

SÍNDROME CONFUSIONAL EN EL ANCIANO

Ferraz Falcao J. R.; Corral Zas M.; Rodríguez Iglesia R. M.

C. S. de Matamá - Vigo

Mujer de 82 años que consulta por empeoramiento del estado general y alteración del nivel de conciencia.

Antecedentes: No alergias. Asma bronquial. Parkinson. A tratamiento con Bromazepam, Levodopa, Rotigotina, Fesoterodina y Budesonida.

Consultan por cuadro de semanas de evolución de empeoramiento del estado general, con alteraciones de la conducta, postramiento en ocasiones febrícula y dudoso síndrome miccional. Empíricamente se inicia antibioterapia por sospecha de ITU. Pese mejoría inicial a los pocos días vuelve empeorar su estado acompañándose de sensación de debilidad muscular. Se remitió a Urgencias donde pruebas realizadas (Análisis, TAC craneal, Punción Lumbar, Electroencefalograma) son normales, manteniendo sospecha de ITU.

A las 48 hrs avisan por síncope en domicilio con posterior desorientación y agitación.

A la exploración física la encontramos desorientada, inquieta, no colaboradora, con rigidez en relación a Parkinsonismo. A.C.P. dentro de la normalidad. Abdomen: anodino. NRL: Pupilas isocóricas. Moviliza 4 extremidades, Kernig dudoso. Se remite de nuevo a Urgencias. Se interpreta como posible meningocelulitis por lo que ingresa en Neurología. Posteriormente, las pruebas de imagen revelan existencia de una apoplejía hipofisaria, iniciándose tratamiento sustitutivo con Hidrocortisona, con mejoría del estado general y recuperación del nivel de conciencia.

RELEVANCIA:

El síndrome confusional en el paciente anciano representa un cuadro de múltiples y posibles etiologías que el M.A.P. debe sospechar a la hora de hacer un correcto diagnóstico diferencial.

Entre sus causas además de las de naturaleza infecciosa, neurológica o psiquiátrica el M.A.P. ha de contemplar también alteraciones del ámbito endocrinológico para lograr un diagnóstico acertado.

COMUNICACIONES PÓSTER: COMUNICACIONES CIENTÍFICAS

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: FACTORES QUE CONDICIONAN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Pardo Planas I.¹; López González L.²; Duarte Pérez A.³; Pérez Cachafeiro S.⁴

C.S. Vilanova de Arousa¹; EOXI Pontevedra-Salnés²; Xerencia de Xestión Integrada Vigo³; Subdirección Xeral de Investigación, Docencia e Innovación Xerencia do Servizo Galego de Saúde⁴

OBJETIVOS: Evaluar el impacto de distintos factores sobre la adopción de lactancia materna y valorar su influencia sobre su duración en países desarrollados.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión de la literatura publicada desde 01/01/2010 hasta 31/12/2012 en las principales bases de datos, incluyendo: revisiones sistemáticas, estudios cualitativos o ensayos sobre lactancia en humanos que analizasen condicionantes de inicio y duración en países desarrollados. Se diseñó una tabla para extracción de datos y dos revisores llevaron a cabo la lectura crítica y cumplimentación de las fichas de forma independiente.

RESULTADOS: La edad materna menor de 25 años, el nivel educativo bajo, escasos ingresos y estado civil "soltera" y "divorciada" se relaciona con una menor prevalencia de inicio de lactancia materna. En mujeres con DM tipo 1 aparecen menores tasas de inicio de lactancia en recién nacidos por cesárea y prematuros. Los condicionantes de mayores tasas de lactancia materna son el nivel socioeconómico alto, ser inmigrante y los programas de apoyo entre iguales en países con ingresos bajos-medios, así como ser conocedoras de los beneficios de la lactancia materna y sentirse cómoda amamantando en público.

CONCLUSIONES: Las publicaciones que analizan condicionantes de lactancia materna en los últimos años lo hacen en poblaciones concretas y utilizando criterios heterogéneos por lo que no podemos comparar resultados.

Son necesarios estudios con tamaños muestrales mayores, que incluyan todos los estratos sociales para poder establecer asociaciones significativas entre los distintos factores condicionantes y el inicio y duración de la lactancia materna.

LA ANSIEDAD ANTES Y DESPUÉS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

Pita Fernández S.; García Rodríguez M. T.; Piñón Villar M. D. C.; López Calviño B.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

OBJETIVOS: Determinar la ansiedad estado-rasgo pre-trasplante, según grado de disfunción hepática y estado nutricional.

Estudiar la ansiedad y el estado nutricional antes y post-trasplante a los 6 meses.

MÉTODOS:

Ámbito. Digestivo(CHUAC).

Periodo: reclutamiento (2010-2013); seguimiento: 6 meses posttrasplante.

Tipo de estudio. Observacional.

Criterios inclusión. ≥ 18 años en lista pretrasplante, consentimiento informado.

Criterios exclusión. Deterioro paciente.

Tamaño muestral. $n=90$ (precisión= $\pm 10,4\%$; seguridad= 95%).

Mediciones. Edad, sexo, retransplantado, índice masa corporal (IMC), etiologías, descompensaciones, Escala Child-Pugh, MELD, criterios SENPE, Test Valoración Global Subjetiva (TVGS), Sistema de Control Nutricional (CONUT), Índice de Riesgo Nutricional (IRN) y cuestionario STAI.

Análisis estadístico. Concordancia. Regresión lineal. Comparación muestras relacionadas (Test Wilcoxon; Test Friedman).

Aspectos ético-legales: CEIC Galicia (2010/081).

RESULTADOS:

Edad media $56,2 \pm 8,8$ años, hombres (72,2%), retransplantados (7,8%). Tiempo en lista $108,0 \pm 105,0$ (Mediana=76 días), IMC= $27,0 \pm 5,0$. Etiología más frecuente la etílica (53,3%) y descompensación la ascitis (81,1%). Disfunción hepática según escala Child-Pugh: A (24,4%), B (46,7%), C (28,9%) y puntuación MELD $14,9 \pm 6,1$; existiendo correlación positiva significativamente entre ambas escalas ($r=0,622, p<0,001$) y concordancia regular (CCI= $0,386, p<0,001$).

