranza-Ferrol; PAC Coruña; C.S. Elviña-Mesoíro. A Coruña

¿De qué hablamos? Se trata de una técnica de cirugía menor en la que se realiza la reconstrucción del lóbulo de la oreja cuando éste se encuentra rasgado parcial o totalmente de modo que el agujero del pendiente se extiende hasta el borde del lóbulo produciendo una hendidura completa del mismo.

Técnica y procedimiento

- Desinfección de la zona.
- Anestesia local.
- Pañeado estéril de la zona.
- Punch.

Se perfora el lóbulo de la oreja con un punch ejerciendo tensión perpendicular al eje de la hendidura incluyendo los dos bordes de la misma, desde la cara anterior hasta la cara posterior.

- Sutura y cierre con uno o dos puntos de seda 4/0 ó 5/0 ó con monofilamento.
- Aplicación externa de Povidona Yodada.
- Revisión de la herida en 24 horas.
- Retirada de los puntos a los 7 días.

Ventajas de la técnica

- Buen resultado estético.
- Sangrado mínimo durante la cirugía por ser el punch una técnica menos cruenta.
- Rapidez en el procedimiento.

Complicaciones

- Infección de la herida quirúrgica.
- Dehiscencia de la sutura.
- Cicatrización anómala, no depende de la técnica quirúrgica.

Bibliografía

- McCollough EG, Horn DB. Correction of the enlarged earlobe: auricular lobuloplasty--an adjunctive face-lift. *Laryngoscope*. 1989 Nov; 99(11):1193-4.
- Randall K. Roenigk, John Louis Ratz, Henry H. Roenigk, Jr. Roenigk's Dermatologic Surgery. *Current Techniques in Procedural Dermatology*. Chapter 22. The Ear. 3ª Ed.
- New York. Informa Helthcare. 2007; 197-205.

IMPLANTACIÓN DE IANUS Y NEOTECNOLOGÍAS:**CREACIÓN DE LA FIGURA DEL COORDINADOR CLÍNICO DE IMPLANTACIÓN DEL IANUS (CCII)**

Jorge Rodríguez, Francisco José; Fernández Domínguez, M.ª José;

Blanco Ramos, Manuel; Gómez Fernández, Isabel;

Canal Blanco, Emilio; Leite Represas, M.ª Luz

C.S. Cualedro; Unidad de docencia e Investigación XAP Ourense; XAP Ourense;

C.S. Xinzo de Limia; C.S. Cualedro; Unidad de docencia e Investigación XAP Ourense

OBJETIVOS:

Principal:

Incremento del uso de las nuevas tecnologías.

Secundarios

1. aumento del uso y calidad de registro de la HCI.
2. aumento de la efectividad en la resolución de los problemas.
3. aumento del nº de personas que acceden a aplicativos on-line de intranet.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA:

Desde la detección por parte de la Gerencia de Atención Primaria de Ourense (XAPOU) de las quejas transmitidas por los profesionales de incidentes derivados del uso de la HCI y de nuevas tecnologías y la desigual implicación de las mismas, se decidió crear la figura del CCII que da apoyo personalizado a problemas que van surgiendo.

Llevamos un registro individualizado de dudas y problemas (profesional, C.S., tipo de incidente y motivo que la propició, tiempo de respuesta y resolución), teniendo en cuenta los factores derivados del profesional, soporte, suministros y estructurales así como el aumento de la incidencia del número de profesionales que utilizan la HCI y los diversos aplicativos on-line de la Intranet. Se realizará una encuesta de satisfacción de los profesionales pre-post de la creación del CCII.

Se promueve la formación en el manejo básico de su uso, por el centro de soporte e implantación del SERGAS, el CCII impulsará de una forma efectiva la utilización y la máxima implicación de los profesionales en el registro de HCI, uso del telemedicina, correo electrónico y herramientas web, con un trato personalizado en la resolución de los incidentes dentro de unos estándares de calidad excelentes.

Las actividades realizadas son:

- Coordinación con CST e informática de XAPOU y de soporte de hardware y software.
- Resolución de dudas de manejo del programa IANUS y de codificación y otras aplicaciones de software.
- Sesiones clínicas sobre IANUS, registro, CIAP.
- Coordinación de cursos.
- Apoyo a la implantación

La difusión del CCII se está realizando. La actividad se realiza por medios electrónicos (Messenger Institucional, Correo Electrónico), teléfono y apoyo presencial en cursos.

REHABILITACIÓN TRAS UNA FRACTURA DE CADERA

María Fernández Alonso; M.ª Jesús Castro Abella

Residencia PPMM Laraxe

En el año 2006 se realizaron 130 intervenciones de fractura de cadera en el H. Arquitecto Marcide. Los pacientes permanecen cada vez menos días en el hospital por lo que la rehabilitación la harán principalmente en sus domicilios. Mostraremos los ejercicios que deberán realizar.

1º día postoperatorio: ejercicios de flexo-extensión de tobillo, isométricos de cuádriceps, isométricos de isquios, movilizaciones pasivas o activo-asistidas o activas del MI intervenido. Cada ejercicio se repetirá 10 veces. Se debe evitar la adducción y flexión mayor de 90º de la cadera pues se puede producir una luxación. Si es necesario colocar una almohada o cuña entre ambos MMII para mantenerlos separados.

2º-3º día postoperatorio: continuar con los ejercicios del 1º día; comenzar con las transferencias. Se muestra como meterse y levantarse de la cama, como pasar de sedestación a bipedestación y viceversa, inicio de la deambulación. El paciente no debe colocarse en decúbito lateral durante las primeras seis semanas.

Días posteriores: mantener las movilizaciones pasivas y los isométricos. Añadir isotónicos glúteos y de cuádriceps y movilizaciones activas (apertura y cierre de MMII).

Progresivamente (durante el primer mes y siguientes): deambulación con ayuda técnica, subir y bajar escaleras, ejercicios en piscina.

MEJORA EN EL MANTENIMIENTO Y SEGURIDAD DEL EQUIPO DE SOPORTE VITAL EN ATENCIÓN PRIMARIA (ESVAP)

Carrera Gándara María Jesús; Lago Deibe Fernando I.;

Ricoy Lago Juan Antonio; Martín Miguel María Victoria;

Pérez González Carmen; Novoa Vázquez Rosa María

Xerencia Atención Primaria de Vigo; Centro de Salud de Aldán

Mejora en el mantenimiento y seguridad del equipo de soporte vital en Atención Primaria (ESVAP)

OBJETIVOS

General: Aumentar el nivel de calidad y seguridad en el mantenimiento del equipo de soporte vital en todos los Centros de Salud (CS) y Puntos de Atención Continuada (PAC) del Área de Vigo.

Específicos: Nombrar un responsable de mantenimiento del equipo de soporte vital en el 100% de los CS y PAC del Área de Vigo. El 50% de los CS y PAC del Área de Vigo tengan un mantenimiento correcto de desfibriladores post-intervención.

El 80% de los CS y PAC del Área de Vigo tengan el equipamiento correcto en cuanto al material y fármacos de soporte vital post-intervención.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN: El problema se identificó por una auditoría que una empresa externa de mantenimiento de desfibriladores realizó en 18 CS del Área de Vigo. El resultado era que sólo 3 Centros inspeccionados (nivel de calidad 16,6%) tenían a punto los desfibriladores para su uso.

El problema se priorizó porque supone un gran riesgo para la salud de los pacientes (severidad), por su magnitud (83,4% de los Centros inspeccionados con anomalías) porque la solución es de dependencia interna, tiene un coste asumible y es un problema fácilmente medible.

Se identificaron las distintas causas elaborando un diagrama de Ishikawa. El análisis de éste aportó oportunidades de mejora a nivel de los profesionales (desconocimiento y falta de motivación), a nivel de la organización (falta de contratos con empresas de mantenimiento de los desfibriladores, ausencia de responsables de mantenimiento en los centros) y a nivel de recursos materiales (parches para los desfibriladores, baterías, bolsas de transporte y de cargador)

MÉTODO:

1. Auditoría inicial externa de todos los C.S. y PAC del Área para conocer el estado de equipamiento y mantenimiento de todo el material de soporte vital.
Se elaboraron dos listas, siguiendo la normativa SEMES (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias), como soporte para realizar las auditorías y el futuro mantenimiento de los equipos: En la lista de comprobación de los desfibriladores además de citar todos los parámetros que se deben comprobar, se registran las deficiencias, las acciones para subsanarlas, así como la firma, diaria, de la persona responsable del mantenimiento. En la lista de comprobación del material y fármacos de soporte vital se describe todo el material y todos los fármacos que deben estar disponibles en los C.S. y PAC del Área.
2. Nombramiento de los responsables de mantenimiento del equipo de soporte vital de los C.S. y PAC en los Centros donde no hay.
3. Intervención educativa mediante talleres de formación para los responsables de mantenimiento de cada Centro. Realizando una evaluación de conocimientos al inicio del taller y al final
4. Nueva auditoría al cabo de 3 meses después de la intervención para ver si hemos conseguido los objetivos descritos anteriormente.
5. Implantación permanente de una auditoría anual externa del 100% de los PAC y de una muestra de los CS del Área sobre el mantenimiento del material de soporte vital para conseguir un nivel de calidad asistencial aceptable que garantice seguridad en el equipamiento y establecer nuevos planes de mejora en base al nivel de calidad detectado.

MEDIDA PREVISTA: Los indicadores se evaluarán antes y después de la intervención de mejora.

1. Centros con responsables de mantenimiento del equipo de soporte vital/ número total de Centros
2. Número de desfibriladores con mantenimiento correcto según lista de comprobación / número total de desfibriladores
3. Número de Centros con todo el material de soporte vital correcto/ número total de centros
4. Número de centros con todos los fármacos de soporte vital correcto/ número total de centros
5. Número de encuestas que manifiestan utilidad del taller y aumento de los conocimientos adquiridos/Número de encuestas totales.

URGENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Hernández Gómez, Mercedes A.; Fernández Domínguez, M.ª José; Fornos Vieitez, Benedicto; Alonso Álvarez, Pilar; Yáñez Fernández, Ovidio; Leite Represas, M.ª Luz

XAP Ourense; Unidad de Docencia e Investigación XAP Ourense; PAC Viana; C.S. Verín; C.S. A Mezquita; Unidad de Docencia e Investigación de XAP Ourense

OBJETIVO ESPECÍFICO: Promover por servicios de AP la formación continuada (FC) periódica para la asistencia a urgencias extrahospitalarias incluyendo todas las categorías profesionales.

OBJETIVOS GENERALES

1. Reconocer la pérdida de consciencia y la parada cardio-respiratoria.
2. Realizar correctamente las maniobras de resucitación cardio-pulmonar (RCP) y soporte vital básico (SVB).
3. Promover una adecuada escala de atención a situaciones de riesgo vital.
4. Formación en soporte vital avanzado (SVA): monitorización, vía aérea, vías venosas, uso de fármacos, desfibrilación.
5. Atención a politraumatismos (estos 2 últimos específicos para profesionales sanitarios)

DESCRIPCIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA: Durante o ano 2006 o total de procesos asistenciais atendidos a través do 061 foi de 433.310, as mobilizacións foron 279.647 e os profesionais de AP participaron na atención destes procesos:

- Médico de A.P. en emergencias tuvieron un total de 14265 movilizaciones (39,08 de media al día).
- Médico de A.P. en visitas fueron 20584. (56,30 de media al día).
- Enfermeros de A.P. fueron movilizados en 3136 ocasiones.

Del total de movilización de transporte sanitario a través de 061: un 56,15% ha sido para asistencia a emergencias y el 43,15% a urgencias. La atención continuada es una de las características de AP y pensamos que en los centros de salud todos los profesionales deben tener conocimientos básicos en el manejo de las situaciones de urgencias extrahospitalarias y en los PAC es su tarea primordial.

Por todo ello en la XAP-OU hemos constituido un grupo de trabajo y de FC periódica con el fin de facilitar a los profesionales el conocimiento de la organización actual y facilitar el aprendizaje de las nuevas recomendaciones de RCP.

Elegimos a 3 sanitarios de los que conocíamos su motivación y capacidad de liderazgo y se formaron en la Fundación Marqués de Valdecilla y el Hospital de Salamanca en el año 2006.

Comenzamos realizando un taller de RCP básica para la enfermería que se incorporaba a AP por los traslados y que voluntariamente iban a hacer guardias, el 78,5% puntuaron el curso-taller como muy bueno-excelente y otro de RCP avanzado para los médicos de nueva incorporación con una satisfacción excelente en el 100% de los casos, ambos acreditados.

A partir de ahí los talleres acreditados se han desarrollado por servicios pudiendo hacerlos todas las personas de las distintas categorías profesionales que trabajan en los mismos y separándolos en distintas salas al iniciar la formación específica en SVA para los sanitarios. De momento, han sido 5: PAC de Ourense, SAP de Verín, SAP de Carballino, SAP de Xinzo y SAP de Ribadavia, siendo la valoración global de los cursos en moi bo-excelente de 66,7%, 96%, 86,7%, 88,2% y 90,5% respectivamente. En cuanto a la utilidad para el puesto de trabajo y siguiendo el mismo orden, la valoración ha

sido de 60%, 88%, 80%, 88,2% y 81%. La sugerencia más frecuente es la solicitud de repetición del curso.

A SEMANA SEN FUME UNHA EXPERIENCIA COMUNITARIA CON MOITO FUTURO

Xulio Castañal Canto; Felisa Domínguez Grandal

C.S. Gondomar; C.S. Rúa Cuba

Resumo: A semana sen fume é unha das actividades anuais que desenvolve a Sociedade Española de Medicina Familiar e Comunitaria (SEMFYC), que na Galiza está representada pola Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria (AGAMFEC). Celébrase na última semana de Maio, coincidindo co Día Mundial sen Tabaco que organiza a Organización Mundial da Saúde (OMS). Pretende contribuir á prevención do tabaquismo e fomentar a deshabitación entre os fumadores. Os obxectivos desta semana son: Informar aos fumadores dos beneficios que ten para a súa saúde o abandono do tabaco. Ofrecer tratamentos de deshabitación en todos os centros de saúde. Movilizar aos profesionais de Atención Primaria para que realicen intervencións, con consello e axuda, entre os fumadores. Implicar aos Médicos de Familia e aos Profesionais de Enfermería dos centros participantes para que cada un deles inicie entre 5 e 10 tratamentos de deshabitación con motivo da Semana sen Fume. Conseguir que, cando menos, 7.000 fumadores, na Galiza, abandonen o tabaco durante esta semana. Realízanse diversas actividades como charlas, roldas de prensa e comunicados informativos, intervencións nos medios de comunicación (radio, televisión), concursos de redacción sobre o tabaquismo, obradoiros. Nos centros de saúde e nas vías públicas, dalgunhas cidades e vilas, móntanse mesas informativas para explicar os beneficios que aporta deixar de fumar e como prever o inicio do consumo de tabaco. Repártense folletos explicativos, intercámbianse frores ou outros agasallos por cigarros, e mídese cos cooxímetros a cantidade de monóxido de carbono exhalado, podendo comprobar as diferencias entre os fumadores e os non fumadores. Nestas mesas os profesionais prestan axuda para deixar de fumar a todos aqueles que queren facer un intento de abandono e facilitan información para poderen seguir recibindo axuda. O Grupo de Abordaxe ao Tabaquismo, comenza a preparar todas estas actividades no mes de Outubro do ano anterior, éllese no Congreso anual da Semfyc o eslogan que despois, reproducírase en folletos e cartaces no seguinte mes de maio. Velaeiqu os últimos: 2003 "Para empezar... unha semana sen fumar" 2004 "Eu tamén deixoo hoxe" 2005 "A decisión e túa, o apoio noso" 2006 "Espacio sen fume, saúde para todos" 2007 "Ti es capaz, intentao" A da IX semana sen fume de 2008 é "Por todas as persoas e, sobre todo, por ti"

Dende 2006, moitos centros de saúde colaboran durante varias semanas, antes da semana sen fume, facilitando cuestionarios, tanto a fumadores, exfumadores, como nunca fumadores, para que manifesten as súas opinións sobre temas relacionados co consumo de tabaco e tamen sobre o parecer das medidas lexislativas aplicadas, sobre todo dende 2006 coa Lei de Tabaquismo. No 2007 foron 36 centros de saúde galegos os que participaron activamente nestas actividades.

Editouse un monográfico sobre tabaquismo en Canteira de Saúde.

POSTERS CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO: PACIENTE CON TRASLOCACIÓN T(15:17) QUE PRESENTA VARIOS PROCESOS NEOPLÁSICOS SANGUÍNEOS

Ana Lorenzo San Martín; Manuel M. Lorenzo San Martín;

Antonio M. Merino de Dios

U.A.P. Bolivia

Paciente mujer de 59 años con antecedentes familiares de hipertensión arterial en abuelos y tíos, hermano con dislipemia y padre fallecido de neoplasia

sin filiar. No hábitos tóxicos, sendo su ocupación habitual como ama de casa. Acude a la consulta con antecedentes de haber debutado hace diez años (1995) con un cuadro de equimosis y pancitopenia, diagnosticada en el Hospital Xeral-Cíes de Leucemia Promielocítica Aguda con t(15:17) y tratada con protocolo de quimioterapia intensiva con remisión completa. Carcinoma basocelular en ala nasal reseccionado hace dos años.

También presentaba cuadro conocido de coxartrosis bilateral y de osteoporosis diagnosticado mediante densitometría ósea. Su tratamiento habitual consistía en Calcio con vitamina D, Sulfato de glucosamina, Risedronato semanal, Meloxicam, Bisoprolol y Lorazepam.

Tras llevar meses con su cuadro osteomuscular estabilizado, consulta por dolor cervical (2005). Se le habían practicado estudios radiológicos cervicales hace 2 años, informados como normales para su edad. Se inicia tratamiento antiinflamatorio con diclofenaco cediendo inicialmente el cuadro. Al recidivar las molestias, se opta por repetir radiografía, objetivándose una alteración a nivel de C7 compatible con fractura. Se solicita TAC columna cervical y Analítica incluyendo proteinograma en sangre y estudio hormonal de tiroides y paratiroides. Los resultados analíticos estaban dentro de la normalidad, pero el Tac cervical mostró una lesión lítica de cuerpo vertebral C7, con masa de partes blandas que destruía cortical.

Remitida para su ingreso y estudio en Hospital Xeral-Cíes de Vigo es diagnosticada de Plasmocitoma C7 con acunamiento secundario, recibiendo tratamiento radioterápico y resección de cuerpo vertebral y colocación de malla Moss y placa tipo Slim.

En Marzo de 2007 es diagnosticada en los controles de hematología de Mieloma múltiple de Bence-Jones procediéndose tras quimioterapia se procedió a Autotransplante de progenitores hematopoyéticos de sangre periférica, actualmente en control evolutivo.