Desnutrición según TVGS (48,9%), criterios SENPE (63,3%), IRN (90,0%) y sistema CONUT (90,0%), observándose buena concordancia entre IRN y sistema CONUT ($K=0,630, p<0,001$), débil entre criterios SENPE y TVGS ($K=0,227, p=0,025$).

Puntuación ansiedad estado (AE) $20,8 \pm 12,4$ (Mediana=18,5) y ansiedad rasgo (AR) $19,2 \pm 10,8$ (Mediana=17,0), observándose mayor ansiedad estado-rasgo en mujeres (AE: $58,8 \pm 29,6$ vs. $42,5 \pm 30,8$; $p=0,033$; AR: $48,8 \pm 30,8$ vs. $37,6 \pm 31,2$; $p=0,131$).

Mayor ansiedad estado-rasgo a mayor disfunción hepática (MELD: $r=0,307$; $p=0,003$ (AE); $r=0,175$; $p=0,100$ (AR); Child-Pugh: A= $14,50\pm 12,36$; B= $19,90\pm 10,75$; C= $27,54\pm 11,90$; $p=0,001$ (AE); A= $12,55\pm 8,53$; B= $18,83\pm 10,07$; C= $25,27\pm 10,65$; $p<0,001$ (AR)) y en pacientes desnutridos (SENPE: $23,0\pm 12,9$ vs $17,0\pm 10,5$; $p=0,024$ (AE); $21,0\pm 11,6$ vs $15,9\pm 8,6$; $p=0,030$ (AR) y TVGS: $25,6\pm 13,0$ vs $16,2\pm 9,8$; $p<0,001$ (AE); $23,9\pm 11,7$ vs $14,6\pm 7,7$; $p<0,001$ (AR))

Tras ajustar, mediante un análisis de regresión lineal múltiple, por edad, sexo, disfunción hepática (MELD) y estar desnutrido cumpliendo criterios SENPE y TVGS se objetiva que las variables que modifican la ansiedad estado son ser mujer, estar desnutrido y el grado de disfunción hepática mientras que las variables que modifican la ansiedad rasgo son ser mujer y estar desnutrido.

A los 6 meses post-trasplante hepático disminuyen significativamente los porcentajes de desnutrición respecto al pre-trasplante: criterios SENPE (63,3% vs 6,7%; $p<0,001$), TVGS (48,9% vs 2,2%; $p<0,001$), CONUT (90,0% vs 48,9%; $p<0,001$), IRN (90,0% vs 46,7%; $p<0,001$) al igual que disminuyen significativamente la ansiedad-estado ($20,8\pm 12,4$ vs $7,9\pm 6,4$; $p<0,001$) y ansiedad-rasgo ($19,2\pm 10,8$ vs $10,2\pm 8,0$; $p<0,001$).

DISCUSIÓN

Una peor disfunción hepática y estado nutricional aumentan la ansiedad. Tras 6 meses postrasplante mejora el estado nutricional y disminuye la ansiedad.

CONCORDANCIA ENTRE EL ÁNGULO DE CLARKE Y EL ÍNDICE DE CHIPPAUX-SMIRAK

Pita Fernández S.¹; González Martín C.²; Seoane Pillado M. T.¹; López Calviño B.¹; Pértega Díaz S.¹; Arceo Vilas A. M.¹

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña¹; Universidade de A Coruña²

OBJETIVOS:

Estudiar la concordancia, entre el ángulo de Clarke y el índice de Chippaux-Smirak, para pie plano.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño: Estudio observacional, transversal, de base poblacional.
 Ámbito: Centro de salud de Cambre.
 Período: Noviembre 2009-Abril 2011.
 Muestra: Población ≥ 40 años, consentimiento informado (muestreo aleatorio estratificado por edad y sexo).
 Tamaño muestral: $n=1002$ (precisión $\pm 5\%$, seguridad $=95\%$; 15% pérdidas).
 Mediciones: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), score de comorbilidad de Charlson, exploración podológica (podoscopio, ángulo Clarke e índice Chippaux-Smirak).
 Análisis: Concordancia: índice de Kappa y coeficiente de correlación intraclass (CCI). Aspectos ético-legales: CEIC Galicia (2008/264).

RESULTADOS:

Edad media $62,3\pm 13,1$ años, mujeres (53,0%). Índice de masa corporal $29,2\pm 4,7$ kg/m² y score de comorbilidad de Charlson $2,2\pm 1,8$.

La prevalencia de pie plano utilizando el podoscopio es de 19,0% (pie izquierdo) y 18,9% (pie derecho), incrementándose con la edad (pie izquierdo: 40-64 años: 12,4% vs. 25,8%; ≥ 65 años; $p<0,001$ y pie derecho: 40-64 años: 12,2% vs. 25,8%; ≥ 65 años; $p<0,001$).

La prevalencia de pie plano, según el índice Chippaux es del 62,0% (40-64 años: 55,2% vs. 68,8%; ≥ 65 años; $p<0,001$) y según el ángulo de Clarke es del 29,7% (40-64 años: 19,6% vs. 40,0%; ≥ 65 años; $p<0,001$).

La concordancia entre el índice de Chippaux y el ángulo de Clarke es débil, siendo para el pie izquierdo Kappa $=0,305$; concordancia observada: 56,9% (CCI: -0,445) y para el pie derecho Kappa $=0,272$; concordancia observada: 53,9% (CCI: -0,424).

Los pacientes en los que concuerdan las mediciones son significativamente mayores en edad, en índice de masa corporal y en score de comorbilidad, no existiendo diferencias significativas en relación al sexo.

Para determinar la presencia de discordancia, se realiza un modelo multivariado de regresión logística ajustando por edad, sexo, IMC y score de comorbilidad Charlson. Objetivándose que la única variable que se asocia significativamente es el IMC, a mayor IMC menor probabilidad de discordancia (OR $=0,969$; 95% CI: 0,940-0,998).

CONCLUSIONES:

Débil concordancia entre índice Chippaux y ángulo Clarke. Disminuyendo la discordancia al aumentar el IMC.

CALIDAD DE VIDA AL DIAGNÓSTICO Y AL AÑO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL

Pita Fernández S.; López Calviño B.; Pértega Díaz S.; Seoane Pillado T.; García Cajide Y.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

OBJETIVOS:

Determinar la calidad de vida (CDV) y la situación funcional en pacientes con cáncer colorrectal (CCR).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño: Estudio de seguimiento prospectivo.
 Muestra: Casos incidentes de CCR (CIE9^a = 153-154) diagnosticados en 2011-2012 con consentimiento informado ($n=331$. Precisión $\pm 5,4\%$, Seguridad $=95\%$).
 Fuentes de información: Pacientes tratados con intención curativa se encuestaron al mes siguiente a la intervención quirúrgica. Los pacientes con tratamiento paliativo se entrevistaron en los tres meses tras diagnóstico. Se reevaluaron al año del diagnóstico.
 Mediciones: Calidad de vida (EORTC-QLQ-C30; EORTC-QLQ-CR29), situación funcional (índice de Karnofsky).
 Análisis: Comparación puntuaciones medias de CDV con valores poblacionales mediante test t de una muestra. Las variaciones en CDV se analizaron mediante test de rangos con signo de Wilcoxon.
 Aspectos ético-legales: CEIC Galicia (2010/304).

RESULTADOS:

Tras diagnóstico, el 68,2% de los pacientes presentan un índice de Karnofsky ≥ 80 . Respecto a su CDV, refieren un estado global de salud similar a la población general ($71,7\pm 20,0$), con valores menores en función física ($75,8\pm 23,1$), rol funcional ($68,8\pm 32,4$), y función social ($78,6\pm 26,3$) ($p<0,001$). Los síntomas con una afectación significativa de la CDV: insomnio ($29,7\pm 35,0$), pérdida de apetito ($11,8\pm 23,8$) y diarrea ($10,7\pm 23,2$).

Los resultados del EORTC QLQ-CR29, la escala más deteriorada es la de ansiedad ($64,2\pm 33,1$). Los síntomas que más afectan la CDV son: sequedad en la boca ($23,2\pm 29,9$), frecuencia urinaria ($17,8\pm 25,7$) y alteraciones en el sentido del gusto ($16,5\pm 27,3$) o ritmo intestinal ($11,8\pm 18,9$).

Se dispone de datos al año de seguimiento en $n=104$ pacientes. Existe una mejora significativa de las puntuaciones de función física ($82,8 \pm 20,8; p=0,010$), rol funcional ($80,1 \pm 29,1; p=0,005$) y función social ($85,6 \pm 26,6; p=0,016$).

CONCLUSIONES:

Los pacientes con CCR refieren buenos niveles de calidad de vida, con cierto deterioro en la función física, rol funcional y función social, que mejora al año del diagnóstico.

META-ANÁLISIS DE DIFERENTES ESTRATEGIAS DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL

Pita Fernández S.; Alhayek Ai M.; Pértega Díaz S.; López Calviño B.; Seoane Pillado M. T.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

OBJETIVOS: Evaluar la evidencia de los beneficios del seguimiento intensivo de los pacientes que han completado tratamiento curativo de cáncer colorrectal (sin metástasis), respecto a la supervivencia y riesgo de recurrencia.

MÉTODOS: Meta-análisis.

Criterios de inclusión de los estudios:

Ensayos clínicos aleatorizados que comparan pacientes con cáncer colorrectal no metastásico tratados con intención curativa, la supervivencia y riesgo de recurrencia según se realice seguimiento intensivo vs. seguimiento minimalista.

Búsqueda bibliográfica: búsqueda de ensayos clínicos, mediante palabras clave, en MEDLINE, EMBASE, Cochrane database y SCOPUS.

Variabes resultado:

Variabes principales: mortalidad global, mortalidad debida al tumor y riesgo de recurrencia en distintos grupos de pacientes.

Análisis estadístico: meta-análisis, basado en valores de riesgo relativo (RR), odds ratio (OR) y diferencia de riesgos (DR), con el programa Epidat 3.1. Se utilizó un modelo de efectos fijos o aleatorios en función del análisis de heterogeneidad.

RESULTADOS:

Se incluyeron en el meta-análisis ocho ensayos clínicos randomizados, observándose un beneficio en la mortalidad global a los cinco años en pacientes bajo seguimiento intensivo (RR=0,79; 95% IC=0,70–0,89). No se observaron diferencias en cuanto a la detección de recurrencias en ambos grupos (RR=0,95; 95% IC=0,85–1,06). En el grupo de intervención se observa mayor detección de recurrencias asintomáticas (RR=2,04; 95% IC=1,3–3,2).

CONCLUSIÓN:

El seguimiento más intensivo intervenidos con intención curativa disminuye la mortalidad global. Dicho beneficio puede ser debido a la mayor detección de recurrencias asintomáticas. Debido a la variedad de los programas de seguimientos de los estudios incluidos no es posible optar por la estrategia perfecta de seguimiento de estos pacientes.

INCIDENCIA DE NEUMONÍA POR LEGIONELLA EN EL ÁREA SANITARIA DE A CORUÑA 2010 - 2012

Regueiro Mira M. V.; Suárez Lorenzo J. M.; Fernández-Albalat Ruiz M.; Pita Fernández S.

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

INTRODUCCIÓN: La bacteria *Legionella pneumophila* serogrupo 1 causa neumonías comunitarias y hospitalarias. El área sanitaria del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC) abarca 37 ayuntamientos, incluido el de A Coruña.