CELULITIS DE REPETICIÓN

Carmen Paz Martínez; Azucena Varela Suárez; Laura Naveira Seoane

Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Juan Canalejo. A Coruña

Paciente de 60 años, con antecedentes personales de fractura de fémur, tibia y peroné en miembro inferior derecho en la infancia y de Diabetes Mellitus tipo 2, de 10 años de evolución a tratamiento con acarbose, con mal control glucémico. En los dos últimos años presentó 3 episodios de celulitis en miembro inferior derecho, sin evidencia de puerta de entrada, tratada con antibioterapia intravenosa con buena evolución. Es remitido a la Unidad de Hospitalización a Domicilio, desde el servicio de Urgencias, por un nuevo episodio de celulitis en pierna derecha. En la exploración física se observa aumento de tamaño, eritema y calor en dicha extremidad. No se palpa cordón fibroso. En ambos pies presenta lesiones blanquecinas y descamativas interdigitales. No se detectan alteraciones en el screening para neuropatía diabética y el índice tobillo brazo resulta normal. Se realiza cultivo para hongos siendo positivo para candida parasilopsis. Cambiamos el tratamiento con antidiabéticos orales a metformina, obteniendo así, controles glucémicos pre y postprandiales dentro del rango de normalidad y añadimos enalapril 5mg, simvastatina 10 mg y ácido acetilsalicílico 100mg. Iniciamos tratamiento tópico antifúngico durante 4-6 semanas.

Observamos importante mejoría clínica, al completar la pauta de tratamiento antibiótico de amplio espectro intravenoso (ertapenem), que se pauta en el servicio de urgencias de forma empírica, durante 15 días. Al alta continua con antifúngico que retirará su médico de familia y se indica una dosis de 1.200.000 unidades de penicilina benzatina im cada mes, como profilaxis de la celulitis.

DIABETES TIPO LADA

Isabel Vidal Castiñeira; Raquel García Rodríguez; Marina Tarrazo Antelo; M. Ángeles Galiano Leis; Sílvia Varela; Rosendo Bugarin

C.S. Fontiñas, C.S. Vite; C.S. Calo

Presentamos o caso dunha muller de 47 anos, con antecedente de sobrepeso que consulta ó seu médico de Atención Primaria por importante perda ponderal de carácter progresivo nos últimos 8 meses; mantendo unha adecuada inxesta. Refire tamén visión borrosa dende fai 1 mes sen outros síntomas acompañantes.

A exploración física non mostra achados significativos, procedéndose a realizar un estudo analítico que revela unha cifra de glucemia de 285mg/dL.

Con este dato e a clínica establécese o diagnóstico de Diabetes Mellitus, con criterios de insulinización. Solicítase unha nova analítica con Hemoglobina Glicosilada, Anticorpos antiGAD e Péptido C, así como Hormonas Tiroideas.

Discusión: aínda que a Diabetes tipo I soe debutar a idades temperás, a variante tipo LADA aparece en idades medias, incluso tardías da vida. Inicialmente a clínica pode simular unha Diabetes tipo II, sobre todo nos primeiros 6 meses de evolución, tendendo a manifestarse con cifras de glucemia alteradas e mala resposta a antidiabéticos orais, sendo a insulinopenia un dato máis tardío.

Ante un debut diabético non debemos esquecer solicitar os anticorpos antiGAD para establecer o diagnóstico correcto, xa que no caso da Diabetes tipo LADA a insulinización é o tratamento de elección independentemente da presenza de síntomas cardinais.

Conclusión: no caso da nosa paciente os Anticorpos antiGAD eran positivos, diagnosticándose de Diabetes Mellitus tipo LADA

ITU DE REPETICIÓN COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE CARCINOMA DE SIGMA

Jonatán Miguel Carrera; Bibiana Basadre Rodríguez; María Esther Varela Prado
C.S. Sarria

Presentación de un póster sobre un caso clínico. Infección urinaria de repetición como primeira manifestación de carcinoma de sigma.

Varón de 74 anos que comenza con diversos cuadros de infección urinaria. Se solicitan cultivos que objetivan dichas infecciones. En el curso de la espera para atención con urólogo de cupo el paciente refiere neumatría. Tras realización de diversas pruebas diagnósticas, el paciente es diagnosticado de carcinoma de sigma con infiltración vesical.

SÍNDROME DE KLIPPEL TRENAUNAY ACOMPAÑADO DE EPISODIOS DE CELULITIS DE REPETICIÓN

Piñeiro Vidal, María José; Vela Flórez, Laura; Brea Torres, Gustavo; Abuward, Iyad; Martínez García, María Dolores; Bugarín González, Rosendo
Centro Saúde Folgueiras-Calo

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Klippel Trenaunay (SKT) es una enfermedad rara, congénita, que se diagnostica habitualmente en la infancia o en la adolescencia y se caracteriza básicamente por la presencia de angiomas, venas varicosas subyacentes y, menos frecuentemente, hipertrofia de tejidos blandos u óseos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Se trata de un paciente varón, de 37 años, que desde su nacimiento presenta lesiones cutáneas rojo-violáceas, alguna de

ellas elevada, en el miembro inferior derecho, fundamentalmente en el muslo. Fueron extendiéndose progresivamente con la edad y posteriormente aparecieron venas varicosas. Fue derivado a cirugía vascular y mediante ecodopler y flebografía se diagnosticó de SKT. La actitud terapéutica recomendada fue conservadora consistiendo simplemente en medias elásticas de compresión fuerte y seguimiento. Desde la adolescencia presenta episodios de repetición (1-2 al año) de celulitis de localización sacro-glútea derecha acompañados de fiebre alta con respuesta espectacular a la cloxacilina, ya que a las pocas horas de la administración de la primera dosis ya cede la fiebre y mejora la inflamación. Ante dichas recidivas, se realizó una valoración multidisciplinar por cirugía vascular, dermatología y cirugía general y se solicitaron pruebas complementarias (RNM abdomino-pélvica, colonoscopia) tratando de buscar complicaciones en dichas localizaciones y la puerta de entrada infecciosa sin que se haya conseguido demostrar alteración alguna.

En el SKT también pueden verse afectadas estructuras abdominales y si bien es cierto que en su evolución, además de otras múltiples posibles complicaciones (hemorragias, tromboflebitis, embolias) también están descritas las celulitis -muchas veces asépticas-, la buena respuesta a la antibioticoterapia hace pensar en un origen infeccioso sin que se haya conseguido demostrar en ninguno de los episodios su puerta de entrada. Se aceptan hipótesis, sugerencias...

ASPECTOS ÉTICOS: Se solicitó permiso explícito al paciente para la realización de fotografías y para la comunicación/publicación de su caso.

TEP RECIDIVANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Miriam Prat Roibas; María Isabel López Pérez; Laura González Vázquez; Francisco Fernández Fernández
Povisa; Vigo

OBJETIVOS: Ante la asociación de TEP recidivante y tromboflebitis migrans completar estudio del paciente por sospecha de neoplasia oculta

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA: Varón de 54 años, fumador de 2 paquetes diarios, que acude por dolor pleurítico brusco en hemitórax izquierdo sin disnea ni fiebre, con datos de flebitis superficial en miembro inferior izquierdo. Se realizan análisis que están dentro de la normalidad y la Tomografía Axial Computarizada (TAC) torácica demuestra Tromboembolismo Pulmonar (TEP) en lóbulo inferior izquierdo. El estudio de trombofilia es negativo, en ECO doppler de miembros inferiores no se encuentran datos de trombosis venosa profunda. Se pauta tratamiento anticoagulante.

Un mes después acude por síntomas similares unido a flebitis superficial en miembro superior derecho. Una nueva TAC evidencia TEP bilateral con adenopatías mediastínicas pequeñas e inespecíficas. Se inician nuevos estudios para descartar neoplasia subyacente asociada, con marcadores tumorales, autoanticuerpos, gastroscopia y colonoscopia con resultados dentro de la normalidad.

Al mes siguiente vuelve a ingresar por un nuevo episodio de dolor pleurítico tromboflebitis superficial en miembros superiores y miembros inferiores. Se le realiza nueva TAC donde se observa TEP y aumento del tamaño de las adenopatías por lo que se realiza broncoscopia con PAAF que confirma adenocarcinoma de origen pulmonar.

CONCLUSIONES: En un paciente un TEP de origen idiopático y recidivante, se debe descartar siempre neoplasia subyacente. La tromboflebitis migrans es un cuadro paraneoplásico que se puede objetivar en Atención Primaria debiendo ser derivado para estudio hospitalario

RELACIONA: MUJER JOVEN, MALESTAR GENERAL Y FRECUENCIA CARDIACA

Sandra Rodríguez Justo; Eva García Villar; María Conde Abalo

C.S. Bueu; C.S. Bueu; C.S. Villagarcía

INTRODUCCIÓN: El bloqueo aurículo-ventricular (AV) completo o de 3º grado es aquel en el que ningún impulso auricular conduce al ventrículo, puede ser:

1) Congénito ó 2) Adquirido:

- Enfermedad coronaria (aguda o crónica)
- Postcirugía o postcateterismo cardíaco
- Hiperpotasemia
- Drogas (Beta-bloqueantes, calcio-antagonistas, antidepressivos tricíclicos, organofosforados, clonidina, digital, opiáceos, fenilpropanolamina, fenilefrina. ...)
- Infecciones (enfermedad de Lyme, endocarditis infecciosa, fiebre reumática)
- Fibrosis del sistema de conducción, valvulopatías
- Miocardiopatías (Chagas, amiloidosis, hemocromatosis, alcohólica, sarcoidosis)
- Tumores cardíacos
- Artritis reumatoidea, esclerosis sistémica, síndrome de Reiter, lupus...

CASO CLÍNICO: Mujer de 34 años sin antecedentes médicos de interés, no hábitos tóxicos, no tratamientos domiciliarios, habita en medio urbano y practica deporte ocasionalmente. Acudió a PAC (punto de atención continuada) por malestar general y cansancio de 3 días de evolución. A la exploración se objetivó: tensión arterial 125/80, temperatura 36°C, frecuencia cardíaca (FC) 40 latidos por minuto (lpm), exploración física anodina. Se realizó electrocardiograma (ECG), en el que se evidenció bloqueo AV completo con un ritmo de escape de QRS ancho a 36 lpm.

Se trasladó a urgencias hospitalarias donde se realizó analítica básica y radiografía de tórax, siendo ambos estudios normales. Ingresó para completar estudios en la unidad coronaria. El ecocardiograma no mostró cardiopatía estructural, ni otros datos relevantes y las serologías de miocarditis infecciosa (coxiella burnetti, borrelia burgdorferi. ...) fueron negativas. Ante la persistencia de bloqueo, con FC en todo momento menor de 40 lpm, sin causa tratable, se decidió la implantación de marcapasos definitivo DDDR; con posterior buena evolución de la paciente.

CONCLUSIÓN: En atención primaria, la FC es un dato que en múltiples ocasiones obviamos en adultos jóvenes, sin embargo, es el dato que nos lleva al juicio clínico acertado en nuestro caso, haciendo el diagnóstico diferencial con múltiples patologías banales que sospecharíamos ante la clínica difusa de la paciente

POSTERS PROXECTOS

EVENTOS ADVERSOS EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Clara González Formoso; M.ª Antonia Carballo Silva;

M.ª Sonia Estévez Rodríguez; Marta Iglesias Crespo; M.ª Victoria Martín Miguel;

Juan Manuel Sánchez Lastres; Carmen Velicia Peñas

Centro de Saúde de Tomiño, Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Xeral de Vigo, Centro de Saúde de Arbo-as Neves, Centro de Saúde de Pontearreas, Xerencia de Atención Primaria de Vigo, Centro de Saúde de Chapelá, Centro de Saúde de Sárdoma

HIPÓTESIS: Los sucesos adversos pueden alcanzar al menos al 3% de los pacientes en edad pediátrica atendidos en las consultas de Pediatría de AP y, al menos un 40% de ellos pueden ser evitados.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- conocer el alcance de los efectos adversos (EA) en las consultas de pediatría de ap, con la finalidad de diseñar estrategias que faciliten su minimización.

Objetivos específicos:

- identificar los EA que se deriven de la asistencia en las consultas de Pediatría de Atención Primaria (AP) del área Sur de la provincia de Pontevedra.
- analizar los factores contribuyentes a la aparición de EA.
- promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales de Pediatría de AP.
- incrementar el número de profesionales involucrados en la seguridad del paciente en edad pediátrica.
- crear un grupo de trabajo permanente en seguridad del paciente para impulsar estrategias de mejora.

METODOLOGÍA

Diseño: estudio observacional de tipo transversal.

Sujetos de estudio: todos los pacientes en edad pediátrica (0-14 años incluidos) que acudan, por cualquier causa, a la consulta de Pediatría, durante el periodo de registro. Variables estudiadas:

- 1.- variables ligadas al centro:
 - urbano
 - rural
- 2.- variables ligadas al profesional:
 - pediatra
 - enfermera de pediatría
 - experiencia profesional
- 3.- variables ligadas al sujeto:
 - edad
 - sexo
- 4.- variables resultado:
 - efecto adverso
 - efecto adverso evitable
 - efecto adverso grave
 - efecto adverso moderado
 - efecto adverso leve

Recogida y análisis de datos: para la recogida de datos se utilizará el formulario APEAS, con el que se está desarrollando actualmente el estudio ENEAS II (Estudio Nacional de Efectos Adversos en AP). Pediatras y enfermeras de Pediatría participantes cumplimentarán el formulario cada vez que identifiquen un EA. Se realizará un estudio descriptivo, presentándose el porcentaje correspondiente para las variables cualitativas, mientras que las variables cuantitativas se presentarán a través de medidas de centralización y dispersión según proceda. Se usará la prueba de chi-cuadrado o el test exacto de Fisher para las variables cualitativas y la t-Student o la U de Mann-Whitney para las cuantitativas, según cumplan o no criterios de normalidad. La asociación entre variables se estudiará por medio de regresión logística.

Limitaciones del estudio: la sobrecarga asistencial de los profesionales va a dificultar su participación en la recogida de datos sobre EA.

PROYECTO DE MEJORA DE LA PREVENCIÓN DEL TÉTANOS EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE A CAÑIZA

Pérez González, C; Novoa Vázquez, R. M.ª; Lago Deibe, F.I.

FI; XAP Vigo

Objetivo: En el ámbito del servicio de atención primaria de A Cañiza (CS Cañiza, CS Arbo y Consultorio Filgueira):

- Aumentar el registro de la vacunación antitetánica en las historias clínicas

en un 20%, en la población de 50 a 79 años (ambos inclusive).

- Aumentar el nivel de conocimientos sobre prevención del tétanos de los médicos y enfermeros de dicho servicio.
- Aumentar el grado de conocimiento sobre su estado vacunal, a la población de 50 a 79 años adscrita al C.S. de A Cañiza.

Material y métodos: Entendemos por cobertura vacunal la administración y el registro de las tres dosis que incluye la primovacuna.

1. Primera fase o análisis de la situación:

- Realización de evaluación de registro de vacunación antitetánica mediante revisión de historias clínicas de los 3 centros objeto de la intervención. El tamaño de la muestra, de 340 pacientes, se calculó con una prevalencia de vacunación estimada del 60%, para un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%. Se hizo una distribución proporcional al tamaño de cada uno de los cupos médicos auditados, eligiendo las historias mediante muestreo sistemático.
- Encuesta de conocimientos a 100 pacientes ($p=q=0.5$, confianza del 95% y precisión del 10%), realizada de manera oportunista, en las salas de espera de las consultas objeto de la intervención.
- Encuesta de conocimientos (10 preguntas sobre casos clínicos) a los profesionales médicos y de enfermería, probada previamente en otro estudio similar

2. Segunda fase o de intervención:

- Sesión clínica a los médicos y enfermeros involucrados sobre la adecuada manera de llevar a cabo la profilaxis antitetánica con entrega de un folleto resumen para tener en la consulta
- Envío a toda la población diana de una carta informando sobre la necesidad de la vacunación antitetánica y la conveniencia de la revisión por parte de su médico o enfermero.
- Captación activa de pacientes en la consulta de los médicos y enfermeros objeto de la intervención.

3. Tercera fase o de reevaluación:

- Se procederá a realizar de nuevo, y con la misma metodología inicial, una auditoría de registros en 340 historias clínicas, una encuesta a 100 pacientes en las salas de espera y una encuesta de conocimientos los profesionales médicos y enfermeros.
- Indicadores a evaluar:
 - i. Comparación de la proporción de individuos de 50-79 años correctamente vacunados antes y después de la intervención.
 - ii. Comparación de proporción de individuos de 50-79 años que conocen su estado vacunal antes y después de la intervención
 - iii. Diferencia en el nivel medio de conocimientos de médicos y enfermeros antes y después de la formación.
 - iv. Proporción de médicos y enfermeros que aumentaron el nivel de conocimientos del total de formados.

Se utilizarán, respectivamente, las pruebas de chi cuadrado, t de student y test de McNemar para muestras emparejadas

El estudio está financiado parcialmente con una ayuda del programa de calidad del Ministerio de Sanidad.

INTERVENCIÓN SOBRE TABAQUISMO EN EMBARAZADAS DENDE ATENCIÓN PRIMARIA DE SAÚDE (ITEAPS)

Xulio Castañal Canto; Felisa Domínguez Grandal; Mercedes Espinosa Arevalo; Victoria Martín Miguel; Fernando Isidro Lago Deibe

C.S. Gondomar. C.S. Rúa Cuba. C.S. Sardom. I Xerencia de A.P. Vigo. Xerencia de A.P. Vigo

Objetivos: O. Xeral.- Coñecer A Efectividade dunha intervención grupal na evolución do tabaquismo durante o embarazo e nos 12 meses posteriores

das mulleres atendidas na área de vigo e que presentan un embarazo durante a duración do estudo.

o. específicos.-

1. describir a evolución do tabaquismo durante o embarazo e nos 12 meses posteriores ao parto no grupo de intervención respecto ao control
2. identificar as variables máis importantes asociadas ao cese do consumo durante o embarazo.
3. identificar as variables asociadas a unha maior taxa de persistencia no abandono do tabaco despois do parto que modifiquen.

metodoloxía: deseño.- ensaio clínico aleatorizado por profesional sanitario (matronas). poboación.- mulleres que teñen o seu médico de familia nos centros de saúde da área de vigo. área de influencia de aproximadamente 150.000 habitantes. mostra.- o tamaño mostral calculado é de 247 mulleres embarazadas en cada grupo (control e intervención). Nos últimos anos está aumentando, no noso medio, a prevalencia de mulleres xóvenes fumadoras. entrelas se encontran as que xa son ou serán nais nun próximo futuro. o embarazo é unha situación de gran trascendencia na vida das mulleres. moitas se plantexan deixar o tabaco como consecuencia da información, sobre o perxuízo que pode ocasionar ao seu futuro fillo. Na galiza carecemos de suficiente información sobre a proporción de mulleres que abandonan o tabaquismo no embarazo e, das que despois do parto permanecen en abstinencia. por outra banda a información no resto do estado é moi escasa. Sabemos que o tabaquismo pasivo provoca un aumento importante de morbimortalidad tanto no feto coma na infancia. hai estudos que relacionan unha maior proporción de adolescentes e xóvenes fumadoras cando existen conviventes fumadores. intentar romper el ciclo adolescente-nai-fillos (fumadores) debería ser un dos grandes retos no próximo futuro. O gran momento de motivación ao abandono que se vive no embarazo, xunto á accesibilidade das matronas no seu seguimento, nos ofrece unha ocasión única para probar un tipo de intervención levada por estas profesionais que non podemos desaproveitar.

hipótese

h_0 : p_{12} grupo intervención = p_{12} grupo control

h_1 : p_{12} grupo intervención > p_{12} grupo control

donde p_{12} é a proporción de mulleres que se manteñen sen fumar aos 12 meses tras o parto.