OBJETIVOS: Determinar la incidencia de neumonía por *Legionella pneumophila* en el área sanitaria del CHUAC entre los años 2010 a 2012.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo de casos de legionelosis declarados en el área sanitaria de 2010 a 2012. Se analizaron variables demográficas (edad, sexo), geográficas, estacionales, factores de riesgo y la evolución de la enfermedad.

RESULTADOS: Durante el periodo estudiado se encontraron 54 casos de legionelosis. La edad media fue de 60 años (DE+/-15 años). El 90.7% fueron hombres. La estancia media fue 12 días (DE+/-14 días) El 79.8% de los pacientes proviene de A Coruña y área metropolitana. El 70.4% eran fumadores o exfumadores. El 66.7% no presentó ningún factor de riesgo. La tasa de letalidad fue del 5,6%. Se observa diferencia significativa entre la mortalidad y la demora en recibir asistencia sanitaria ($p<0,021$). La clínica descrita fue fiebre (88.9%), tos (43.6%), disnea (35.2%), diarrea (11,1%), cefalea (9.3%). Se encontraron diferencias significativas entre la mortalidad y la presencia de fiebre, tos y diarrea. En la analítica se detectó leucocitosis (29.6%), hiponatremia (37%) y elevación de creatinina (44,4%). No se detectaron diferencias significativas entre mortalidad y datos analíticos. En el 90.7% se trató con Quinolonas. El 74.1% se presentó en el último semestre del año.

CONCLUSIONES: La neumonía por *Legionella* es una enfermedad de baja letalidad, más frecuente en varones de edad media, con un comportamiento estacional.

CONTROL DE LA INFECCIÓN-COLONIZACIÓN POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA VASCULAR DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA.

Regueiro Mira M. V.; Suárez Lorenzo J. M.; Pereira Rodríguez M. J.; Pita Fernández S.

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

INTRODUCCIÓN: En los últimos años se produjo un incremento de pacientes colonizados-infectados por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM), siendo responsable de múltiples infecciones nosocomiales y brotes epidémicos. Los pacientes hospitalizados en Cirugía Vascular (CVA) presentan factores de riesgo asociados que lo favorecen: diabetes, úlceras...

OBJETIVOS: Determinar las tasas de infección-colonización por SARM en CVA y valorar la efectividad de las medidas de control introducidas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados en CVA con aislamiento de SARM entre 2011 y 2012. Entre diciembre 2011 y febrero 2012 se produjo un incremento de SARM nosocomial, que hizo necesario introducir medidas correctoras: higiene hospitalaria, preparación prequirúrgica, cuidados postoperatorios, reducción de estancia preoperatoria

RESULTADOS: Durante el periodo estudiado se aislaron 36 pacientes con SARM. El 58.3% presentaba antecedente de colonización por este germen. De los 15 pacientes incidentes, 40% eran infecciones y 53% colonizaciones; 53.3% fue nosocomial y 40% comunitaria.

Desde la introducción de las medidas correctoras se redujo la tasa de infección: 13 SARM/1000 ingresados a 3 SARM/1000 ingresados, que representa una reducción del 77%, ($p < 0,05$).

La mayoría de los pacientes con SARM afectaron a lesiones tróficas y heridas quirúrgicas, siendo en un paciente de localización urinaria. El 60 % de los 15 casos incidentes presentaba diabetes mellitus. El 46,7% se había sometido a una amputación y el 26,7% a un bypass.

CONCLUSIONES: La infección-colonización por SARM representa un problema en CVA. La aplicación de medidas preventivas reduce significativamente su incidencia.

ESTADO NUTRICIONAL EN UNA POBLACIÓN DE 40 Y MÁS AÑOS

Pita Fernández S.; Arceo Vilas A.; Seoane Pillado T.; Pértega Díaz S.; López Calviño B.; García Cajide Y.

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

OBJETIVO: Determinar estado nutricional y auto percepción de la imagen corporal en población de 40 y más años.

MÉTODOS: Estudio observacional de prevalencia en Cambre (A Coruña) entre Enero-2012 y Marzo-2013. Incluye población de 40 y más años seleccionados aleatoriamente estratificando por edad y sexo, n=370 ($\pm 5\%$ =precisión; 95% =seguridad). Se recogen variables antropométricas, bioimpedancia eléctrica, porcentaje de grasa corporal (%GC), estado nutricional según Mini Nutritional Assessment (MNA), adherencia a dieta mediterránea, percepción subjetiva del peso, subescala EDI-HC (Insatisfacción corporal) y subescala EDI-O (Obsesión por la delgadez). Análisis descriptivo e inferencial.

RESULTADOS:

La edad media es $62,1 \pm 12,1$, el 56,2% son mujeres. El Charlson ajustando por edad es $2,4 \pm 1,9$.

Los hombres son más altos, pesan más, tienen mayor índice cintura/cadera, masa líquida, muscular y ósea. Tienen mayor MTB basal calórico y MTB de actividad. Las mujeres presentan valores medios significativamente más altos en perímetro de cadera, pliegue tricótipal y bicipital, pliegue suprailíaco, masa adiposa e índice adiposo muscular.

Se obtiene %GC más bajos en los hombres que en mujeres según las fórmulas de medición de porcentaje de grasa corporal.

Se observa que los pacientes con 65 años o más tienen mayor IMC, mayor perímetro de cintura, perímetro de cadera y porcentaje de masa adiposa. El grupo de 40-64 años presentan mayor % de masa líquida, muscular y ósea, además en valores de MTB basal calórico y de MTB de actividad. Se detectan valores significativamente más altos en población de 65 y más años en las ecuaciones de Deurenberg, Lean para cintura y Lean para tríceps y cintura.

El 75,6% tienen buena adherencia a la dieta mediterránea, el 93,6% tienen un estado nutricional normal según la escala MNA.

La puntuación media de insatisfacción corporal (EDI-HC) fue $4,9 \pm 5,8$ (mediana=3) y de obsesión por la delgadez (EDI-O) fue $4,1 \pm 4,2$ (mediana=3). Las mujeres presentan significativamente mayor puntuación en ambas escalas. Las personas de 40-64 años presentan puntuación más alta en escala EDI-HC y en EDI-O.

CONCLUSIÓN:

La insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez aumentan con el IMC y en las mujeres. Disminuyen la obsesión por la delgadez al aumentar la edad.

CALIDAD DE VIDA Y DEPENDENCIA DE PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS

Pita Fernández S.; Piñón Villar C.; García Rodríguez M. T.; López Calviño B.; Seoane Pillado T.; Pértega Díaz S.

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

OBJETIVO:

Determinar la calidad de vida y dependencia en trasplantados hepáticos.

METODOLOGÍA:

Ámbito. Digestivo(CHUAC)

Periodo. 1.03.2010-30.05.2013

Tipo de estudio. Observacional

Criterios inclusión. ≥ 18 años trasplantados hepáticos, consentimiento informado

Criterios exclusión. Pacientes con deterioro

Tamaño muestral. n=90 (precisión= $\pm 10,4\%$; seguridad= 95%)

Mediciones. Etiologías, Child-Pugh, Meld, Score comorbilidad Charlson, cuestionario LDQOL1.0, diagnósticos enfermería, Barthel (ABVD), Lawton-Brody (AIVD). Análisis estadístico. Comparación muestras relacionadas (Test Wilcoxon/Test Friedman)

Aspectos ético-legales: CEIC Galicia(2010/082)

RESULTADOS:

Edad media $56,2 \pm 8,8$ años, hombres (72,2%), trasplante hepatorenal (2,2%), retrasplantes (2,2%), exitus en lista (5,8%), tiempo en lista $108,0 \pm 105,0$ días (mediana:76 días), etiología más frecuente es la tófica (53,3%) y Score comorbilidad Charlson ajustado por edad $5,7 \pm 1,6$.

Dimensiones más afectadas, parte general del cuestionario de calidad de vida LDQOL1.0, pre-trasplante son: rol físico ($35,0 \pm 13,9$), percepción de la salud general ($35,6 \pm 8,7$) y función social ($39,5 \pm 14,9$). Objetivándose mejora de todas las dimensiones post-trasplante, estando por encima de la media poblacional española a los 6 meses: vitalidad ($54,5 \pm 10,5$), salud mental ($51,8 \pm 10,0$), función social ($51,6 \pm 8,7$) y rol emocional ($51,2 \pm 9,4$). Objetivándose una mejora a los 6 meses post-trasplante del componente sumatorio mental ($40,9 \pm 14,1$ vs. $53,8 \pm 8,5$; $p < 0,001$) y del componente sumatorio físico ($42,3 \pm 10,4$ vs. $47,3 \pm 9,2$; $p < 0,001$).

Las dimensiones más afectadas de la parte específica del cuestionario LDQOL1.0, pre-trasplante son: efectos de la hepatopatía en las actividades de la vida diaria ($34,4 \pm 29,0$), problemas sexuales ($55,93 \pm 37,8$) y memoria ($59,3 \pm 26,6$), objetivándose a los 6 meses una mejora en todas las dimensiones, destacando estigma e imagen corporal ($96,0 \pm 11,7$), aislamiento social ($96,0 \pm 14,8$), preocupación por el futuro ($95,8 \pm 10,7$), síntomas relacionados con la enfermedad hepática ($92,5 \pm 7,9$). Con una auto percepción de su salud en general antes pre y post trasplante ($4,9 \pm 1,9$ vs. $7,9 \pm 1,4$; $p < 0,001$), en escala de 0-10.

Objetivándose una disminución de la dependencia a los 6 meses del trasplante, con relación al momento basal para las ABVD ($25,6\%$ vs. $1,4,3\%$; $p < 0,001$) y para AIVD ($71,1\%$ vs. 36% ; $p = 0,0016$).

Disminuye el número de diagnósticos de enfermería prevalentes pre-trasplante, al mes, tres y seis meses, obteniéndose respectivamente ($7,3 \pm 4,0$ vs. $7,3 \pm 2,5$ vs. $5,1 \pm 2,6$ vs. $3,9 \pm 2,3$; $p < 0,001$).

CONCLUSIONES:

Tras trasplante hepático, mejoran las dimensiones de calidad de vida y disminuye la dependencia y el número de diagnósticos de enfermería.

EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN ANTITABACO EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES

Pita Fernández S.; Seijo Bestilleiro R.; Valdés Cañedo F.; Seoane Pillado T.; Pértiga Díaz S.; López Calviño B.

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

OBJETIVO: Comparar, en trasplantados renales, la eficacia de la medición de monóxido de carbono exhalado (CO) más consejo breve para dejar de fumar, frente a consejo breve aislado, con respecto a: a) Abandono del hábito tabáquico, b) Incremento en la motivación para dejar de fumar, c) Reducción en el número de cigarrillos/día.

MÉTODOS:

Diseño: Ensayo clínico aleatorizado (CEIC Galicia 2011/061)

Ámbito: CHUAC

Periodo: 2012-2014

Criterios inclusión: Trasplantados renales con injerto funcionante, fumadores, con consentimiento.

Criterios exclusión: Fumadores en fase de preparación, pacientes con enfermedad terminal o discapacidad mental.

Aleatorización: Al grupo control (consejo breve) o intervención (consejo breve+medición CO exhalado).

Mediciones: Características sociodemográficas, hábito tabáquico autodeclarado, dependencia (Test Fagerström), motivación para dejar de fumar (Test Richmond).

Análisis: Descriptivo, test de Mann-Whitney, test chi-cuadrado.

RESULTADOS

Se contactó con n=853 pacientes. 436 (51,1%) fumaban antes del trasplante y 114 (13,3%) en el momento actual. Aceptaron participar 110 (55 en grupo intervención y 55 control).