Objetivos

- o. xeral.- coñecer a efectividade dunha intervención grupal na evolución do hábito tabáquico durante o embarazo e nos 12 meses posteriores das mulleres atendidas na área de vigo.
- o. específicos.-
 1. describir a evolución do tabaquismo o embarazo e nos 12 meses posteriores ao parto no grupo de intervención respecto ao control
 2. identificar as variables máis asociadas ao cese do hábito durante o embarazo.
 3. identificar as variables asociadas a unha maior taxa de persistencia no abandono do tabaco despois do parto.

deseño.- ensaio clínico aleatorizado por profesional sanitario (matronas). Poboación.- mulleres fumadoras que presentan un embarazo durante a duración do estudo e que teñen ao seu médico de familia nos cs da área de vigo (actualmente 15 interesados, e con un área de influencia de aproximadamente 150.000 habitantes).colaboran 12 matronas, das 17 posibles, que mostraron interés en participar e nos seus centros de saúde existe tamén colabora-

ción da área pediátrica. polo tanto faríamos un reparto aleatorio de 6 e 6 para cada grupo (intervención e control).

Muestra.- considerando una tasa de abandonos do tabaquismo durante o embarazo do 40% sen intervención e un incremento do 15% no grupo intervención, cunha potencia do 90%, un nivel de confianza do 95% e unha estimación de perdas do 20%, o tamaño mostral calculado é de 244 mulleres embarazadas en cada grupo.

O 40% e a taxa de abandono espontaneo que a revisión Cochane refire a EEUU. Os diferentes estudos desta revisión dan taxas moi diferentes de abandono, moitas delas con sesgos importantes e con metodoloxía moi dispar, as veces non estaba nada claro a intervención do grupo control, de tal xeito que en algunha ocasión as taxas de cesación chegaron a ser maiores neste grupo control. A practica totalidade dos estudos fixéronse en centros hospitalarios.

A de Albrecht en 1998 é do 54% e a de Baric, primer estudio que demostrou o beneficio da intervención en 1976 foi do 57% de abandonos (12).

Análise estatístico.-

farase unha descrición das variables mediante media e ic 95% para as v. cuantitativas e frecuencia e porcentaxe para as v. cualitativas. para a análise de posible asociación entre variables utilizarase a proba t de student ou anova para comparación de medias e a ji cadrado para comparación de proporcións. en caso de non verificarse a hipótese de normalidade (kolmogorov-smirnov), se usaran probas non paramétricas.

Para estimar o impacto sobre o abandono do tabaco doutras variables se usaran modelos de regresión loxística en dúas situacións diferentes:

v. dependente.- abandono do consumo de tabaco (menos de 10 ppm);
v. dependente.- mantemento do abandono aos 3, 6 e 12 meses posparto.
nambolos dous casos, as v. independentes a incluír serán: grupo (intervención / control) o proxecto foi autorizado polo comité ético de investigación clínica de Galicia de acordo á normativa vixente.

EVENTOS ADVERSOS EN DOS UNIDADES DE TUBERCULOSIS

Ana Isabel Gorís Pereiras; María Inmaculada Otero Baamonde;
Rafael Vázquez Gallardo; Clara González Formoso; Alberto Edmundo Pena Graña; Rosa Ana Pazos Lamoso; Luis Anibarro García

Unidade de Tuberculose (UTB) do Complexo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI); UTB do CHUVI; UTB do CHUVI; Centro de Saúde e Tomiño (Pontevedra); UTB do Complexo Hospitalario de Pontevedra (CHOP); UTB do CHOP; UTB do CHOP

Desde a aparición en los últimos 8 años de informes en los países anglosajones sobre la magnitud y las causas de los eventos adversos (EA) relacionados con la atención sanitaria, ha habido un mayor reconocimiento del problema, incorporando objetivos de seguridad a los planes estratégicos de mejora de las organizaciones sanitarias y potenciando la investigación sobre esta materia.

La gran mayoría de los EA se producen en los hospitales, ya que la población está sometida a un mayor riesgo asociado a la atención hospitalaria, pero ello no excluye que se puedan producir en otros ámbitos de la atención sanitaria como Atención Primaria (pendiente de publicación el ENEAS II-Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria), atención sociosanitaria, oficinas de farmacia y el propio domicilio del paciente.

Teniendo en cuenta el estado actual del tema creemos que sería de gran interés valorar los EA en un servicio especial como son las Unidades de Tuberculosis (UTB).

Objetivos: Conocer el alcance de los EA en las UTB, con la finalidad de diseñar estrategias que faciliten su minimización.

Identificar los EA que se deriven de la asistencia sanitaria en las UTB de la provincia de Pontevedra y estimar su frecuencia.

Analizar los factores contribuyentes a la aparición de EA.

Incorporar a la agenda de los equipos de las UTB objetivos y actividades encaminadas a la mejora de la seguridad del paciente.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo transversal, rellenando un formulario cada vez que los médicos o enfermeras de las UTB de Vigo y Pontevedra identifiquen un EA. La hipótesis de trabajo es que los sucesos adversos pueden alcanzar al menos al 3% de las personas atendidas en las UTB, y que al menos un 40% de ellos pueden ser evitados. Duración del estudio: 1 año. Se incluirán todos los pacientes que acudan a las 2 UTB en febrero de 2008. En abril-mayo de 2008 se analizarán los datos y se discutirán los resultados, y en junio se hará la difusión de los mismos. Las variables estudiadas son la edad y sexo de los sujetos y el EA o el EA evitable. El análisis estadístico consistirá en un estudio descriptivo de las variables recogidas, usando la prueba de ji-cuadrado o el test exacto de Fisher para las variables cualitativas y la t-Student o la U de Mann-Whitney para las cuantitativas, según se cumplan o no criterios de normalidad. La asociación entre variables se estudiará por regresión logística.

DEMORA EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA: DIFERENCIAS ENTRE MEDIO RURAL Y URBANO

Ana López González; Gabriel Díaz Grávalos

C.S. Cea (Ourense)

Objetivos: La demora en el diagnóstico del cáncer constituye un serio problema sanitario puesto que puede afectar al pronóstico del proceso. Existen diferentes atribuciones de la demora diagnóstica: paciente, médico y sistema. En el caso concreto del paciente este retraso puede estar influido por diferentes hechos, existiendo amplia variación interindividual y habiéndose citado diversos elementos socioculturales entre los componentes de la demora atribuible al paciente.

El objetivo del estudio es comparar el grado de extensión del cáncer de mama de las pacientes procedentes del medio urbano y rural, en el momento del diagnóstico, para valorar si existen diferencias atribuibles al medio de procedencia.

Material y métodos

Tipo de estudio: Estudio observacional, descriptivo.

Criterios de inclusión: Se incluirán todos los casos de cáncer de mama en mujeres registrados en el Complejo Hospitalario de Ourense entre los años 2004 y 2007 inclusive. Se considerarán pacientes de procedencia urbana aquellas que tengan su domicilio en medio urbano según criterios de la OCDE (densidad de población mayor de 150 hab/km²).

Tamaño muestral: El estudio comparará la variable Grado de extensión (cuantitativa) en dos grupos definidos por la variable Procedencia (cualitativa). Para cuantificar el Grado de extensión del tumor se consideró la clasificación del American Joint Committee on Cancer, dando un valor progresivo a cada uno de los estadios entre 1 (T1S,NO,MO) y 7 (T0-4,NO-3,M1) y pasando a considerarla como una variable cuantitativa en la que a mayor valor, mayor extensión. Aplicando esta clasificación, y a través de una prueba piloto, se obtuvo

3,34 de media, con desviación estándar de 1,52. La diferencia mínima clínicamente importante se considerará un valor 1,0 puesto que significa el paso de un estadio a otro. Considerando un error α de 0,05, una potencia del 99% y una hipótesis bilateral, el tamaño necesario sería de 87 casos por grupo de procedencia.

Mediciones principales: Se determinará: grado de extensión del tumor al diagnóstico, edad, (medio de) procedencia, antecedentes familiares de cáncer de mama, estado civil, grado de instrucción, número de hijos, fecha de diagnóstico de sospecha, fecha de diagnóstico de confirmación (considerándose así fecha de estadificación) y tipo de tratamiento aplicado (cirugía, quimioterapia, radioterapia y sus combinaciones). El análisis estadístico se realizará mediante comparación de medias y regresión multivariante, con los valores de significación habituales y el cálculo de los intervalos de confianza cuando proceda.

Aspectos ético-legales: No se realizará ninguna actuación sobre las pacientes, recogiendo la información a partir de las historias clínicas y analizándose de forma agregada. Se solicitará permiso por escrito a las pacientes o sus familiares para el uso de sus datos.

ENSAYO CLÍNICO PROSPECTIVO EN FASE IV, CONTROLADO, ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO Y EN GRUPOS PARALELOS PARA EVALUAR LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA VACUNACIÓN TÉTANOS-DIFTERIA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES. COMPARANDO LA VÍA INTRAMUSCULAR Y LA SUBCUTÁNEA

Lago Deibe, F.I.; Martín Miguel, M.^ªV.; Velicia Peñas, C.; Rey Gómez-Serranillos, I.; Fontanillo Fontanillo, M.

Xerencia de Atención Primaria de Vigo; Xerencia de Atención Primaria de Vigo; Centro de Saúde Sárdoma (Vigo); Xerencia de Atención Primaria de Vigo; CHUVI.

Objetivo: Comparar la seguridad y la efectividad de las vías de administración intramuscular (IM) y subcutánea (SC), de la vacuna tétanos-difteria (Td) en pacientes tratados con anticoagulantes orales (TAO). Secundariamente valorar si existe interacción entre la Td y el TAO.

Material y métodos:

- Es un ensayo clínico prospectivo (fase IV), doble ciego, comparando dos grupos de pacientes, uno con administración de la Td por vía IM y otro por vía SC. La asignación a cada grupo será aleatoria simple y la duración del estudio de dos años.
- Población de estudio: todos los pacientes en TAO que tengan indicación de poner al menos una dosis Td, en 7 Centros de Salud del Área de Vigo, y que acepten participar en el estudio. Criterios de exclusión: Reacción anafiláctica, local grave o trastornos neurológicos a dosis previas, mal control hematológico (INR>4) en los últimos 2 meses, enfermedad grave, estadios terminales de enfermedad, inmovilizados, patología crónica descompensada, estados de inmunosupresión, mujeres gestantes o en periodo de lactancia
- Tamaño de la muestra: calculado, para una prevalencia estimada de efectos secundarios locales en la vía IM del 30%, en 115 pacientes en cada grupo (prueba bilateral, potencia 80%, error alfa 5%, diferencia del 18 % entre grupos), pero asumiendo un 15% de pérdidas, se deberán incluir a 135 por grupo.
- La variable principal del análisis de seguridad será la medida del diámetro braquial, la aparición de lesiones elementales en la zona de administración de la vacuna, la aparición de dolor medido mediante una escala analógica visual y la aparición de efectos secundarios sistémicos. La variable del análisis de la efectividad será el aumento significativo en los títulos de anticuerpos anti toxoide tetánico. La variable principal de interacción entre los tratamientos será la modificación del INR.

Para determinar diferencias estadísticas de las variables entre los dos grupos de estudio se utilizará la prueba de Chi cuadrado, la T de Student o la U de Mann-Whitney según el tipo de datos y las condiciones de aplicación. Como medida de asociación se estimará el riesgo relativo y su reducción, con intervalos de confianza del 95%. Como medida de impacto se estimará la reducción del riesgo absoluto y el número de pacientes a tratar para evitar un evento, con sus intervalos de confianza del 95%. Los análisis se realizarán por intención de tratar.

- El investigador informará del estudio a cada paciente solicitando su consentimiento informado por escrito. Todos los datos de identificación del paciente serán tratados de forma confidencial. En el momento de la asignación a uno de los dos brazos del estudio a cada paciente se le asignará un código que será su único número de identificación en todos los documentos. El estudio tiene la autorización del CEIC de Galicia y está financiado, en parte, por una la Consellería de Sanidade.

DIFERENCIAS ENTRE MEDIO RURAL Y URBANO EN LA SUPERVIVENCIA DEL PACIENTE DIAGNOSTICADO DE EPOC

Díaz Grávalos, Gabriel J.¹; Valiño López, M.^ª Dolores¹; Robles Castiñeiras, Aida¹; Palmeiro Fernández, Gerardo²; Casado Górriz, Inmaculada³; Portuburu Izaguirre, Maite⁴

1. Centro de Saúde Cea (Ourense) 2. Centro de Saúde Rubiá (Ourense)

3. Centro de Saúde Allariz (Ourense) 4. Centro de Saúde a Carballeira (Ourense)

Objetivo: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una de las principales causas de muerte en el mundo y su prevalencia e incidencia se encuentran en aumento. A pesar de numerosos estudios respecto a los factores que predicen la supervivencia en pacientes que la padecen, no hay un consenso establecido al respecto. Por otra parte, hay evidencias de la existencia de desigualdades en salud entre medio rural y urbano en diversas patologías, que han sido atribuidas a diferentes relaciones entre el paciente y la organización sanitaria y que podrían presentarse igualmente en los pacientes afectados de EPOC.

El objetivo del estudio es comparar la supervivencia en pacientes diagnosticados de EPOC en el medio rural y urbano para valorar si existen diferencias atribuibles al medio de procedencia.

Material y métodos

Tipo de estudio: Estudio de cohortes retrospectivo.

Criterios de inclusión: Se incluirá la totalidad de los pacientes diagnosticados de EPOC, tanto vivos como fallecidos, registrados desde enero del año 1998 hasta diciembre de 2007 y pertenecientes a los cupos médicos de Atención Primaria, rurales y urbanos, participantes en el estudio. Se considerará pacientes de procedencia urbana a aquellos que tengan su domicilio en medio urbano según criterios de la OCDE (densidad de población mayor de 150 hab/km²). Los datos de los pacientes fallecidos se obtendrán de las Historias Clínicas presentes en el archivo de pasivos de cada Centro.

Tamaño muestral: Se incluirán los pacientes pertenecientes a 26 cupos médicos (50% rurales), estimándose por prueba piloto previa una media de 2 diagnósticos nuevos por cupo y año. Ello supone alrededor de 500 individuos a lo largo de 10 años.

Mediciones principales: Se determinarán: fecha y edad en el momento del diagnóstico, fecha de fallecimiento cuando proceda, IMC, medio de procedencia (rural o urbano), estrategia diagnóstica, valores espirométricos al diagnóstico y en el último control, número de exacerbaciones en el último año de seguimiento, tabaquismo y fecha de abandono si procede. Se utilizará el

método de Kaplan - Meier en la determinación de la probabilidad de supervivencia y el análisis de regresión de Cox en la investigación de los factores pronósticos. El grado de significación estadística será un valor de $p = 0,05$.

Aspectos ético-legales: Se recogerá la información a partir de las historias clínicas, analizándose de forma agregada. Se solicitará permiso por escrito a los pacientes o familiares para el uso de sus datos.

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN LA ACCESIBILIDAD DEL USUARIO

Julio Novoa González; Pilar Darriba Zufiaur;

Jesus Barros Arias-Castro; Francisco Durán González

Centro de Trabajo: Centro de Salud Nicolás Peña. Vigo

Selección de problema: Mediante tormenta de ideas y técnica de grupo nominal se prioriza el problema en la accesibilidad del usuario.

Definición del problema: Dificultad del usuario para acceder a los servicios sanitarios ofertados en aspectos como información, citación o tipo de asistencia.

Análisis del problema: Se realiza diagrama de Ishikawa y se identifican como posibles causas las siguientes: problemas de acceso telefónico para conseguir la cita, falta de información del usuario acerca de los recursos existentes, dificultades para pedir citas a Radiología y a otras Especialidades, falta de protocolo de citación en Área Administrativa.

Objetivo del proyecto: Mejorar la accesibilidad de los pacientes a los servicios sanitarios ofertados por el Centro de Salud.

Medidas de mejora: Se proponen las siguientes: Demandar mayor nº de líneas telefónicas, Elaboración de protocolo de citación.

Mejorar la información al usuario: elaboración y difusión de folletos informativos, instalación de un panel directorio, ordenar la cartelera, información verbal por parte del personal. Solicitar que las citas para Radiología y para todas las Especialidades (tanto citas ordinarias como preferentes) puedan gestionarse desde el propio Centro de Salud.

Potenciar la solicitud de citas por Internet.

Métodos para verificar la mejora: Encuesta de satisfacción al usuario, Análisis de reclamaciones, Análisis de citas solicitadas por Internet.

Indicadores:

- Nº de reclamaciones presentadas por problemas en la accesibilidad / total de reclamaciones presentadas. Objetivo: reducir en un 50% las reclamaciones por este motivo en 6 meses.
- Nº. de citas realizadas por Internet. Objetivo: aumentar un 50% el número de citas solicitadas por internet en 6 meses
- Grado de satisfacción del cliente/paciente con la accesibilidad al Centro de salud. Objetivo: Cualquier aumento en la puntuación de la encuesta de satisfacción de los pacientes después de 6 meses.

A ATENCIÓN Á MULLER DURANTE O PARTO, PUERPERIO E LACTACIÓN MATERNA NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DO SERGAS

Martínez Romero, M.^a Dolores; Ferreiro Losada, M.^a Teresa;

Díaz Sanisidro, Eduardo; Clavería Fontán, Ana;

Atienza Merino, Gerardo; Montesino Semper, Iñigo;

UAP Melide-Toques-Santiso (A Coruña); CSAP Sárdoma (Vigo, Pontevedra);

CSAP Val Miñor (Nigrán, Pontevedra); S.X. de Calidade e Programas Asistenciais (SERGAS);

S.X. de Aseguramento (Sergas); F.P.H. Vixte da Xunqueira (Cee, A Coruña)

1. Introducción: A atención ao embarazo e ao parto supón unha parte moi importante da actividade sanitaria. Os ingresos por parto constitúen o 14% das hospitalizacións e o 7% das estancias hospitalarias. Trátase de mulleres sans e de procesos fisiolóxicos. Os servizos sanitarios dotaróense con medios máis sofisticados, pero a atención ao parto normal viuse afectada por unha medicalización crecente. observáse unha tendencia a utilizar en exceso as tecnoloxías e realizar intervencións innecesarias, molestas e ata desaconselladas, na atención ao parto normal. A pesares de que a evidencia científica actual recomenda eliminar as intervencións inapropiadas ou innecesarias, estas séguense aplicando de rutina durante a atención ao parto normal en moitos hospitais galegos. Esta situación xera gran insatisfacción entre as usuarias e ás veces somete á nai e ao bebé a intervencións innecesarias, pero non inocuas. Vemos necesario un estudo que permita constatar de xeito obxectivo o uso destas prácticas. As mulleres cada vez máis demandan unha atención máis respectuosa, individualizada, menos intervencionista e reclaman unha maior participación nas decisións durante a atención ao parto. A Atención Primaria xoga un papel importante na toma de decisións, prestando asistencia e dando consello médico tanto nas consultas médicas como de matronas.