Se presentan los resultados a los 3 meses de seguimiento. El abandono auto-declarado del hábito tabáquico fue mayor en el grupo intervención, sin diferencias significativas (33,3% vs. 21,2%, p=0,171), con un descenso en el consumo en ambos grupos (6,7 vs. 6,1 cigarrillos/día, p=0,852). No se observaron diferencias en la motivación para dejar de fumar o el nivel de dependencia.

CONCLUSIONES

Una intervención antitabaco en trasplantados renales disminuye la prevalencia de tabaquismo y el consumo diario de cigarrillos. Se precisa confirmar con mayor seguimiento la utilidad añadida de la medición de CO con respecto al consejo breve aislado.

LA FRECUENTACIÓN A LOS SERVICIOS SANITARIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP) Y LOS INGRESOS HOSPITALARIOS DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II

Pita Fernández S.; Modroño Freire M. J.²; López Calviño B.¹; Herrera Díaz L. D.²; Pértiga Díaz S.¹; Seoane Pillado M. T.¹

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña¹; C. S. A Cuña-Mariñamansa²

OBJETIVO:

Estudiar la frecuentación a los servicios sanitarios en Atención Primaria (AP) y los ingresos hospitalarios de pacientes diabéticos tipo II, y sus determinantes

MATERIAL Y MÉTODOS

Ámbito: Centro de salud A Cuña-Mariñamansa (Ourense)

Periodo: Enero 2011-Enero 2013

Tipo de estudio: prevalencia

Criterios inclusión: diabéticos tipo II, consentimiento informado

Criterios exclusión: trasladados o en situación terminal

Mediciones: índice de charlson, insuficiencia renal (ecuaciones MDRD/Cockcroft-Gault), consultas AP e ingresos hospitalarios

Tamaño muestral: n=323 (±5,5% precisión; 95% seguridad) (edad: 55,1±21,3 años, hombres (50,5%), tiempo evolución diabetes: 14,4±10,0 años)

Análisis estadístico: Regresión lineal/logística

Aspectos ético-legales: CEIC Galicia (2010/278)

RESULTADOS

En el último año, el número de consultas al médico fue 7,5±5,96 y al personal de enfermería 7,8±10,1.

En el último año, el 5,4% no acudieron nunca a la consulta médica y el 81,1% fueron ≥3 veces. El 18,3% ingresaron en el hospital una o más veces. El 81,7% no precisaron ingreso. La media de ingresos hospitalarios anuales es 0,3±0,7. Para determinar las variables que se asocian con un mayor número de consultas a AP, se realiza un análisis de regresión lineal múltiple ajustando por comorbilidad, HbA1c y sexo. Se objetiva que a mayor comorbilidad se incrementa significativamente el número de consultas al médico de AP.

Las variables asociadas al ingreso hospitalario fueron valores elevados de hemoglobina glicosilada (OR=1,57), y el score de comorbilidad de Charlson (OR=1,43), encontrándose en el límite de la significación estadística la presencia de cardiopatía isquémica (OR= 3,09) (p= 0,054)

CONCLUSIONES

El número de consultas a AP aumenta con la comorbilidad y los ingresos hospitalarios con niveles altos de hemoglobina glicosilada y la comorbilidad.

ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ÁREA DE VIGO

Romero Fresco G.¹; Fernández Salgado B.¹; Domínguez Rodríguez A.²; Peña Rodríguez M.²

C. S. Val Miñor¹; C. S. Sárdoma²

OBJETIVOS: Cuantificar las actividades preventivas en pacientes diagnosticados de Cardiopatía Isquémica (CI).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo por auditoría de historias clínicas electrónicas en pacientes varones >=65 a 74 años, incluidos en el estudio "Diagnóstico precoz del aneurisma de aorta abdominal por ecografía en atención primaria", con participación de 21 médicos de familia y 20 residentes de medicina familiar y comunitaria. Variables: demográficas, CI y actividades preventivas registradas, y nº de prescripciones. Análisis descriptivo y bivariante con pruebas paramétricas y no paramétricas (significación p<0,05). Proyecto iniciado en junio de 2013, en ejecución.

RESULTADOS: Se analizaron 822 pacientes en una población total de 1460, 140 presentan CI, siendo su prevalencia 17,03% (IC95%: 14,62-19,75). Edad y nº prescripciones no siguen una distribución normal. La mediana de edad fue 69 años (IQ25-75: 67-72) y de prescripciones fue 5 (IQ25-75 3-8).

Las recomendaciones realizadas y su relación con la presencia de CI (con prueba de chi-cuadrado) fueron:

ñ. Consejo antitabaco 22,92% (IC95%: 13,31-36,54) con p=0,578

ñ. Recomendación ejercicio físico 45% (IC95%: 37-53,26) con p=0,000

ñ. Recomendación dieta 53,24% (IC95%: 44,97-61,33) con p=0,000

ñ. Recomendación alcohol 15% (IC95%: 10,03-21,84) con p=0,000

ñ. Vacunación antigripal 49,29% (IC95%: 41,13-57,47) con p=0,043

ñ. Vacunación neumococo 23,021 (IC95%: 16,81-30,69) con p=0,160

CONCLUSIONES: En la población estudiada, menos del 50% de los pacientes han recibido las recomendaciones preventivas recomendados en las guías, salvo el de la dieta. Son muy bajas las relacionadas con el tabaquismo y la vacunación antineumocócica.

La limitación principal es analizar datos registrados por tratarse de un estudio retrospectivo.