Coñecer os patróns de variabilidade pode resultar un bo punto de partida para o inicio de correccións nas prácticas. A Consellería de Sanidade elaborou un plan de atención integral á saúde da muller. Consideramos tamén que a publicación e difusión dos resultados deste estudo axudarán a sensibilizar aos profesionais e a reflexionar sobre a atención que actualmente se está dando ás mulleres e axudará á implantación da guía de atención ao parto, puerperio e lactación desde o coñecemento da situación da que se parte.

2. Obxectivos: principal: avaliar a calidade da atención sanitaria prestada ás mulleres e ós recentemente nados durante o parto, puerperio e lactación materna nos hospitais públicos do sergas. obxectivos específicos: 1. determinar cales son os coidados que habitualmente se prestan durante o parto e puerperio nos hospitais da rede pública galega. 2. verificar se estes coidados se basean na evidencia científica ou forman parte de prácticas de rutina. 3. pescudar as expectativas e o grao de satisfacción das usuarias tras un parto vaginal.

3. método: estudo descritivo con tres apartados: un primeiro apartado no que se empregará unha metodoloxía cuantitativa, a través da análise estatística dos datos recollidos nunha enquisa de consenso on-line. un segundo compoñente no que se empregará unha metodoloxía cualitativa para a análise das expectativas e a satisfacción das mulleres, mediante grupos focais. un terceiro apartado cunha revisión de historias clínicas para monitorizar os principios indicadores de calidade de asistencia á muller e ó recentemente nado.

4. resultados: agardamos amosar os resultados de tódolos apartados ó longo do ano 2008, mediante divulgación científica e publicación. Buscamos corroborar ou ben descartar estas hipóteses: 1. Existencia de variabilidade da calidade asistencial na atención ao parto e puerperio nos distintos hospitais da rede pública galega. 2. Un cambio da práctica clínica cara a un uso da evidencia científica nos aspectos relacionados co parto normal melloraría a calidade asistencial e a satisfacción das usuarias. 3. Realízanse prácticas que na Guía Clínica da NICE e a OMS recomendan eliminar.

EFFECTIVIDADE DUNHA ESTRATEXIA DE ENTREVISTA CLÍNICA PARA A MOTIVACIÓN E TROCO DE COMPORTAMENTO DIETÉTICO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

Martín Miguel, M.V.; Gomez Feijoo, O.; Álvarez Carrera, C.; Iglesias Conde, M.; Rodríguez Gómez, C.V.; Rodríguez Diaz, E.; Arca Fraiz, C.; Pedrido Rodríguez, R.; Prieto Casado, A.; Rodríguez Del Amo, D.; Fernández Fernández, I.; Gómez Fontán, F.; Río Orgeira, J.Á.; Rodríguez Souto, A.

Xerencia de Atención Primaria de Vigo; Centro de Salud de Cañiza; Doblada; Pintor Colmeiro; Bembrive; Matamá; Redondela; Cangas; Sárdoma

Obxectivos Xerais

1. Valorar a efectividade da Entrevista Motivacional (EM) para modificar os hábitos de alimentación dos pacientes diabéticos tipo 2 a medio prazo (12 meses de seguimento).

Obxectivos Específicos

1. Avaliar se a intervención con Entrevista Motivacional modifica o comportamento dietético
2. Analizar se existe relación entre distintos aspectos da EM e o cumprimento dietético.
3. Determinar se o bo cumprimento dietético relaciónase cun mellor control metabólico.

DESEÑO: Ensaio clínico controlado, aleatorizado por grupos (profesionais de enfermería), no que se pretende, medir a efectividade da técnica de entrevista motivacional como instrumento de modificación de conducta dietética a medio prazo, en pacientes diabéticos tipo 2.

Suxeitos de estudo: Pacientes diagnosticados de diábetes tipo 2 nos cotas atendidos polos enfermeiros colaboradores e que pertencen a Centros de Saúde da área de Vigo, antes da súa inclusión, solicitarase o consentimento informado para participar no estudo.

Se cuantificarán os abandonos tratando de identificar os factores condicionantes.

Criterios de inclusión

1. Estar diagnosticados de DM tipo2 polo menos 1 ano antes
2. Ter entre 45 e 65 anos
3. Non observar tratamento con insulina
4. Cumprir criterios de sobrepeso: $IMC > 28$ para homes e $IMC > 25$ para mulleres
5. Posuír un nivel intelectual normal e un grao de autonomía total física e psíquica
6. Dispoñer dun nivel socioeconómico mínimo que permítalle facer unha alimentación axeitada
7. Realizar polo menos 3 ingestas diarias no ámbito da súa lareira
8. Dar o consentimento para participar no estudo

Criterios de exclusión

1. Non aceptar participar no estudo
2. Non cumprir os criterios de inclusión
3. Mulleres embarazadas, se desese o caso.
4. Pacientes que coñecen e realizan as indicacións dietéticas que teñen recomendadas
5. Pacientes cun $IMC > 30$

Intervención: Entrevista Motivacional nun grupo e atención propia da práctica habitual no outro.

Asignación da intervención: Asignación ao azar, dos enfermeiros participantes a cada grupo de estudo.

Os pacientes seleccionaranse en cada cota por mostraxe aleatoria simple do listado de todos os atendidos habitualmente por cada profesional participante.

Un N° total de 26 enfermeiro/as colaboradores no estudo, pertencentes a distintos Centros de Saúde da área de Vigo, asistirán a un curso-taller de nutrición en diabetes.

Só os seleccionados aleatoriamente para aplicar a intervención educativa participarán nun curso para adquirir coñecementos e habilidades en técnicas de Entrevista Motivacional. Posteriormente realizarán devandita intervención sobre os pacientes diabéticos da súa cota de atención que sexan seleccionados.

Os profesionais, aos que corresponda participar no grupo control, aplicarán o adiestramiento dietético como o veñen a facer na súa práctica habitual.

Consideramos que existe un bo cumprimento dietético se cúmprense 4 dos seguintes criterios: diminúe o consumo de graxas saturadas, aumenta o de insaturadas e fibra, consúmense menos de 1 vez ao mes os alimentos restrinxidos e hai diminución de peso. Un cumprimento dietético desaxeitado se non cúmprense 2 ou máis dos criterios anteriores.

Pensamos que hai unha melloría do control metabólico se ocorre unha diminución do 10% dos niveis de glico-hemoglobina, colesterol total e LDL- colesterol

Tamaño da mostra: Obtemos $N = 51$ suxeitos en cada grupo para una confianza do 95%, unha potencia do 0,9, unha diferenza de 0,3 cun 20% de perdas e para unha hipótese bilateral.

Variables: Mediranse ao comezo, aos 6 meses e ao ano da intervención.

1. Centro de Saúde
2. Terapeuta
3. Idade: Anos cumpridos ao comezo do estudo
4. Sexo
5. Nivel de instrución
6. Apoio familiar
7. Traballo.
8. Tempo desde diagnóstico: En anos cumpridos ao comezo do estudo
9. Complicacións da diábetes
10. Tratamento farmacolóxico
11. Exercicio físico: tipo, duración, frecuencia (veces/semana)
12. Peso en Kg. IMC
13. Perímetro abdominal
14. Tensión arterial
15. Glico hemoglobina
16. Perfil lipídico: colesterol total, LDL-COLESTEROL, HDL-colesterol e Triglicéridos (
17. Ingesta de graxas saturadas, de graxas insaturadas, de fibra e de alimentos restrinxidos.
18. Comezo ou Modificacións na pauta de tratamento farmacolóxico.
19. Eventos, episodios de enfermidade relacionados con complicacións da enfermidade.
20. Mediranse en cada visita do grupo de intervención.
21. Estadios de motivación do paciente
22. Fases da entrevista Motivacional

A análise estatístico dos datos realizarase mediante o paquete estatístico SPSS versión 15.00

Análise descritivo, bivariante e regresión loxística

Limitacións do estudo: É moi difícil levar a cabo ensaios clínicos metodoloxicamente correctos que avalíen actividades de educación sanitaria, xa que estas son intervencións moi complexas nas que hai moitas fontes de variabilidade dificilmente controlables.

Non dispoñemos na literatura científica de métodos validados para verificar a competencia adquirida despois da formación en técnicas e habilidades en Entrevista Motivacional. Non obstante, esta limitación reforza a contundencia dos resultados se estes fosen positivos, xa que é esperable que a intervención en todo caso sexa tecnicamente peor do esperado.

Outra dificultade son os métodos para identificar o consumo de alimentos e seu cuantificación. Segundo os estudos publicados sobre validación de métodos escollemos o máis factible para realizar nunha consulta diaria de Atención Primaria, condicionadas polo volume importante de pacientes atendidos e as características dos mesmos. Ademais de ser prácticos, poden ser útiles para medir cambios dietéticos concretos, que é o noso interese neste estudo, ao mesmo tempo de non requirir unha infraestrutura de análises complicada.

DISMINUCIÓN DA PREVALENCIA DA OBESIDADE INFANTIL NO CENTRO DE SAÚDE DE OROSO

Do Muíño Joga, Manuel, Mendez Bustelo, María Jose, Pons García, Jorge, Hermida Rodríguez, Ana

Centro de Saúde de Oroso

A obesidade na poboación infantil, o igual que na adulta, configurouse nos últimos anos como un importante problema de saúde pública polas dimensións adquiridas (13,9% no estudo enKid) e pola súa tendencia crecente na maioría dos países desenvolvidos. Por todo isto elaboramos un proxecto de mellora da calidade cos seguintes obxectivos: 1) captar o 30% dos nenos obesos maiores de 6 anos, 2) disminuir o índice de masa corporal por debaixo de percentil 95 e da circunferencia de cintura por debaixo do percentil 90 no 5% dos nenos incluídos no proxecto, 3) conseguir unha alimentación saudable no 20% dos nenos mediante cambios nos patróns dietéticos, 4) diminución do sedentarismo e aumento da actividade física no 10% dos rapaces incluídos

INCIDENCIA DE RETINOPATIA Y NEFROPATIA EN DM

Vilar Pérez, M.; Piñeiro López, A.; Troncoso Recio, S.; Martín Miguel, M.V.

C.S. Sárdoma

Objetivos del estudio: Principal: Estimar la prevalencia, en el Centro de salud de Sárdoma (área sanitaria de Vigo), de complicaciones microvasculares (retinopatía y nefropatía) en pacientes diabéticos.

Secundario: Analizar la asociación entre diversos factores de riesgo y la presencia de complicaciones microvasculares.

Metodología: Tipo de estudio:

Es un estudio epidemiológico de prevalencia.

Sujetos de estudio: La población de estudio son los pacientes diagnosticados de diabetes pertenecientes al Centro de Salud de Sárdoma.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes diabéticos mayores de 18 años y menores de 80 años.
2. Acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

1. No aceptación de participar en el estudio
2. Enfermedad en estadio terminal

Muestreo y tamaño de la muestra:

Se ha calculado el tamaño muestral necesario sobre una población de 542 diabéticos catalogados, con una prevalencia esperada más desfavorable del 50 % para una confianza del 95 % y una precisión del 5 %.

Así mismo, se ha estimado un 15 % de pérdidas, por lo cual el tamaño seleccionado para el estudio ha sido de 260 diabéticos.

Variables de estudio y medición

1. Edad: en años cumplidos.
2. Sexo: dicotómica (V/M).
3. Nivel estudios: ordinal (ninguno, primarios, secundarios y universitarios).
4. Tiempo de evolución de la diabetes, en años desde el diagnóstico.
5. Tipo de diabetes: dicotómica (1/2).
6. Asociación de HTA: dicotómica (SI/NO).
7. Asociación de obesidad: dicotómica (SI/NO).
8. Asociación de dislipemia: dicotómica (SI/NO).
9. Tabaquismo: dicotómica (SI/NO).
10. Tipo de tratamiento usado como antidiabético, antihipertensivo y/o hipolipemiente: Nominal.
11. Cardiopatía isquémica: dicotómica (SI/NO).
12. Enfermedad cerebrovascular: dicotómica (SI/NO).
13. Claudicación intermitente: dicotómica (SI/NO).
14. Hemoglobina glicosilada: en porcentaje.
15. Cociente Albúmina/Creatinina en una muestra de orina matinal: microgramos/mg.
16. Creatinina: en mg/dl.
17. Existencia de retinopatía.
18. Existencia de nefropatía.

Método de recogida de datos: Los pacientes seleccionados tras la aleatorización serán contactados por vía telefónica o cuando acudan al Centro de Salud.

Después de solicitar su consentimiento informado y si aceptan participar en el estudio se procederá a entrevistarlos y/o consultar su Historia Clínica para obtener datos de las variables de interés.

La existencia de retinopatía se registrará si así consta en la Historia Clínica. Cuando no haya registro de dicho diagnóstico se valorará mediante el examen de fotografías obtenidas con una cámara de retina no-miódica de 45°. Dicho aparato hace uso de la dilatación fisiológica de la pupila ante la oscuridad, permitiendo su enfoque y visualización por medio de iluminación infrarroja.

Aquellos que no presenten registro de nefropatía, serán sometidos a un cribado mediante la determinación del Índice albúmina/creatinina en una muestra matutina de orina.

En el cuaderno de recogida de datos no constará ninguna identificación del paciente, solamente un número de protocolo que se habrá asignado en la aleatorización previa.

Análisis de los datos: Tras la obtención de todos los datos se realizará la tabulación y el análisis correspondiente. En primer lugar un análisis descriptivo de las variables y cálculo de la tasa de prevalencia de complicaciones. Para el estudio de la asociación entre ambos tipos de complicación microvascular y otros factores de riesgo se utilizará análisis bivariante inicialmente y regresión logística si procede después.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN GLOBAL DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN FUNCION DEL PATRON CIRCADIANO DE LA PRESION ARTERIAL: EL PROYECTO HYGIA

R.C. Hermida; en Representación de los Investigadores del Proyecto HYGIA.

Lab. Bioingeniería y Cronobiología, Universidad de Vigo, Vigo; Gerencia de Atención Primaria, Vigo; Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; Complejo Hospitalario Universitario De Ourense.

Diversos estudos prospectivos han demostrado que el grado de descenso nocturno de la presión arterial (PA) en relación a la media diurna es un factor determinante de riesgo cardiovascular y dano orgánico. La redución del descenso nocturno de la PA considerado como normal (profundidad inferior al 10%, patrón no-dipper) está asociada a un aumento de eventos y dano en órganos diana, principalmente corazón (hipertrofia ventricular izquierda, infarto de miocardio), cerebro (accidente vascular cerebral), y riñón (microalbuminuria, progresión hacia la insuficiencia renal crónica). Estos resultados han demostrado que, frente a la consideración exclusiva del riesgo cardiovascular asociado a la elevación de PA, cada vez cobra más relevancia la necesidad de identificar el carácter dipper o no-dipper del paciente. La alteración en la regulación nocturna de la PA parece ser más frecuente en pacientes con hipertensión secundaria, ancianos, pacientes con diabetes tipo 1 y pacientes con hipertensión resistente, aunque la verdadera dimensión del problema está por ser determinada, especialmente en el ámbito de atención primaria.

En este sentido, el Proyecto Hygia ha sido diseñado como un estudio marcadamente asistencial, de forma que permita extender la utilización de la monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) como herramienta de diagnóstico y valoración de la eficacia terapéutica. El Proyecto Hygia permite la utilización de un informe estandarizado para los pacientes, basado en herramientas de probada sensibilidad diagnóstica a partir de valores de PA obtenidos mediante MAPA. El objetivo fundamental se centra así en extender, especialmente a través de la valoración de sujetos en el ámbito de atención primaria, la utilización de la MAPA como herramienta asistencial en el diagnóstico de hipertensión, valoración de la eficacia terapéutica y evaluación global del riesgo cardiovascular mediante la determinación del patrón circadiano de variación de la PA.

Los objetivos primarios del Proyecto Hygia son: 1) Estudiar, mediante una plataforma asistencial (www.hygia.es) que genera un informe estandarizado y permite el trabajo de colaboración entre los investigadores de los centros participantes, el patrón de variación circadiana de la PA en la población hipertensa. 2) Cuantificar la prevalencia de un patrón alterado (no-dipper) en la PA en pacientes hipertensos ancianos, resistentes al tratamento y diabéticos, entre otros grupos de interés, y/o alto riesgo cardiovascular. 3) Demostrar la utilidad de la MAPA como herramienta asistencial en la valoración global del riesgo cardiovascular del paciente hipertenso.

HÁBITOS ALIMENTARIOS DOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 QUE PARTICIPAN NUN ENSAIO CLÍNICO

Raquel Bazarra Carou; Alexandra Sanmarful Schwartz

C.S. Bembrive; C.S. Sárdoma

O desarrollo deste estudo de investigación forma parte dun proxecto de maior duración, os obxectivos e metodoloxía resúmense en primeiro lugar para posteriormente exponer os específicos deste traballo.

- TÍTULO DO PROXECTO PRINCIPAL: Efectividade dunha estratexia de entrevista clínica para a motivación e troco do comportamento en pacientes diabéticos tipo2.

- DURACIÓN: 2 anos.

- METODOLOXÍA:

Deseño: Ensaio clínico controlado, aleatorizado por grupos (profesionais de enfermaría) no que se pretende, medir a efectividade da técnica de entrevista motivacional como instrumento de modificación da conducta dietética a medio prazo, en pacientes DM2.

Suxeitos de estudo: pacientes diagnosticados de DM2 nos cotos atendidos polos enfermeiros colaboradores e que pertencen ós Centros de Saúde da área de Vigo, antes da súa inclusión, solicitarase o consentimento informado para participar no estudo.

Centros de Saúde participantes: Sárdoma, Matamá, Bembrive, Redondela, Cangas, Teis, Pintor Colmeiro, Mos, Cañiza, e A Doblada.

Cuantificaranse os abandonos tratando de identificar os factores condicionantes.

Criterios de inclusión:

- 1.-Estar diagnosticados de DM tipo2 polo menos 1 ano antes
- 2.-Ter entre 45 e 65 anos
- 3.-Non observar tratamento con insulina
- 4.-Cumprir criterios de sobrepeso: IMC >28 para homes e >25 para mulleres
- 5.-Posuír un nivel intelectual normal e un grao de autonomía total física e psicológica
- 6.-Dispoñer dun nivel socioeconómico mínimo que lle permita facer unha alimentación axeitada
- 7.-Realizar polo menos tres inxestas diarias no ámbito da súa cociña
- 8.-Dar o consentimento para participar no estudo

Criterios de exclusión:

- 1.-Non aceptar participar no estudo
- 2.-Non cumprir os criterios de inclusión
- 3.-Mulleres embarazadas
- 4.-Pacientes que coñecen e realizan as indicacións dietéticas que teñen recomendadas
- 5.-Pacientes cun IMC > 30

Intervención: Entrevista Motivacional nun grupo e atención propia da practica habitual no outro.

Asignación da intervención: Asignación ó azar, dos enfermos participantes a cada grupo de estudo. Un membro do equipo investigador encargase de asignar, por sorteo, ás profesionais de enfermaría que participarán no grupo de intervención con Entrevista Motivacional ou grupo control.

A aleatorización por profesionais pretende evitar a posible contaminación que supoñería que un profesional formado en técnicas de entrevista motivacional proporcione atención habitual ós pacientes do grupo control.

Os pacientes seleccionaranse en cada cota por mostraxe aleatoria simple do listado de todos os pacientes DM atendidos por cada profesional participante.

Un total de 26 enfermeiras/os colaboran no estudo, e asistirán a un curso-taller para adestrarse na elaboración e individualización dun prato alimentario para as persoas diabéticas, dacordo cas normas establecidas por organismos internacionais e documentos de consenso.

Somente os seleccionados para realizar a intervención educativa participarán nun curso para adquirir coñecementos e habilidades en técnicas de Entrevista Motivacional.

Tamaño da mostra: asumimos un nivel de confianza do 95%, unha potencia de 0.9, unha proporción de eficacia de Entrevista Motivacional do 50% para unha hipótese bilateral e unha diferenza de 0.3 cun 20% de perdas. Obtemos N=51 suxeitos en cada grupo.

Variables: Mediranse ó comezo, ós 6 meses e ó ano de intervención.

- 1.- Centro de Saúde
 - 2.- Terapeuta
 - 3.- Idade: Anos cumpridos ó comezo do estudo
 - 4.- Sexo (home/muller)
 - 5.- Nivel de instrución: Ningún, Primario, Secundario, Superior.
 - 6.- Apoio familiar (cónxuxe, fillos, outros, non)
 - 7.- Traballo: tipo de actividade segundo as táboas da OMS
 - 8.- Tempo dende o diagnóstico: En anos cumpridos ó comezo do estudo
 - 9.- Complicacións da diabete: que estean diagnosticadas ó comezo do estudo
 - 10.- Tratamento farmacolóxico: Todo tipo de fármacos e a súa posoloxía
 - 11.- Exercio físico: tipo, duración, frecuencia, (veces/semán)
 - 12.- Peso en Kg con 1 decimal, medido;descalzo,vestido e sen obxectos persoais. IMC segundo a fórmula =peso(Kg)/talla(m)
 - 13.- Perímetro abdominal a nivel da cintura, en centímetros
 - 14.- Tensión arterial:en mm.de Hg, sentado co brazo á altura do corazón
 - 15.- Glico hemoglobina
 - 16.- Perfil lipídico: colesterol total, LDL colesterol, HDL colesterol e Triglicéridos (todo en mg/dl, extracción sanguínea por punción venosa)
 - 17.- Inxesta de graxas saturadas, de graxas insaturadas, de fibra e de alimentos restrinxidos. A través de: Enquisa alimentaria, cumprimento dietético, cuestionarios cantidade/frecuencia
 - 18.- Comezo ou Modificacións na pauta de tratamento farmacolóxico. Especificando: fármaco, doses e posoloxía
 - 19.-Eventos, episodios de enfermidade relacionados con complicacións da enfermidade.
- Mediranse en cada visita do grupo de intervención.
- 20.- Estadios de motivación do paciente segundo o modelo de Prochaska e Diclemente
 21. Fases da Entrevista Motivacional.

OBXECTIVOS:

Principal: Investigar os hábitos alimentarios dun grupo de pacientes diabéticos, participantes nun ensaio clínico, que presentan un control metabólico deficiente.

Secundario:

- 1.- Investigar se hai relación entre os hábitos dietéticos e factores familiares socio demográficos e culturais
- 2.- Avaliar se os hábitos alimenticios se relacionan ca presenza e grao doutros factores de risco cardiovascular e ca existencia de complicacións cardiovasculares
- 3.- Analizar se existe relación entre a dieta e os parámetros de control metabólicos: niveis de glicohemoglobina e perfil lipídico
- 4.- Comprobar se os dous grupos de ensaio clínico son homogéneos en canto ás características medidas dos pacientes, diabéticos tipo2 participantes

METODOLOXÍA: A metodoloxía é a definida para o proxecto de investigación do Ensaio Clínico e os datos que se utilizarán para elaborar o traballo serán os das variables recollidas ó inicio do desenvolvemento do mesmo.

Análise estadístico

- 1.- Descritivo das características persoais e sociodemográficas dos pacientes e os seus hábitos de alimentación.
- 2.- Análise bivariante:
 - Buscando relación, entre o perfil de alimentación e os factores descritos nos obxectivos.
 - Comparando os 2 grupos que participan no ensaio clínico.

- 3.- Análise multivariante dos hábitos de alimentación e dos factores cos que se tivera atopado relación.

PLAN DE TRABAJO:

- Xaneiro –Febreiro/ 08: Aleatorización, adestramento do persoal de enfermaría, preparación do Caderno de Recollida de Datos, elaboración da base de datos
- Marzo- Abril/ 08: Incorporación de pacientes, recollida de datos basais e informatización
- Maio/ 08.; análise dos datos, conclusións e redacción do traballo.

CRIBADO DE ANEURÍSMAS DE AORTA ABDOMINAL EN UNA POBLACIÓN DE RIESGO

Salvador Pita Fernández; Vicente Fernández Rodríguez; Joaquín Serrano Peña; Jesús Manuel Caeiro Castelao; Sonia Pértega Díaz

Unidad de Epidemiología Clínica: C.S. Os Rosales; C.S. Cambre; C.S. Elviña

Diversas publicacións mostran unha redución da mortalidade por Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA) cando se introduce un programa de cribado. La USPSTF non recomenda o cribado en mulleres, pero en homes fumadores de 65-75 anos lo recomienda con un nivel de evidencia B e en non fumadores con nivel de evidencia C(1).

Objetivos:

- a) Determinar a prevalencia detectada de AAA en poboación de 65-75 anos en pacientes do sexo masculino en los Centros de Salud de Os Rosales, Cambre e Elviña
- b) Determinar los pacientes beneficiarios de cirugía electiva
- c) Determinar la viabilidad de su realización y la carga de trabajo generada
- d) Estimar los recursos necesarios para su desarrollo sistemático posterior
- e) Identificar variables asociadas a la presencia de AAA
- f) Determinar el porcentaje de participación en la población susceptible

Métodos

Ámbito: Centros de Salud Los Rosales, Cambre, Elviña

Período: Enero/2009/Diciembre/2011

Estudio: Prevalencia

Criterios de inclusión: Homes de 65-75 anos que den su consentimiento a participar. Aprobación por el Comité Ético de Investigación Clínica

Medición/intervención: De cada paciente se determinarán las variables: edad, factores de riesgo cardiovascular (Diabetes, HTA, Hiperlipidemia, Hipercolesterolemia, Tabaquismo, Sobrepeso/Obesidad). Índice de masa corporal. Estimación del riesgo cardiovascular según los modelos matemáticos de Framingham, SCORE, REGIDOR Y DORICA. Antecedentes de cardiopatía isquémica (angor, infarto).

La ecografía se realizará en los centros de salud que han decidido participar y que disponen de ecógrafo. La Ecografía se realizará por médicos de familia con entrenamiento y experiencia en dicha técnica. En la ecografía se determinará la existencia o no de AAA sus dimensiones longitudinales y transversales. Decisión terapéutica y seguimiento realizado tras su hallazgo. Inicialmente se seguirá la siguiente pauta:

- Ecografía negativa: no se repetirá la ecografía
- AAA con tamaño entre 3-4.4 cm: la ecografía se repetirá anualmente
- AAA entre 4.5-5.4 cm: la ecografía se repetirá cada tres meses

- AAA = 5.5 cm: se procederá a la derivación del paciente al Servicio de Cirugía vascular de referencia

Tamaño muestral: En el C.S. de Cambre la población masculina de 65-74 años es 747. Se estima que en los otros dos centros existiría una población similar

Aspectos ético-legales: Solicitud de consentimiento informado. Aprobación por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia

1- Screening for Abdominal Aortic Aneurysm, Topic Page. February 2005. U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. [http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstf.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstf/uspstf.htm)

GRADO DE CONTROL Y RIESGO CARDIOVASCULAR DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS, HIPERTENSOS Y DISLIPÉMICOS DEL C.S. DE ELVIÑA

Luis Ignacio Diéguez Sanmartín; Jose Antonio García Fraga;

Jose Ramón Reboiras Balaña; Salvador Pita Fernández

CHU Juan Canalejo; Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística;

Centro de Salud de Elviña

Objetivos:

Determinar la prevalencia conocida de HTA, Dislipemia y Diabetes en la población asignada al C.S. Elviña

Determinar al grado de control de los pacientes con HTA, hipercolesterolemia y Diabetes

Determinar el riesgo cardiovascular

Determinar la prevalencia de Insuficiencia renal

Determinar el tratamiento actual de los pacientes con dicha patología

Material y métodos

Ámbito: C.S. Elviña (La Coruña).

Período de estudio: Abril – Julio 2008

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia.

Criterios de inclusión: Pacientes identificados como diabéticos, hipertensos e hipercolesterolémicos en el registro de crónicos de C. S. Elvira.

Criterios de exclusión: Pacientes no identificados con dicha patología en el registro de crónicos.

Mediciones: De cada paciente incluido en el estudio se determinarán las variables siguientes:

Edad, sexo, peso, talla, año de diagnóstico de la enfermedad de estudio (hta, diabetes, dislipemia), Tres últimas analíticas, tratamiento actual, enfermedades concomitantes y exposición al tabaco. Así mismo se calculará el Score de riesgo cardiovascular según los modelos matemáticos: Framingham, DORICA, REGICOR, SCORE.

Justificación del tamaño muestral: En el momento actual están identificados: 469 Diabéticos, 898 Dislipémicos y 1062 Hipertensos. Asumiendo una seguridad del 95% ($\alpha=0.05$), una precisión de error de ± 5 y una probabilidad de pérdidas del 10% precisamos estudiar: 236 diabéticos, 300 dislipémicos y 315 hipertensos.

Selección de los pacientes: La selección de la muestra a estudiar se realizará por medio de muestreo aleatorio simple estratificado por grupos de edad y sexo.

Análisis estadístico: Se realizará un estudio descriptivo de las variables incluidas en el estudio. Las variables cuantitativas se expresarán como media \pm desviación típica y las variables cualitativas como valor absoluto y porcentaje y con la estimación del 95% de su intervalo de confianza. Para determinar las variables asociadas a un control adecuado o no y las variables asociadas a la presencia de un riesgo cardiovascular elevado se realizará por medio de un análisis multivariado de regresión logística.

Aspectos ético-legales: Se garantizará la confidencialidad de la información según la ley de protección de datos 15/1999, y se solicitará autorización al comité de ética correspondiente.

Limitaciones del estudio: Los sesgos de información derivados de la recogida retrospectiva de datos de las historias clínicas.

RIESGO CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN ADULTA Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN POBLACIÓN DE 65 Y MAS AÑOS

Salvador Pita Fernández; Patricia Vázquez Millán; Sergio Novo Porto; Joaquín Serrano Peña; Sonia Pértega Díaz

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística.

CHU Juan Canalejo. C.S. Cambre. A Coruña

Objetivos: Determinar en la población de 40 y más años

- La prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular
 - Diabetes
 - HTA
 - Hiperlipidemia, hipercolesterolemia
 - Tabaquismo
 - Sobrepeso-obesidad
- Estimación del riesgo cardiovascular según los métodos: Framingham, Score, Regidor y Dorica
- Determinar la prevalencia de insuficiencia renal por los métodos MDRD y Cockcroft-Gault

Determinar en la población de 65 y más años:

- La prevalencia de deterioro cognitivo
- El nivel de dependencia/independencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria
- Determinar la dependencia/independencia de recursos sociales
- Determinar en la población estudiada su comorbilidad (Score de Charlson)

Métodos

Ámbito de estudio: Municipio de Cambre (A Coruña).

Período: Mayo/2008-Junio/2009.

Tipo de estudio: Prevalencia.

Criterios de inclusión: Población 40 o más años, con consentimiento a participar en el estudio.

Mecanismo de selección: Selección aleatoria población estratificada por edad y sexo.

Mediciones/Intervenciones: Se estudiarán las variables:

Variables de identificación del paciente: Nombre, Edad, Sexo, Lugar de residencia, Nivel de estudios.

VARIABLES antropométricas: Peso, Talla

VARIABLES de riesgo cardiovascular: Colesterol total, HDL-Colesterol, LDL-Colesterol, triglicéridos. Fumador actual. En los fumadores se determinará el grado de dependencia (Test de Fagerström). Diabetes (conocida e investigada tras determinación analítica). Hipertrofia de VI en EKG, Índice de masa corporal, TAS/TAD (dos mediciones) Esfigmomanómetro de mercurio (al empezar y al terminar la entrevista), Determinación analítica de: creatinina para estimar aclaramiento según método MDRD, Estimación del Riesgo cardiovascular según los índices de Framingham, SCORE, DORICA, REGICOR

Índice de comorbilidad de Charlson

Instrumentos de medición en población de 65 y más años

Valoración de los recursos sociales (OARS=Social Resource Scale)

Valoración de las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel)

Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria (Escala de Lawton)

Valoración de la demencia (Miniexamen cognitivo de Lobo)

Tamaño muestral

Total poblacional(22513). Población de 40 y más años(10500) ($\alpha = 0.05$; precisión $\pm 5\%$; $n=371$ pacientes)

Análisis estadístico: Análisis descriptivo y regresión logística

Aspectos ético-legales:

- Aprobación por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia

- Consentimiento informado por parte del paciente

VACUNACION ANTITETANICA EN UN CENTRO DE SALUD

Sara Troncoso Recio; Maite Maza Vera; María Jose Solla;

Almudena Leiro; Miguel Vilar; Fernando Lago Deibe.

Centro de Salud de Sárdoma (Vigo); Centro De Salud Calle Cuba (Vigo)

Grado de cobertura y factores que influyen en la misma.

Objetivos:

Principal: Conocer qué variables explican mejor la adecuada cobertura de la VAT en un Servicio de Atención Primaria (SAP).

Secundarios:

1. Conocer la cobertura de la vacuna antitetánica (VAT) registrada en la población con historia clínica en el Centro de Salud de Sárdoma (Vigo).
2. Conocer el grado de conocimiento de los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) del C de S de Sárdoma sobre la profilaxis antitetánica.

Material y métodos:

Se trata de un estudio observacional en el que incluiremos a varones y mujeres mayores de 14 años que tienen historia clínica en dicho Centro y quedan excluidos quienes tengan 14 ó menos años.

Calculamos el tamaño muestral en 384 pacientes para una cobertura vacunal estimada del 50%, un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%, teniendo en cuenta posibles pérdidas y seleccionamos mediante muestreo aleatorio simple por cupo médico, a 418 pacientes.

La variable principal es "estar correctamente vacunado frente al tétanos" según la pauta mostrada por el MSyC de España. El resto de variables en estudio se adjuntan en la tabla.

VARIABLES: Cupo al que pertenece en el Centro de Salud de Sárdoma. Edad. Sexo. Profesión. Nivel de estudios. Importancia que da el paciente a estar correctamente vacunado de la VAT. Conocimiento del paciente de su estado vacunal respecto a la VAT. Posesión de la cartilla de vacunación. Motivo de vacunación.

Administración de la vacuna antigripal (VAG). Registro de patología crónica y de factores de riesgo en la historia clínica (HC). Haber recibido "recordatorio" para vacunarse ó recibir dosis de recuerdo. Registro de actividades preventivas en la HCAP. Número de visitas en el último año a la enfermera. Número de visitas en el último año al médico. Grado de conocimiento del personal de enfermería del protocolo de la VAT del MSyC. Grado de conocimiento del personal médico del protocolo de la VAT del MSyC. Estabilidad enfermera/paciente. Estabilidad médico/ paciente. Carga de trabajo de la enfermera. Carga de trabajo del médico.

Los pacientes han de realizar una encuesta, y en ese momento se explica y solicita su consentimiento para la participación en el estudio, pudiendo retirarse en cualquier momento del mismo. Se emplea un sistema de códigos para mantener el anonimato de los pacientes.

POSTERS ACTIVIDADES PREVENTIVAS

MEDICIÓN DE LA RELEVANCIA CLÍNICA DEL CEPILLADO BUCODENTAL PARA LA PREVENCIÓN DE CARIES

S. Pita Fernández⁽¹⁾; A. Pombo Sánchez⁽²⁾; J. Suárez Quintanilla⁽³⁾;

D. Suárez Quintanilla⁽³⁾; S. Pértega Díaz⁽¹⁾; C. Varela Tobío⁽¹⁾

(1) Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. CHU Juan Canalejo. A Coruña

(2) C.S. Fontiñas. Santiago de Compostela (3) Facultad de Odontología. Santiago de Compostela

Objetivos: Determinar la relevancia clínica del cepillado dental para la prevención de caries.

Material-métodos:

Ámbito-estudio: C.S Fontiñas (Santiago de Compostela)

Período: 2004-2005

Estudio: Prevalencia

Muestra: $n=272$ ($\alpha=0.05$); precisión de $\pm 6\%$

Mediciones: Exploración bucodental por dos odontólogos. Cuestionario validado sobre higiene bucodental

Análisis estadístico: Cálculo de RRR (reducción relativa del riesgo), RAR (reducción absoluta del riesgo), NNT (número necesario de pacientes a tratar para prevenir un evento), FE (Fracción etiológica), FAP (fracción atribuible poblacional)

Resultados: Los niños que no se cepillan nunca los dientes tienen un 40% de caridos temporales, y los que lo hacen varias veces al día 15.3%.

La RRR es del 62% es decir cepillarse los dientes varias veces al día reduce el riesgo de caries un 62% en relación a los que no lo hacen nunca. La RAR es de 0.24; lo que significa que de cada 100 niños que se cepillen los dientes varias veces al día evitamos que 24 presenten caries. Si de cada 100 niños que se cepillan diariamente evito que 24 tengan caries ¿Cuántos tendrían que cepillarse los dientes diariamente para evitar un niño con caries?(NNT= 4). El efecto de la intervención es menor a medida que disminuye la frecuencia de cepillado. El mismo efecto se objetiva en los caridos definitivos RRR=55%, RAR=0.18, NNT=5. La FE en caries temporal es 61.75% y en caridos definitivos 55.4%. La FAP en caries temporal es 34.9% y en caridos definitivos 19.1%

Conclusiones: El cepillado dental tiene un gran impacto clínico en la salud bucodental

PAPPS EN LA MUJER

Sanmarful Schwarz, A*; **Bazarra Carou, R*;** **Cruces Artero, C.**

Servicio De Atención Primaria De Sárdoma.

Servicio De Atención Primaria De Bembrive.

Actualmente el PAPPS (Programa de Actividades Preventivas) recomienda dar consejo anticonceptivo a todas las mujeres en edad fértil con una periodicidad anual. Es de vital importancia para evitar embarazos no planificados y enfermedades de transmisión sexual (ETS). El objetivo de este estudio es analizar el cumplimiento de las recomendaciones del PAPPS en mujeres de 15 a 24 años la consulta de Atención Primaria.

Sujetos y Métodos: Estudio descriptivo, longitudinal, en 482 mujeres con edades comprendidas entre los 15 y 24 años. Se registran el número de ellas que acudieron a consulta, si en alguna ocasión recibieron la información recomendada, edad a la que es dada, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados

Resultados: 422 (87,55%) mujeres acudieron a la consulta en alguna ocasión. Se proporcionó información a 196 (40,66% de mujeres entre 15 y 24. 46,45% de aquellas que acuden a consulta). 226 (53,55%) de las que vinieron no recibieron ningún consejo.

La periodicidad anual del consejo se cumple tan sólo en 14 de ellas (7,14%). La edad media a la que se da el primer consejo es a los 18 años. La media de asistencias previas a este primer consejo es de 8. Fue solicitado el tratamiento poscoital en 21 (4,98%). Encontramos un caso de Condilomas genitales como ETS.

Conclusiones: Este estudio muestra el escaso cumplimiento del PAPPS en mujeres de 15 a 24 años. Vemos como el primer consejo en ocasiones se pospone al inicio de las relaciones sexuales. Pendiente están por analizar los embarazos no deseados y alteraciones citológicas.

APLICACIÓN EN ADOLESCENTES DEL TEST DE ADAMS FORWARD BENDING PARA EVALUAR DESVIACIONES EN LA COLUMNA VERTEBRAL

Goiriena F.J.; **Barranquero M.;** **Vitoria M.;** **Lejarza F.**

Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco. Leioa.; *Ayuntamiento de Basauri.*

Objetivos. Evaluar la prevalencia en adolescentes de escoliosis utilizando el Test de Adams Forward-bending.

Métodos. Muestra: 706 adolescentes de 10 a 12 años. Se aplica el test de Adams y se dividen en grupos de edad y sexo. La exploración clínica consiste en observación del paciente de pie y vestido, luego en ropa interior y aplicación de plomada pendiendo desde línea media occipital o apófisis espinoza C-7, si no hay deformidad, cae en medio de pliegue interglúteo, evaluando alineación de apófisis espinosas, e inclinar posteriormente al paciente para explorar grado de rotación de vértebras.

Resultados. Prevalencia de desviaciones halladas. Edad 10 años: varón 9,3% mujer 10,6%; edad 11 años varón 10,4%, mujer 11,6%; edad 12 años varón 11,9%, mujer 12,8%.

Discusión. Un gran número de población presenta asimetrías en tórax, actitudes escolióticas o ligeras desviaciones en columna vertebral. Es en escolares cuando aparecen con mayor intensidad. Las escoliosis evolutivas dan lugar a

alteraciones en la espalda, siendo especialmente preocupantes si superan los 30 grados. Se recomienda, no realizar evaluaciones radiográficas en todos los escolares, pero si practicar test de Risser para valorar madurez esquelética si test de Adams es positivo. El 80% de escoliosis son estructuradas y su progresión cuando se confirman en adolescentes es de 1 grado por mes.

Conclusión. Mayor prevalencia de escoliosis en niñas, incrementándose con la edad, siendo el test de Adams es adecuado y económico para el despistaje de estas patologías.

PALABRAS CLAVE: Escoliosis, edad, sexo, Adams.

CONSUMO DE SAL IODADO

Patricia Mosquera Gómez; **Laura Puga Barrau;** **Ramón Veras Castro;** **Ángel Núñez Vázquez**

Centro de Saúde San Xosé B (A Coruña)

INTRODUCCIÓN: A Consellaría de Sanidade organizou unha campaña coa recomendación de utilización de sal iodado na poboación xeral e suplementos de iodo nas mulleres tanto na xestación como na lactancia.

OBXECTIVO: Coñecer a proporción de unidades familiares que consomen sal iodado na poboación que acude a un centro de saúde de A Coruña.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo transversal no que os 7 médicos do C.S. San Xosé B preguntan aos pacientes que acoden á súa consulta, durante a primeira semana de abril de 2008, se consomen sal iodado na casa.

Participantes: 573 pacientes (representando unidades familiares), descartando os familiares que acudiron durante esa semana á consulta.

Medicións: Idade, xénero, consumo de sal iodado, presenza de patoloxía tiroide ou utilización de amiodarona.

RESULTADOS: A mostra presenta unha mediana de idade de 64 (rango 78), maioritariamente mulleres (63,5%). Consome sal iodado un 41% (IC95:37-45), dos cales un 83,8% (IC95:79,1-88,5) non presentan patoloxía tiroide (chi cadrado; p:0,003). Non consomen sal iodado o 50,4% e non o saben o 8,6% da mostra. O consumo de sal iodado non se asocia á idade (U Mann-Whitney; p:0,067). Entre as 59 mulleres da mostra en idade fértil (16-45 anos) consomen sal iodado o 44,1% (IC95:31,2-57,6) e neste grupo tampouco hai diferenzas segundo a idade.

CONCLUSIÓN: A proporción de unidades familiares nunha poboación que acode a un centro de saúde no centro dunha cidade costeira é baixa, tamén nas mulleres en idade fértil, polo que se fai necesario aumentar as campañas informativas sobre os beneficios da utilización de iodo.

POSTERS RISCO CARDIOVASCUAR

EFFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DE UNA GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SARDOMA. VIGO

Delgado Martín, José Luis; **Pichel Loureiro, Ángel;** **Chillón Arce, Roberto;** **Diéguez Pérez, Silvia;** **Cabal Sepúlveda, Carlos;** **Cuba Orosa, Ana;** **Fernández Pérez, Bertina;** **Nasser Eddine, Selim;** **Suarez, Olga**

Centro de Salud de Sárdoma

OBJETIVOS: General: Investigar el grado de cumplimiento de las recomendaciones del grupo de dislipemia de SEMFYC en la atención de pacientes diagnosticados de dislipemia en un Centro de Salud.

Específicos:

- A. Evaluar la medida en porcentajes de cumplimiento de las pautas dadas en la guía respecto a la atención del colesterol en cada uno de los criterios medidos. (la adecuación en los criterios diagnósticos, el grado de cumplimiento de anamnesis y exploración apropiadas, el nivel de registro de Riesgo Cardiovascular y la adecuación del tratamiento) para tener una idea concreta de la calidad de nuestras acciones y así poder mejorar desde los datos concretos y no desde las percepciones.
- B. Obtener una medida del control de los niveles de colesterol en la población atendida.
- C. Observar qué factores de los anteriormente citados se relacionan con el control de niveles de colesterol buscados.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Estudio de Evaluación de Calidad mediante el método de peer review
Dimensión estudiada: Competencia profesional, capacidad científico-técnica

Tipos de datos: De proceso y resultado

Unidades De Estudio Y Fuentes De Datos

Pacientes mayores de 18 años diagnosticados de hipercolesterolemia y atendidos en el Centro de Salud.

Se utilizó como fuente de datos los registros de las Historias Clínicas existentes a fecha de Enero de 2007, es retrospectivo y se realizó mediante peer review
Muestra

Del listado de todos los pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia de cada cupo participante, se obtuvo una muestra de 30 Historias Clínicas, por muestreo aleatorio simple desestimando las que no tengan registros en los dos últimos años. $N = Z^*p^*(1-p)$

Análisis estadístico: se realizó un análisis descriptivo de los datos cualitativos mediante la obtención de porcentajes y sus intervalos de confianza del 95%
Se midieron asociaciones mediante la Chi2.

RESULTADOS: Se han evaluado un total de 270 Historias Clínicas con los siguientes resultados para cada criterio evaluado

Criterios	Total (Intervalo de confianza)
Diagnostico con Criterios	77,1% (70,9%-82,6%)
Registro Antecedentes. Familiares	62,2% (56,1%-68,0%)
Registro Antecedentes Personales	74,4% (68,8%-79,5%)
Registro de la Estimación de Riesgo CV	37,6% (31,8%-43,7%)
Registro de TA Y IMC	82,5% (77,4%-86,8%)
Analítica según Protocolo	84,0% (79,0%-88,1%)
Registro de Recomendaciones	
Higienico-Dieteticas	51,5% (45,3%-57,6%)
Registro cons Anti-Tab en Fumadores	61,5% (47,0%-74,7%)
Tto Farmacologico en RCV Alto	79,2% (68,0%-87,8%)
Tto Farmacologico RCV Moder-Bajo	35,8% (29,0%-43,0%)
Consecucion Objetivo Terapeutico (Ldl < 100).En Pacientes de Rcv Alto	46,7% (40,5%-53,0%)

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los diversos cupos del Centro de Salud en: registro de antecedentes personales y familiares, registro de RCV, registro de TA e IMC, tratamiento farmacológico en RCV moderado-bajo y consecución de objetivo terapéutico.

Se analizaron los datos de forma conjunta comparándolos con los datos publicados existentes en España y se realizó una reflexión general y otra particular sobre lo esperado y lo obtenido.

Se propuso realizar mejoras a partir de la evidencia de los datos obtenidos y de la reflexión posterior.

Se planteó otro control dentro de dos años para valorar la consecución de incrementos en los parámetros.

CONCLUSIONES: Es muy importante realizar Controles de Calidad sobre nuestro trabajo para tener la base donde apoyar los planteamientos de mejora.

Los registros son la evidencia objetiva de lo que hacemos, por lo que es necesario cubrirlos para que nuestro trabajo real se corresponda con el trabajo medible.

Las guías y los protocolos facilitan la consecución de objetivos y aumentan la calidad de nuestro trabajo.

PREVALENCIA DE LA INSUFICIENCIA RENAL EN HIPERTENSOS MAYORES DE 65 AÑOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PORRIÑO - ÁREA VIGO
María Isabel Pérez López; Francisco Javier García Soidán
Centro de Salud de Porriño

El objetivo principal de este estudio es conocer la prevalencia de insuficiencia renal (definida como filtrado glomerular inferior a 60 ml/min) en hipertensos mayores de 65 años.

Sujetos y Métodos: estudio descriptivo y transversal. Muestreo sistemático de las historias clínicas. Variables: edad, sexo, creatinina sérica y si estaba o no en la historia la presencia de IR como problema. La estimación del filtrado glomerular (EFG) se calculó mediante la formula de MDRD modificada ($FG = 186.3 \times (\text{creatinina sérica})^{-1.154} \times \text{edad}^{-2.03} \times (0.742 \text{ en mujeres})$). El número total de casos fue de 225 (33.3% hombres y 66.7 % mujeres), con una media de edad de 77 años.

Resultados: La prevalencia de IR por la ecuación de MDRD fue 47,6%. El 48,9% presento daño renal con ligero descenso del FG, el 3,6 % daño renal con FG normal, el 46,2% descenso moderado del FG, el 1,3% descenso grave del FG. La prevalencia de IR aumenta con la edad: de 65 a 75 años es de un 30,4%, de 75 a 85 años de un 54,9% y en los mayores de 85 años de un 75,6 %. Solo el 11.6 % de la muestra tiene recogido en la historia clínica como problema de salud la Insuficiencia Renal.

Conclusiones: Este estudio muestra la importancia de un diagnostico correcto y temprano de Insuficiencia Renal no solo guiándonos por los valores de creatinina sino utilizando herramientas utiles como la ecuación MDRD debido a su alta prevalencia en nuestro medio.

PREVALENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL EN HIPERTENSOS MAYORES DE 65 AÑOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE VIGO
Patricia Pérez Castro; Diana Chaves Mejuto; Julia Boveda Fontán; Sabela Crespo Martínez; Manuel Domínguez Sardiña
Servicio de Atención Primaria Colmeiro Vigo

OBJETIVOS:

- Estimar la prevalencia de Insuficiencia Renal en hipertensos mayores de 65 años usando como criterio el aclaramiento de creatinina estimado (fórmula MDRD abreviada) de < 60 ml/ min.
- Comparar la prevalencia de Insuficiencia Renal según el método de medida utilizado (creatinina sérica vs MDRD abreviada)

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tipo de estudio: descriptivo, transversal.

Sujetos: muestra significativa mediante muestreo sistemático de 246 historias clínicas de pacientes hipertensos mayores de 65 años del Centro de salud Colmeiro (Vigo).

Mediciones: análisis de las variables edad, sexo, creatinina sérica y registro o no en la historia clínica de insuficiencia renal.

RESULTADOS: Prevalencia de IR mediante MDRD vs creatinina sérica:

- Total de la muestra: 31.3% vs 16.7%
- Por grupos de edad: 65-75 años: 21.96% vs 10.60%, 75- 85 años: 40% vs 24.21%, >85 años: 52.63% vs 21.05%
- Por sexo: hombres: 24.44% vs 17.77%, mujeres: 35.25% vs 16.02%

La Insuficiencia Renal como problema de salud aparece registrado en un 8.2% de las historias clínicas.

CONCLUSIONES: Encontramos una mayor prevalencia de Insuficiencia Renal (FG < 60 ml/min) en hipertensos mayores de 65 años utilizando la MDRD abreviada en lugar del valor de creatinina sérica.

El uso de la fórmula MDRD de manera sistemática mejoraría la prescripción terapéutica (disminuyendo la nefrotoxicidad) y el cálculo del riesgo cardiovascular.

Existe un infraregistro de la Insuficiencia Renal como problema de salud en la historia clínica.

TABAQUISMO Y RIESGO DE IAM EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES

Salvador Pita Fernández; Francisco Valdés Cañedo;

Sonia Pértiga Díaz; Rocío Seijo Bestilleiro

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística,

Complejo Hospitalario Juan Canalejo; Servicio de Nefrología

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de tabaquismo en pacientes trasplantados renales y el riesgo de infarto agudo de miocardio (IAM) tras el trasplante.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ámbito de estudio: Pacientes trasplantados renales (CHU Juan Canalejo - A Coruña)

Periodo: enero/1981-diciembre/2007

Estudio: observacional de seguimiento prospectivo

Criterios de inclusión: pacientes trasplantados renales

Mediciones: se estudian las variables: presencia o no de IAM tras el trasplante, edad y sexo del receptor, IMC, TAS y TAD en el momento del trasplante, colesterol basal, HDL, diabetes pretrasplante, antecedentes de HTA, hipertrofia de ventrículo izquierdo(HVI) y tabaquismo antes y después del trasplante
Muestra: n=1967($\alpha=0.05$;precisión: ± 2.21)

Análisis estadístico: para determinar las variables asociadas a la presencia o no de IAM se realizara un análisis de supervivencia según la metodología Kaplan-Meier y regresión de Cox.

Resultados: La prevalencia de tabaquismo en el momento del trasplante es 43,1%. Al final del seguimiento 14,2%. En el análisis univariado se objetiva que los infartados son mayores en edad, tienen mayor IMC, mayor TAS y menores niveles de HDL que los no infartados; aunque la diferencia no es significativa. Incrementan significativamente el riesgo de IAM el sexo (hombre OR=1,95), la HVI (OR=1,93), fumar antes del trasplante (OR=3,7) y fumar tras el trasplante (OR=3,0). Ajustando por edad del receptor, colesterol basal, diabetes mellitus pretrasplante, HTA pretrasplante, HVI, sexo y fumar en el momento del trasplante las variables con un efecto independiente para predecir IAM son HVI (OR=2.2) y fumar en el momento del trasplante (OR=3,5).

Conclusiones: El fumar es un factor de riesgo independiente para predecir IAM.

RELEVANCIA CLÍNICA DEL TABAQUISMO Y EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES

Salvador Pita Fernández; Francisco Valdés Cañedo;

Sonia Pértiga Díaz; Rocío Seijo Bestilleiro

Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo;

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística; Servicio de Nefrología

OBJETIVO: Determinar la relevancia clínica del impacto del tabaco sobre el riesgo de infarto agudo de miocardio en pacientes trasplantados renales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ámbito de estudio: Pacientes trasplantados renales (CHU Juan Canalejo - A Coruña)

Periodo: enero/1981-diciembre/2007

Estudio: observacional de seguimiento prospectivo

Criterios de inclusión: pacientes trasplantados renales

Mediciones: estudio de: presencia o no de IAM tras el trasplante, edad, sexo del receptor, IMC, TAS y TAD en el momento del trasplante, colesterol basal, HDL, diabetes pretrasplante, antecedentes de HTA, hipertrofia de ventrículo izquierdo(HVI) y tabaquismo antes y después del trasplante

Muestra :n=1967($\alpha=0.05$;precisión: ± 2.21)

Análisis estadístico: cálculo de la reducción relativa del riesgo(RRR), reducción absoluta del riesgo(RAR), número necesario de pacientes a tratar para prevenir un evento(NNT), fracción etiológica(FE), fracción etiológica poblacional(FEP).

Resultados: de los pacientes fumadores en el momento del trasplante infartaron el 7,7% y de los no fumadores el 2,2%. RAR=5,5%, RRR=250%, OR=3,7(95%IC:1,6-8,6), NNT=18(95%IC:12-41). FE=71,4% FAP=53,7%. Cada 18 pacientes que dejasen de fumar antes del trasplante se evitaría un IAM. El 71,4% de los IAM entre los fumadores se debe al hecho de fumar. Si logramos que ningún trasplantado fumase antes del trasplante se reduciría la incidencia de IAM en un 53,7%. De los pacientes fumadores al final del seguimiento infartaron el 8,6% y de los no fumadores el 3,0%. RAR=5,6%, RRR=187%, OR=3,04(95%IC:0,9-10,4), NNT=18(95%IC:10-70). FE=65,1%, FAP=22,4%. Si tras el trasplante logramos que ningún paciente fume se reduciría la incidencia de IAM en un 22,4%

Conclusiones: la supresión del hábito tabáquico tendría un gran impacto clínico sobre la reducción del IAM.

INSUFICIENCIA RENAL Y ANEMIA EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA

Salvador Pita Fernández; Teresa Chouciño Fernández; Joaquín Serrano

Arriba; María Vares González; Sonia Pértiga Díaz; Fidel Castro Couto

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística

Servicio de Medicina Interna A CHU Juan Canalejo - A Coruña

Objetivos: Determinar la prevalencia de insuficiencia renal y anemia en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca

Métodos

Ámbito: CHU Juan Canalejo-A Coruña

Periodo: Enero-Diciembre-2006

Estudio: Prevalencia

Criterios de inclusión: Pacientes con Insuficiencia cardíaca(Código-CIE:428)

Muestra: n=205($\alpha =0.05$;precisión: $\pm 6.9\%$)

Mediciones: Edad, sexo, hemoglobina, creatinina, aclaramiento según método MDRD, fracción de eyección (FE), clase funcional (NYHA) y tratamiento
Análisis estadístico: Para determinar las variables que modifican el aclaramiento y la Hb se realizaron modelos de regresión lineal y logística

Resultados:

La edad media es 76.4 ± 10.02 años. El 47.5% presentan anemia ($Hb < 12 \text{ gr/dl}$ en mujeres o $Hb < 13 \text{ gr/dl}$ en hombres) al ingreso e insuficiencia renal (aclaramiento $< 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$) el 59.2%. El 23.5% de los pacientes con creatinina $< 1.2 \text{ mg/dL}$ presentan aclaramiento $< 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$. El 37% presentan grado funcional III-IV.

Existe correlación positiva entre hemoglobina y el aclaramiento ($r=0.21$) ($p < 0.05$).

Las variables que predicen insuficiencia renal (aclaramiento < 60) son: edad ($OR=1.07$) y FE ($OR=0.97$). A mayor edad mayor probabilidad e insuficiencia renal y a mayor FE menor probabilidad de insuficiencia renal.

Ajustando por edad, sexo, FE, presencia o no de IECAS-ARAS al ingreso, y aclaramiento objetivamos que la variable con efecto independiente para predecir anemia es la función renal ($OR=0.978$). El mayor aclaramiento de creatinina tiene un efecto protector ante la presencia de anemia.

Conclusiones:

Existe una alta prevalencia de insuficiencia renal y anemia en estos pacientes. El valor de creatinina infraestima la prevalencia de insuficiencia renal. La disminución del aclaramiento se relaciona con la anemia. Ajustando por edad, sexo, FE y administración de IECAS-ARAS al ingreso la función renal es la que determina la presencia de anemia.

TABAQUISMO Y RIESGO DE PÉRDIDA DEL INJERTO EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES

Salvador Pita Fernández; Francisco Valdés Cañedo; Sonia Pértiga Díaz; Rocío Seijo Bestilleiro

CHU Juan Canalejo; Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística; Servicio de Nefrología

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de tabaquismo en pacientes trasplantados renales y el riesgo de pérdida del injerto tras el trasplante.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ámbito de estudio: Pacientes trasplantados renales (CHU Juan Canalejo - A Coruña)

Periodo: enero/1981-diciembre/2007

Estudio: observacional de seguimiento prospectivo

Criterios de inclusión: pacientes trasplantados renales

Mediciones: se estudian las variables: pérdida o no del injerto tras el trasplante, edad del donante, edad y sexo del receptor, IMC, TAS y TAD en el momento del trasplante, colesterol basal, HDL basal, diabetes pretrasplante, antecedentes de HTA, tabaquismo antes y después del trasplante, necrosis tubular aguda (nta), rechazo agudo y compatibilidades AB y DR.

Muestra: $n=1967$ ($\alpha = 0.05$; precisión: ± 2.21)

Análisis estadístico: para determinar las variables asociadas a la presencia o no de IAM se realizara un análisis de supervivencia según la metodología Kaplan-Meier y regresión de Cox.

Resultados: La prevalencia de tabaquismo en el momento del trasplante es 43,1%. Al final del seguimiento 14,2%. En el análisis univariado las variables asociadas a pérdida del injerto son: edad del receptor, IMC, hipercolesterole-

mía, presencia de rechazos agudos, compatibilidades DR, HTA y el tabaquismo postrasplante. Encontrándose en el límite de la significación estadística la diabetes pretrasplante y los valores elevados de tensión arterial. Ajustando en un modelo de regresión por: edad del receptor, IMC, colesterol basal, presencia de rechazo agudo, HTA, diabetes pretrasplante, fumar posterior al trasplante y número de compatibilidades DR objetivamos que las variables que tienen un efecto independiente para predecir pérdida del injerto son la presencia de rechazo agudo ($OR=1,47$ (95%IC= 1.01-2.10)) y el seguir fumando postrasplante ($OR=1,64$ (95%IC=1.1-2.5))

Conclusiones: El seguir fumando tras el trasplante es un factor de riesgo para perder el injerto.

MONOTERAPIA Y HÁBITOS DE CONTROL EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Santiago Reinoso Hermida; Ángela Aldana Díaz; Gabriel J. Díaz Grávalos

C.S. Cea (Ourense)

Objetivo: Conocer la frecuencia de monoterapia en el tratamiento de la hipertensión arterial, así como las prácticas de los pacientes en relación con su control.

Métodos: Se encuestaron 150 pacientes hipertensos pertenecientes a 30 médicos urbanos y rurales de la provincia de Ourense. Se indagaba el tipo de tratamiento prescrito, la frecuencia de control y la persona y el material con que se realizaba. Los datos fueron analizados con SPSS.15.0 y el grado de significación estadística que se consideró fue un valor de $p = 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 150 pacientes, de los que 70 (46,7%) eran varones, con una edad media de 65,5 años (DE 10,2). El 50% residía en medio urbano. El 48,2% realizaba sus controles con periodicidad inferior a la mensual. La enfermera realizaba los controles más frecuentemente en el medio rural ($\chi^2 = 61,9$; $p < 0,001$), mientras que el médico utilizaba el esfigmomanómetro de mercurio de forma más habitual (P.E. Fisher = 29,4; $p < 0,01$). El 47,3% se encontraba en monoterapia, sin diferencias en función del medio de residencia.

Conclusiones: Casi el 50% de los pacientes hipertensos utiliza monoterapia. La implicación del personal de enfermería en el seguimiento de estos pacientes es mayor en el medio rural. Se constata una frecuencia de controles excesiva respecto a lo recomendado.

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS EN EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Santiago Reinoso Hermida; Ángela Aldana Díaz; Gabriel J. Díaz Grávalos

C.S. Cea (Ourense)

Objetivo: Conocer la utilización de medidas no farmacológicas recomendadas en el tratamiento de la hipertensión arterial por los médicos de familia.

Métodos: Se encuestaron 150 pacientes hipertensos pertenecientes a 30 médicos urbanos y rurales de la provincia de Ourense, registrándose la prescripción de medidas no farmacológicas recomendadas (reducción de peso y consumo de sal, dieta equilibrada, realización de actividad física, abandono del tabaco). Cuando la medida no procedía se hizo constar así. Los datos fueron analizados con SPSS.15.0 y el grado de significación estadística que se consideró fue un valor de $p = 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 150 pacientes, 70 (46,7%) eran varones, con una edad media de 65,5 años (DE 10,2). El 50% residía en medio urbano. De las medidas consideradas se recomendaba el 77,5%, recibiendo algún con-

sejo el 98% de los pacientes. El 42% recibió consejo sobre la totalidad de las medidas que le correspondían. No hubo diferencias significativas entre médicos urbanos y rurales, ni en función del sexo o la edad del facultativo, siendo más frecuente en los pacientes de menor edad (Rho de Spearman = 0,28; $p < 0,001$). Un análisis de regresión considerando el grado de realización de consejo como variable dependiente mostró relación significativa con la edad de los pacientes ($t = -2,9$; $p = 0,04$).

Conclusiones: Es posible incrementar la utilización de medidas no farmacológicas en el tratamiento de la Hipertensión Arterial. Los pacientes más jóvenes reciben más consejo sobre estas medidas. No hubo diferencias en función del medio de residencia, sexo o edad del médico.

POSTERS URXENCIAS

INFECCIONES ORL

Patricia Marcial Bugarín

PAC Moaña

Es muy conocida la elevada prevalencia de las infecciones ORL en los servicios de Urgencias, sobre todo, en los meses de invierno.

En el PAC de Moaña, hemos recogido los datos correspondientes a un año (marzo 2007- marzo 2008), encontrando un total de 1524. Las patologías son variadas: infección respiratoria de vías altas, sinusitis, infecciones odontológicas, otitis...

En la mayoría de los pacientes, la enfermedad era polisintomática, coexistiendo dos o más síntomas de forma habitual: tos, odinofagia, otalgia, cefalea, mialgias, rinorrea, odontalgia...

En contra de lo que se puede suponer a priori, la fiebre no es un signo presente en muchos casos, sino tan sólo en un 26% de ellos. Esto podría indicar la banalidad del cuadro o la precoz demanda asistencial de los pacientes.

En cambio, la prescripción de antibióticos sí es muy frecuente, realizándose a casi la mitad de los pacientes.

La edad de los pacientes que acuden a Urgencias se reparte claramente en dos grupos: el pediátrico (1-15 años) y la edad media (548 casos entre los 26 y los 55 años y 228 casos entre los 16 y los 25 años).

PERFIL DE LA SOLICITANTE DE LA PÍLDORA POSTCOITAL EN EL PAC DE PONTEAREAS

Valle González, Irene; Fernández Ozores, M.ª Teresa;

Álvarez García, Rosa M.ª; Rivas Quille, M.ª Teresa

PAC Ponteareas

OBJETIVO: Analizar el perfil de la mujer que acude al PAC de Ponteareas demandando la anticoncepción postcoital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal durante un periodo de 7 meses (junio-diciembre 2007) de las mujeres que acuden al PAC de Ponteareas solicitando la píldora postcoital (PPC). En el informe de atención urgente se recogieron los siguientes datos: edad, horas transcurridas desde el coito, uso anterior de la PPC, método anticonceptivo habitual, motivo de solicitud y día de la semana.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

EDAD	Nº	%	HORAS DEL COITO	Nº	%
14-19 años	48	38.10	< 12 horas	43	34.13
20-24 años	39	30.95	12-23 horas	29	23.02
25-29 años	19	15.08	24-35 horas	20	15.87
30-34 años	12	9.52	36-47 horas	7	5.56
35-40 años	5	9.97	> 48 horas	2	1.59
> 40 años	3	2.38	No registrado	25	19.84

USO PÍLDORA

POSTCOITAL			ANTICONCEPCIÓN		
ANTERIORES	Nº	%	HABITUAL	Nº	%
Sí	35	27.78	Preservativo	109	86.51
No	91	72.22	ACO	6	4.76
			Ninguno	11	8.73

DÍA DE LA SEMANA	Nº	%	MOTIVO DE SOLICITUD	Nº	%
Lunes	21	16.67	Rotura preservativo	110	87.3
Martes	12	9.52	Olvido ACO	3	2.38
Miércoles	1	0.79	No usan método	13	10.32
Jueves	13	10.32			
Viernes	12	9.52			
Sábado	22	17.46			
Domingo	45	35.71			

Durante el período de tiempo de nuestro estudio acudieron al PAC de Ponteareas 21108 personas de las cuales 132 lo hicieron solicitando la PPC, a 2 de ellas no se les administró por abandonar el centro al solicitarse la presencia de un tutor en un caso y en el otro por acudir solicitando la PPC para otra persona. De los 132 informes 4 se excluyeron del estudio por falta de datos.

La media de edad fue de 22,84 años (rango 14-45) siendo el 69% menores de 24 años. El 57,1% de las mujeres acude antes de las 24 horas y sólo 2 lo hacen transcurridas más de 48 horas. El 72,22% no habían utilizado previamente la PPC y el 27,7% eran repetidoras. El 86,51% utilizan el preservativo como método anticonceptivo habitual, siendo el fallo de este método el motivo de solicitud más frecuente. En cuanto al día de la semana, el 62,6% de las mujeres acuden en fin de semana siendo el domingo el día más frecuentado con un 35,7%; tan solo una mujer acudió un miércoles solicitándola.

PACIENTE GERIÁTRICO EN URGENCIAS

Castro Abella, M.ª Jesús; Solloso Blanco, Carmen; Pita Fernández, Salvador

Médico de Familia Residencia PPMM Laraxe;

Médico Adjunto Servicio de Urgencias HAM; Servicio Epidemiología HJC.

Objetivos: Determinar características, motivo de consulta, realización de pruebas diagnósticas, diagnóstico y derivación al alta de los pacientes de 65 y más años que acuden al servicio de urgencias del H. Arquitecto Marcide.

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia.

Participantes: 365 pacientes de 65 años y más atendidos en Urgencias del Hospital Arquitecto Marcide entre el 1 y el 8 de mayo de 2007.

Material y métodos: Revisión historias de urgencias y encuesta realizada por el personal de Urgencias.

Criterios de inclusión: Paciente de 65 años o más que acude a Urgencias del HAM.

Mediciones principales: sexo, edad, hora de atención, acompañante, procedencia, profesional que lo envía, pruebas diagnósticas (analítica, sedimento, ECO, TAC, Rx, GAB), diagnóstico, derivación.

Resultados: Existe predominio del sexo femenino (56.9% vs 43.1%). La mediana de edad es de 78 años. Existe diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres, siendo la edad mayor en las mujeres.

La mayoría van acompañados (83.5 %). Existe asociación entre estar o no acompañados y proceder de domicilio o residencia. Los pacientes procedentes del domicilio está acompañados en el 87.0% y de residencia lo están en el 58.8% ($p=0.002$).

La mayoría acuden a petición propia (49.9%) seguido de remisión por su médico (35.7%).

Se realizan analíticas al 65.7% y Rx al 69.3%. La patología más frecuente es la de fracturas y contusiones (21.3%) seguido de enfermedades del aparato circulatorio (18.0%). La patología más frecuente en mujeres son las fracturas y contusiones (26,4%) seguidas de enfermedades del aparato circulatorio (15,4%) y en los hombre las enfermedades del aparato circulatorio y respiratorio por igual (21,4%). La patología está asociada al sexo y es independiente de la edad. La mayor hora de demanda es entre las 11 y las 12 h. Aunque los pacientes de mayor edad acuden al amanecer la diferencia no es significativa. Ingresan el 39.1% de los pacientes. Ingresan más los pacientes que acuden a petición familiar (59,1%) y por su médico (36,6%). Las patologías que requieren ingreso más frecuentemente son las circulatorias (33,6%) y respiratorias (20,7%).

Conclusiones: Existe un predominio del sexo femenino y de mayor edad que los hombres. La mayoría acuden a petición propia y acompañados. La patología más frecuentemente presentada es la de fracturas y contusiones seguido de enfermedades del aparato circulatorio. La demanda horaria es mayor entre las 11 h y las 12 h. La derivación está asociada con el ingreso y a su vez el ingreso está claramente asociado con la patología. La variable con un efecto independiente para predecir el ingreso es el diagnóstico del paciente.

DEMANDA Y FRECUENTACIÓN DE URGENCIAS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO JUAN CANALEJO. PERIODO 1980-2007

Salvador Pita Fernández; Sonia Pértega Díaz; Carmen Pita Sánchez; Ana Martínez Bugallo; Manuel Castro Villares; Mónica Lombardía Cortiña

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística CHU Juan Canalejo; Servicio de Urgencias CHU Juan Canalejo

OBJETIVOS: Determinar la evolución de la demanda de Urgencias del CHU Juan Canalejo durante el periodo 1980-2007, y la frecuentación del 2007.

MÉTODOS: Ámbito: Hospital Juan Canalejo (HJC) y Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera (HTH).

Tipo de estudio: Prevalencia.

Mediciones: Pacientes atendidos por mes y año durante 1980-2007 y demanda diaria del 2007.

Aspectos ético-legales: El estudio se realizó con autorización del Comité Ético de la Comunidad Autónoma de Galicia.

RESULTADOS:

En 2007 se atendieron 174.466 urgencias, 103.370(59,2%) en el HJC y 71.096(40,8%) en el HTH. La media diaria de pacientes fue de 283,2 en el HJC y de 194,8 en el HTH, registrándose mayor demanda los lunes. En 1980-2007, ésta aumentó un 157,4%, con un incremento medio anual de 3,65%

y 0,71% en 2003-2007. Los meses de mayor demanda en el HJC fueron Julio y Agosto y en el HTH Marzo, Mayo y Diciembre. El 74,1% de los pacientes acudieron sólo una vez a Urgencias en el HJC y un 16,6% dos veces. Algunos acudieron hasta 76 veces. Un 69,6% acudió una sola vez a Urgencias en el HTH y un 17,8% dos veces. Algunos acudieron hasta 21 veces. La frecuentación se correlaciona con la edad. En el HJC la media de edad es mayor en los más frecuentadores. En el HTH la media de edad es menor a mayor frecuentación.

CONCLUSIONES: Las urgencias han aumentado en el periodo de estudio, estabilizándose en los últimos años. Existe variabilidad estacional y diaria de la demanda, observándose un alto porcentaje de hiperfrecuentadores.

POSTERS VARIOS

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA RELACIÓN ENTRE ACCIDENTES DE TRÁFICO Y LESIONES CERVICALES

Goiriena J.; Lejarza F.; Barranquero M.; Portolés C.; Darriba M.; López Del Moral J.;

Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco.; Universidad Paul Sabatier. Toulouse.; Ayuntamiento de Basauri.; Servicio Valenciano de Salud.

Objetivos. Evaluar prevalencia lesiones cervicales en accidentes de tráfico, sintomatología, evolución y tratamiento.

Métodos. Estudio epidemiológico retrospectivo 116 pacientes con esguince cervical secundario a accidente de tráfico, encuesta sobre: profesión, consumo tabaco, alcohol, vehículo, tipo de accidente, sintomatología de la lesión, duración, tratamiento y secuelas.

Resultados. Cerca del 72% correspondió a rango edad 18-45 años, el 17,2% consumía > 20 cigarrillos diarios, 11,2% > 100 gramos de alcohol/día, 50% por colisión posterior y 35,3% frontal, 54,3% conductores y 26,7% acompañantes asiento delantero, 22,4% no portaba cinturón. Lesión más frecuente grado II: 54,3% seguido grado I: 37,9%; 93,1% cervicalgia-rigidez al comienzo y tras 60 días continuaba en 44,8%, cefalea al comienzo 65,5% y continuó tras 60 días en 20,7%. Sintomatología neurológica 3,4% al comienzo y 5,2% tras 60 días; 12,9% ingresó en hospital. Tratamiento AINES 89,7%, collarín 65,5%, analgésicos 63,8% y miorelajantes 35,3%; 15,2% > 6 semanas rehabilitación y 30,2% secuelas rigidez, síndrome postraumático, hernia profusión, etc acompañada de ansiedad y depresión.

Discusión. Mayor prevalencia lesiones hombres menores de 45 años colisión posterior, dolor más persistente en mujer, síntoma más frecuente cervicalgia-rigidez y cefalea asociada a contractura muscular. El 23% permanecen con sintomatología a los 3 meses. La psicopatología asociada de ansiedad y estrés y trastornos del sueño son comunes a otros tipos de accidentes y a estados de inactividad.

Conclusión. Se recomienda seguimiento de pacientes que presentan sintomatología de cervicalgia-rigidez, cefalea, hombro doloroso, sintomatología simpática y dolorosa.

CALIDAD DE DERIVACIONES AL SERVICIO DE ALERGIA SECUNDARIOS A EXPOSICIONES A FÁRMACOS

Lucía López Rego; Jorge Somoza Digón; Salvador Pita Fernández; Ángel Nuñez Vázquez; Antonio Parra Arrendo

Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria (A Coruña); Unidad de Epidemiología y Bioestadística (Hospital Juan Canalejo); Servicio de Alergología (Hospital Juan Canalejo)

Objetivos: Determinar la calidad de la información suministrada de los pacientes derivados al Servicio de Alergia, desde el ámbito de la Atención Primaria

Material y Métodos:

Estudio observacional de prevalencia.

Período: Marzo-Octubre-2006

Ámbito: pacientes remitidos a Consultas Externas de Alergología del Hospital Juan Canalejo por reacciones secundarias a fármacos (n=279) ($\alpha = 0.05$; precisión: $\pm 6\%$)

Análisis estadístico: estudio descriptivo de las variables incluidas en el estudio. Para la comparación de medias se usó la T de Student o el Test de Mann-Whitney según procediese. La asociación de las variables cualitativas se estimó con el estadístico Chi Cuadrado.

Resultados: 86.4% de interconsultas proceden de Atención Primaria. Media de edad de los pacientes: 45.9 \pm 18.0 años, con un predominio del sexo femenino (72.2%). En la hoja de interconsulta figuran once apartados que se consideraban esenciales para una derivación adecuada. La media de apartados cumplimentados es de 2.9 \pm 1.6 con una mediana de 3.0. No existen diferencias significativas en los apartados cumplimentados entre Atención Primaria (2.7) y Dermatología (2.9), sí existiendo entre primaria y la categoría "otros servicios" (3.8). Los ítems más cumplimentados son nombre del fármaco (98.9%), clínica de la reacción (55.9%) y antecedentes personales (45.5%). Los menos cumplimentados son tiempo de resolución de la reacción (0%) y fármacos tolerados posteriormente (3.6%). La clínica más frecuente es urticaria (20.6%), eritema (19.4%) y edema (17.6%) y el fármaco, la penicilina (12%).

Conclusiones

La mayoría de las derivaciones tienen una hoja de cumplimentación de información deficiente. No existen diferencias significativas en los ítems cumplimentados entre las derivaciones de Primaria y Dermatología.

RELACIÓN ENTRE LUMBALGIAS Y BAJAS LABORALES ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

Barranquero, M.; Del Hierro, M.; Goirieta, J.; Lafuente, P.; López Valverde, M.; Darriba, M.

Facultad de Medicina Universidad del País Vasco;

Universidad Paul Sabatier. Toulouse; Hospital de Basurto.

Objetivo. Realizar un estudio epidemiológico descriptivo en pacientes con lumbalgia y evaluar los factores asociados.

Métodos. Muestra aleatoria de 92 pacientes con baja laboral, 46,7% varones, 53,3% mujeres a los que se realiza una encuesta epidemiológica directa para evaluar profesión consumo de alcohol- tabaco, otras patologías, duración de la baja, tratamiento, problemas psíquicos, sintomatología de la lumbalgia y se evalúa el IMC.

Resultados. Todos los pacientes tenían más de 20 años, destacando el grupo de 50-59 años en los que se daba el 38% de los casos, la profesión más frecuente fue ama de casa 33,7% seguido de trabajador no cualificado 29,3%, el 12,1% consumía más de 20 cigarrillos día y el 13,2% más de 100 g alcohol/día. El 63,3% tenían un IMC > 26, un 29,3% hiperlipemia, 17,2% hipertensión, solo el 28% tuvo una duración de la baja inferior a 4 semanas. La sintomatología psíquica más frecuente fue depresión 22,2%, ansiedad 23,2% y las causas lumbalgia no irradiada 87,5% patología degenerativa, desalineación 25%, patología discal 25%, lumbalgia irradiada patología degenerativa 50%, patología discal 50%.

Discusión. El consumo de alcohol y tabaco continúa siendo importante en esta patología siendo más frecuente en varón así como la obesidad. Otras patologías asociadas expresan tasas elevadas de hiperlipemias, hipertensión, hernia de hiato y patología cardiovascular, también destacan las importantes tasas de depresión y ansiedad especialmente en mujeres.

Conclusión. Las lumbalgias constituyen una patología incapacitante cuyas bajas son de larga duración 13% más de 16 semanas, acompañadas de trastornos psicológicos posteriores.

Palabras clave: Lumbalgia, baja laboral, duración, hábitos tóxicos, otras patologías.

PREVALENCIA DE DETERIORO COGNITIVO EN EL MUNICIPIO DE ORTIGUEIRA EN POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS

Salvador Pita Fernández; M.ª Paz Garrote Bouza;

Luis Pita Chento; Sonia Pértega Díaz

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística CHU Juan Canalejo;

C.S. de Ortigueira

Objetivos: Determinar el deterioro cognitivo en la población de 65 y más años del Municipio de Ortigueira

Material y Métodos:

Ámbito: Municipio de Ortigueira (A Coruña)

Período: Enero-Junio 2005

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia

Criterios de inclusión: Población de 65 y más años del municipio de Ortigueira y consentimiento informado a participar en el estudio

Selección de la muestra: Selección aleatoria poblacional de 65 y más años estratificada por grupos de edad y sexo (n=297)

Mediciones/intervenciones: Deterioro cognitivo según minimental (test de Lobo)

Análisis estadístico: Estadística descriptiva y análisis de regresión logística

Resultados: La prevalencia de deterioro cognitivo es de 28,3%. En el análisis univariado las variables asociadas a la presencia de deterioro cognitivo son el sexo, el nivel de estudios y la presencia de ACV. Las variables que no se han asociado a la presencia de deterioro cognitivo han sido la HTA, diabetes, trastorno de los lípidos, la cardiopatía isquémica, la presencia de neoplasia, la patología tiroidea y el hecho de fumar. Ajustando por las covariables que en el análisis univariado se encontraban significativamente asociadas con la presencia de deterioro objetivamos que las variables con un efecto independiente para predecir deterioro cognitivo son la edad (OR=1.091), el sexo y el nivel de estudios

Conclusiones: La presencia de deterioro cognitivo se incrementa con la edad, en la mujer es mayor que en el hombre y disminuye a medida que aumenta el nivel de estudios. Los pacientes con ACV tienen mayor deterioro que los que no tienen ACV.

¿TIENEN CONFIANZA LOS PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL EN SUS MÉDICOS DE FAMILIA?

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

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, CHU Juan Canalejo;

Servicio de Anatomía Patológica, CHU Juan Canalejo; Centro de Salud de Cambre

OBJETIVO: Determinar la opinión de los pacientes con cáncer colorrectal sobre sus médicos de familia.

MÉTODOS:

Ámbito: Área sanitaria de A Coruña.

Periodo: Agosto/2006-Febrero/2008

Tipo de estudio: Prevalencia

Criterios de inclusión: Casos incidentes con confirmación anatomopatológica y consentimiento informado.

Tamaño muestral: $n=436$ ($\alpha=0,05$, precisión $=\pm 4,7\%$)

Mediciones: Cuestionario semiestructurado administrado por encuestadora sobre la opinión/confianza en su médico de familia.

Análisis estadístico: Análisis descriptivo.

RESULTADOS: Se identificaron 447 pacientes, incluyendo 436 (Excluidos: 7 casos prevalentes, 3 cáncer múltiple, 1 sin consentimiento). Media de edad: $69,5 \pm 11,2$ años (Mediana=72, Rango=33-100), 63,8% hombres.

Ante un problema de salud, un 50,4% manifiesta que lo consultaría con su médico de familia antes que con otro sin dudarlo. Un 1,2% refiere que no lo haría en absoluto. El 51,1% de los enfermos dicen ser atendidos siempre por el mismo médico. Un 71,1% manifiesta que su médico conoce, sin lugar a dudas, sus problemas de salud más importantes. Un 69,3% recomendaría sin dudarlo su médico, no recomendándolo en absoluto un 4,5%.

En un rango de 0 a 10, la puntuación media que los pacientes dan a su médico de cabecera es $8,3 \pm 2,6$, otorgándole la máxima puntuación un 51,9%. La puntuación no se asocia con la edad ($Rho=0,112$) ni el sexo del paciente (Hombres: $8,4 \pm 2,5$; Mujeres: $8,1 \pm 2,6$; $p=0,250$), y tampoco con el tiempo desde que el paciente conoce a su médico ($Rho=0,082$), sí con la demora desde la primera consulta al diagnóstico ($Rho=0,125$).

CONCLUSIONES: Los pacientes con cáncer colorrectal valoran positivamente a sus médicos de familia, en los cuales confían. El aumento de la demora diagnóstica disminuye dicha satisfacción.

MANEJO TERAPÉUTICO EN LOS PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA, CADERA Y MANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO EVALUA

Sonia Pértega Díaz; Salvador Pita Fernández; Ana Castaño Carou

En Representación Del Grupo Evalua

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Hospital Juan Canalejo; Gerencia de Atención Primaria de Santiago de Compostela

OBJETIVO: Determinar el manejo terapéutico en pacientes con artrosis de rodilla, cadera y/o manos.

MÉTODOS:

Ámbito: Centros de Salud de España (14 Comunidades Autónomas: Galicia, Madrid, Rioja, Cantabria, Extremadura, Murcia, Andalucía, Valencia, Aragón, Navarra, Castilla la Mancha, Baleares, Asturias, Las Palmas) ($n=363$ médicos), seleccionados de forma aleatoria.

Periodo: Septiembre 2004-Noviembre 2006.

Tipo de estudio: Prevalencia.

Muestra: Pacientes con criterios clínicos y/o radiológicos del American College of Rheumatology (ACR) de artrosis de rodilla, cadera y/o manos ($n=1258$).

Mediciones: Variables sociodemográficas y clínicas. Manejo terapéutico actual (fármaco, dosis, tiempo de tratamiento y responsable de prescripción).

RESULTADOS:

La edad media es $68,0 (\pm 9,5)$ años, un 77,8% mujeres. El tiempo medio de evolución de la artrosis es $9,4 (\pm 7,5)$ años.

Un 97,6% reciben tratamiento farmacológico. Los tratamientos no farmacológicos más frecuentes son: dieta hipocalórica (36,6%), realización de ejercicio físico (36,5%), programas de educación para la salud (20,2%) y termoterapia (8,7%).

Los fármacos más utilizados son: analgésicos orales (paracetamol) (70,5%) (Dosis media: $2195,6 (\pm 980,0)$ mg/día) y AINES orales (67,9%), seguidos de AINES tópicos (25,9%) y modificadores de la sintomatología de acción lenta (25,0%). De todas las combinaciones farmacológicas, la más frecuente es la combinación paracetamol + AINES orales (18,5%), seguida del tratamiento únicamente con paracetamol (13,4%) y el tratamiento con AINES orales (10,7%).

CONCLUSIONES: El paracetamol (en monoterapia o en combinación con otros tratamientos) es el fármaco más utilizado en el tratamiento de la artrosis. La dosis media utilizada es inferior a la indicada por las recomendaciones de The European League against Rheumatism (EULAR) y del ACR.

TELEDERMATOLOXÍA DESDE UN CENTRO DE SAÚDE SEMI-URBANO

M.^a Inmaculada Gómez-Besteiro; Antonio Bello González;

José Manuel Suárez Lorenzo; Cristina Casal Peteiro;

Carlos Díaz Sueiras; Abel Coutado Méndez

1.- Xerencia de Atención Primaria A Coruña, Técnica de Saúde Pública. Especialista

Medicina Preventiva e Saúde Pública 2.- Centro de Saúde de Carballo. A Coruña

Medicina Familiar e Comunitaria 3. Hospital Juan Canalejo. A Coruña. Medicina

Preventiva. Residente de 3º año. 4. Centro de Saúde de Carballo. A Coruña Medicina

Familiar e Comunitaria 5. Centro de Saúde de Carballo. A Coruña Medicina Familiar e

Comunitaria Centro de Saúde A Torre San Vicente de Paul

Obxectivos: Describir as características das consultas a demanda realizadas durante os meses de xuño-décembro dos anos 2006 e 2007 no centro de saúde de Carballo (A Coruña).

Explorar a actividade de tele dermatoloxía nos primeiros 6 meses de funcionamento.

Material e métodos:

Ámbito: Centro saúde Carballo, nun municipio situado a 35 Kms da cidade da Coruña, cunha poboación de 32.167 habitantes.

Medicións principais:

A través do Sistema integrado de Xestión de Atención Primaria (SIGAP) analizouse o tipo de consultas, derivacións realizadas ás especialidades e as consultas feitas coa aplicación de tele dermatoloxía. Realizouse distribución de frecuencias e proporcións e determinación de asociación entre variables.

Resultados:

Durante 6 meses dos anos 2006 e 2007 realizáronse respectivamente 68.361 e 65.710 consultas a demanda. Un 17% e 19% das consultas foron interconsultas e destas a dermatoloxía foron o 5% e 6%. Nos primeiros 6 meses de funcionamento de tele dermatoloxía participaron 3 médicos de familia cun total de 10.638 consultas e unha porcentaxe de derivacións a dermatoloxía dun 6%. Entre os dous anos consecutivos non se atoparon diferenzas no número de consultas, tipo e derivacións. Das 125 derivacións feitas a dermatoloxía o 40% (51) foron vía telemática e destas o 70% resolvéronse sen requirir a presenza do paciente.

Conclusión:

A tele dermatoloxía amósase como unha boa alternativa para mellorar a accesibilidade ás interconsultas en dermatoloxía.

CARACTERÍSTICAS DA DEMANDA SANITARIA NUN CENTRO DE SAÚDE URBANO

¹José Manuel Suárez Lorenzo; ¹M.^a Inmaculada Gómez-Besteiro;
²José L. Hernández Delgado; ³Concepción Amado Lorenzo;
⁴Pilar Peteiro Fuentes; ⁵M.^a Pilar Castro Arza

1. Xerencia de Atención Primaria. Técnica de Saúde Pública. Espec. Medicina Preventiva e Saúde Pública
2. Centro de Saúde de Castrillón. A Coruña. Médico de Familia
3. Centro de Saúde de Castrillón. A Coruña. Médica de Familia
4. Centro de Saúde de Castrillón. A Coruña. Médica de Familia
5. Centro de Saúde de Castrillón. A Coruña. Médica de Familia

Obxectivos: Describir e analizar as características e a morbilidade das consultas de medicina de familia nun centro de saúde urbano.

Material e métodos:

Deseño: Estudo observacional-descriptivo

Ámbito: Centro saúde do Castrillón, centro-urbano da Coruña, cunha poboación > 14 anos = 14.642.

Participantes: Mostra representativa de 1.851 consultas en maiores de 14 anos realizadas por todos os médicos de familia do centro durante unha semana, do 12 ao 16 de febreiro do 2007.

Os profesionais nas propias follas de consulta escribiron os motivos das consultas que posteriormente se clasificaron en asistenciais ou administrativas e se codificaron según a Clasificación internacional de atención primaria (CIAP-2)

Análise:

Realizouse distribución de frecuencias e medidas de tendencia central, determinación de asociación entre variables e intervalos de confianza (IC) 95%.

Resultados:

As mulleres representan o 61'3% do total de consultas médicas e os maiores de 65 anos o 35'2% (IC95%: 33'0-37'4).

Un 41'6% (IC95%: 38'9-44'3) das consultas foron administrativas, no que a dispensación das receitas crónicas supuxo un 64'5% e a elaboración de informes-partes-ILT (35'5%).

Das consultas asistenciais, un 8'8% teñen contido clínico pero son para entrega de resultados de probas/exploración. Encontráronse diferencias de motivos de consulta e grupos de idade.

O grupo diagnóstico máis frecuente en ambos sexos foron as enfermidades do aparello respiratorio (24'9%) seguido de problemas xerais (14'2%) e do aparello locomotor (12'4%). En mulleres maiores de 65 anos o diagnóstico máis frecuente foron as enfermidades do aparello circulatorio.

Conclusión:

E necesario tentar alternativas que reduzan a alta porcentaxe de consultas de carácter administrativo e continuar cun control especial de algunhas patoloxías crónicas.

CONSULTA DE PEDIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

¹José Manuel Suárez Lorenzo; ¹M.^a Inmaculada Gómez-Besteiro;
²Marwan Kamal Kamel El Salihi; ³Francisco López-Carballo Fernández;
⁴Carlos Prego Rey; ⁵Olimpia Fernández Fernández

1. Xerencia de Atención Primaria A Coruña. Técnica de Saúde Pública. Especialista Medicina Preventiva e S.P.
2. Centro de Saúde Castrillón. Pediatra. A Coruña;
3. Centro de Saúde Castrillón. Médico de Familia. A Coruña;
4. Centro de Saúde Castrillón. Médico de Familia. A Coruña;
5. Centro de Saúde Castrillón. Médico de Familia. A Coruña.

Obxectivos: Describir e analizar as características e a morbilidade dunha consultas en pediatría nun centro de saúde urbano.

Material e métodos:

Deseño: Estudo observacional-descriptivo

Ámbito: Centro saúde do Castrillón, centro-urbano da Coruña, cunha poboación = 14 anos = 1.914

Participantes:

Mostra de 225 consultas realizadas en pediatría durante 5 días laborables do 12 ao 16 de febreiro de 2007. Durante este periodo un soo pediatra atendeu a consulta que habitualmente realizan dous profesionais no centro de saúde, anotou nas follas de consulta o motivos das mesmas, posteriormente estos foron codificados según a Clasificación internacional de atención primaria (CIAP-2).

Análise: Para estudo por idades establecéronse tres categorías: lactantes, preescolares y escolares). Realizouse distribución de frecuencias e medidas de tendencia central, determinación de asociación entre variables e intervalos de confianza (IC) 95%.

Resultados: A distribución según sexo sinala un 50'7% de nenas fronte a un 49'3% de nenos. Por grupo de idade os escolares representan un 45'8% do total das consultas. Segun o tipo de consulta o 71% das 225 consultas estudadas son a demanda, un 14% concertadas e un 10% urxentes. Según o motivo de consulta.- O 83'6% son asistenciais, un 7'6% administrativas. Dentro das asistenciais casi un 3% foron consultas para coñecer o resultado de probas. No grupo de lactantes as patoloxías máis frecuentes son: 48'6% problemas xerais tipo febre, dolor e enfermidades virais non especificadas, 40% problemas respiratorios dentro dos cales a maior parte son infeccións de vías respiratoiras altas e 5'7% enfermidades do aparello dixestivo na que a maioría son diarreas. Os preescolares e escolares acuden por: problemas respiratorios (46'6% e 43'5% respectivamente, problemas xerais e inespecíficos (25'9% e 23'5%) e enfermidades do aparello auditivo (15'5% e 11'8%).

Conclusión: Existe unha alta porcentaxe de consultas urxentes en pediatría. As patoloxías máis frecuentes son as infeccións respiratorias e as otitis.