ESTRATEGIAS DE SEGUIMIENTO COMO FACTOR PRONÓSTICO DEL CÁNCER DE ESÓFAGO

Pita Fernández S.; Rodríguez Camacho E.; López Calviño B.; Pértiga Díaz S.; Seoane Pillado M. T.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

OBJETIVOS: Estudiar las estrategias de seguimiento como factor pronóstico del cáncer de esófago.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ámbito: Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC)

Período: Diagnosticados 2003-2008; seguimiento hasta 2011

Tipo de estudio: Observacional

Criterios inclusión: Incidentes de cáncer de esófago (CIE-9^a:150)

Criterios exclusión: Prevalentes-recurrentes, cáncer múltiple y metastáticos

Tamaño muestral: n=180 (RR≥1,62; asumiendo 61% exposición; 80% poder estadístico; 95% seguridad)

Mediciones: score comorbilidad Charlson, características tumorales, terapéutica, pruebas seguimiento, eventos seguimiento, fecha exitus o último contacto

Análisis estadístico: Regresión Cox y Curvas Kaplan-Meier

Aspectos ético-legales: CEIC Galicia (2011/372)

RESULTADOS:

Edad media 64,2±11,2 años, hombres (87,8%). Score comorbilidad de Charlson ajustado por edad 3,2±1,8

El 81,7% eran carcinoma epidermoide y 17,8% adenocarcinoma. La localización más frecuente fue la torácica media (32,2%) y el estadio más frecuente el IV (36,9%).

El 42,8% recibe cirugía, 40,0% quimioterapia y 46,7% radioterapia. La asociación terapéutica más frecuente fue la quimioterapia+radioterapia (56,0%).

En el seguimiento (mediana=9,4 meses), se realizaron 4,0±6,8 consultas, 1,0±2,2 endoscopias, 3,8±4,8 Rx de Tórax, 1,2±2,2 TACs y 2,2±3,3 ingresos. Los eventos presentados fueron: nuevas metástasis (19,0%), recidivas tumorales (16,7%) y nuevas neoplasias (3,5%).

Supervivencia específica al año (40,4%) y a los 5 años (15,0%).

Se observan diferencias significativas en la mediana de supervivencia, según número de pruebas realizadas (punto de corte obtenido con índice Youden). Según consultas (<5 consultas: 6,6 meses vs. ≥5 consultas; p<0,001), endoscopias (<1 endoscopia: 5,3 meses vs. ≥1 endoscopia; p<0,001), radiografía tórax (<6 Rx. Tórax: 7,2 meses vs. ≥6 Rx. Tórax; p<0,001) y TACs (<2 TACs: 6,8 meses vs. ≥2 TACs; p<0,001) Tras ajustar por un análisis multivariado de regresión de Cox, se objetiva que la probabilidad de fallecer aumenta al ser mujer (HR=1,964; p=0,007), con estadio IV (HR=1,540; p=0,035) y al tener hemorragia digestiva (HR=4,304; p=0,018). Disminuyendo al recibir cirugía (HR=0,667; p=0,046), quimioterapia (HR=0,666; p=0,040) y radioterapia (HR=0,645; p=0,030) y a mayor número de endoscopias (HR=0,850; p=0,014), radiografías de Tórax (HR=0,951; p=0,061), y TACs (HR=0,876; p=0,017).

CONCLUSIÓN: Un seguimiento más intensivo se asocia con una mayor supervivencia específica.

COMUNICACIÓN PÓSTER: COMUNICACIONES DE EXPERIENCIAS

ESTUDIO DE LA PRESIÓN ASISTENCIAL COMPARATIVA ENTRE LAS CONSULTAS MÉDICAS Y DE ENFERMERÍA

Gómez Gómez N.

SAP Cambre

La gestión de la demanda asistencial en atención primaria constituye uno de los retos más importantes de nuestro sistema sanitario. Las consultas a demanda suponen la mayor parte de la actividad asistencial de los médicos de familia (MAP) que soportan una presión asistencial excesiva.

En los últimos años, en otros sistemas de salud, se está potenciando la consulta de enfermería como solución a este problema. En nuestro país están implantadas desde los años 80.

Estas consultas pueden ofrecer servicios con buenos resultados en el control de enfermedades crónicas, en actividades preventivas e incluso en la resolución de problemas de salud a demanda que actualmente son atendidos y desbordan las consultas del MAP.

Con el objetivo de evaluar la presión asistencial registramos la demanda de 10 consultas médicas y enfermería, durante 15 días, al cierre del horario de citas (10:00) y al final de la consulta (15:00).

En la consulta médica se atienden 3 veces más pacientes que en la consulta de enfermería (75% vs 25%).

El 8,6% de las demandas médicas se atienden una vez cerrada la agenda del día, frente al 18,2% en el caso de la enfermería.

Analizamos los datos obtenidos, el origen de las citas, las reflexiones del equipo en torno a estos datos y las medidas propuestas para corregir esta situación. Donelan, K. Perspectives of physicians and nurse practitioners on primary care practice. N Engl J Med. 2013;16;368:1898-906.

Laurant, M. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database Syst Rev. 2005;CD001271.

UTILIZACIÓN DA SIMULACIÓN MÉDICA PARA A ATENCIÓN Ó DOENTE CRÍTICO NO MEDIO EXTRAHOSPITALARIO

López Curbeira Y.; López-Sastre Núñez M. P.; Rascado Sedes F. J.; Vives Rodríguez E.; López de Los Reyes R.; Rodríguez Dapena S.

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

OBJETIVO: Formar a tódolos profesionais de Atención Primaria (médicos e enfermeiros de consultas e PAC) no manexo do doente crítico no ámbito extrahospitalario.

DESCRIPCIÓN DA EXPERIENCIA: realización de talleres de simulación de técnicas e situacións integrais do doente crítico (parada cardio-respiratoria e situacións periparada) en suficientes edicións como para poder instruír no seu manexo a todo o personal sanitario de Atención Primaria da Área Sanitaria, baseándonos nas guías de Soporte Vital Avanzado de ERC do 2010. Desde xeito, tentamos unificar as actuacións de tódolos profesionais sanitarios de Atención Primaria ante o paciente crítico, utilizando un método válido para motivar ós asistentes e revisar os protocolos de actuación e actualizarse no manexo dos mesmos.

ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN DIABETES MELLITUS EN EL ÁREA DE VIGOVarela Loimil P.¹; Martínez Pereira I.¹; Rodríguez Villalón X.²; Bermejo Gestal I.²; Pérez Villar M. V.³C.S. Porriño¹; C.S. Sárdoma²; C.S. Matamá³

OBJETIVOS: Cuantificar las actividades preventivas en pacientes con diabetes mellitus (DM) en el área sanitaria de Vigo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo por auditoría de historias clínicas electrónicas en varones de 65 a 74 años, incluidos en el estudio "diagnóstico precoz en el aneurisma de aorta abdominal por ecografía en atención primaria", con participación de 21 médicos de familia y 20 residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Variables: demográficas; DM, actividades preventivas y número de prescripciones registradas. Análisis descriptivo y bivariante con pruebas paramétricas y no paramétricas, con significación $p < 0,05$. Proyecto iniciado en junio de 2013, en ejecución.

RESULTADOS:

En una población de 1460 pacientes, con muestra de 822, se observan 202 pacientes con DM. Su tasa es 24,57% (IC95%: 21,75-27,63). Las variables cuantitativas edad y nº prescripciones son significativamente distintas a la normalidad. La edad mediana se sitúa en 69 años (IQ25-75: 67-72) y el número de prescripciones es 5 (IQ25-75:3-8).

Las actividades preventivas registradas y su relación con la DM, con análisis paramétrico son: Consejo antitabáquico en 27,08% de DM fumadores (IC95%: 16,47-41,00). Abstención alcohólica rescomendada en 22,56% (IC95%: 17,26-28,93%), resultados no significativos. A 53,57% (IC95%: 46,59-60,42) se recomendó realizar ejercicio físico y en 60,10% (IC95%: 53,15-66,76) se hicieron recomendaciones dietéticas. La vacunación antigripal se realizó en 50,26% (IC95%: 43,30-57,20) y 24,26% (IC95%: 19,10-31,11) de la anti-neumocócica. En estos la relación fué significativa.

CONCLUSIONES: El porcentaje de diabéticos muy elevado, como corresponde a su grupo de edad.

Sin embargo, las actividades preventivas son menores de lo deseado, siendo la más realizada las referentes a la dieta.

COMUNICACIONES PÓSTER: PROXECTOS DE INVESTIGACIÓN**MEJORA DIAGNÓSTICA DE LA NEUROPATÍA DIABÉTICA DOLOROSA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS MEDIANTE CUESTIONARIO DN4**

Cantero Quirós M. D. M.; Rojas Rodríguez D. M.; Romero Montalvo P.; Domínguez Moreno A.; Díaz Viejo M. J.; Lara López J.

Zona básica de Salud de Camas

OBJETIVOS:

Mejorar diagnóstico precoz

Estimar la prevalencia de NDD en pacientes pluripatológicos mediante DN4.

Evaluar el adecuado manejo terapéutico.

Caracterizar los pacientes en función de intensidad del dolor (ESCALA DE EVA) e impacto sobre actividades diarias (ESCALA BARTHELL)

Correlacionar dolor neuropático con FRCV, y enfermedades mentales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo transversal observacional.

Multicéntrico.

Ámbito de ZBS de AP, con población diana de 20000 habitantes, estudio, de pacientes del Proceso Asistencial de diabetes y pluripatológicos. M: 263 pacientes.

Incluimos: Hombres, mujeres pluripatológicos. Diabéticos. Dolor Otorgan consentimiento informado.

Excluimos: Pacientes en programas de trasplantes, diálisis, SIDA. Deterioro cognitivo.

VARIABLES A ANALIZAR:

DATOS DEMOGRÁFICOS: edad, sexo

CLÍNICOS

CORMOBILIDAD: Tiempo

Frecuencia

Intensidad

Localización del dolor

FRCV: Diabetes, HTA, dislipemia, tabaco, obesidad

Escala Golberg

Test Barthel

TEST PFEIFFER

EXPLORACIÓN FÍSICA

Exploración neuropática superficial y profunda

Cuestionario DN4

DATOS DE LABORATORIO

Hb Glicosilada

Glucemia basal

Perfil lipídico

Función renal

Tsh

FÁRMACOS

Analgésicos, aines, opioides débiles y mayores, anticonvulsiantes, AT o IRSS, tópicos.

Los datos se recogen mediante observación, historias, anamnesis, exploración física y cuestionario DN4 que consta de 4 preguntas y 10 ítems. Validar estudio multicéntrico, con sensibilidad de 82,5% y especificidad del 89,9% para un punto de corte de 4 sobre 10.

Preguntas 1 y 2 recogen síntomas descriptores del dolor, mediante entrevista clínica. Las 3 y 4 signos identificados, que se recogen mediante exploración, diferenciándolos del LANSS.

Cada respuesta afirmativa puntúa 1 y negativa 0.

La puntuación total se obtiene sumando ítems.

Datos extrapolados a Excel, incluyendo variables descritas.

Las variables cualitativas se presentaran con distribución de frecuencias e IC al 95%.

La prevalencia de variables dependientes se hará según edad, sexo, existencia de NDD, y de presencia o no de FRCV, y de cormobilidad.

Las variables cuantitativas descritas como valor de la media, desviación estándar, rango e intervalo de confianza al 95%. En caso de asimetría calcularemos valor de la mediana.

Evaluaremos la asociación entre variables cualitativas con prueba 2 y comparar en tabla de contingencia 2x2. Cuantitativas por cada variable independiente mediante test Student.

APLICABILIDAD ESPERADA

La NDD tiene importante impacto sociosanitario por prevalencia (3,3-26%) y morbilidad.

El objeto del estudio es estimar la prevalencia de dolor neuropático en pacientes diabéticos pluripatológicos, mejorar diagnóstico precoz, adecuar manejo terapéutico, reducir gasto farmacéutico, impacto sobre actividades diarias validando cuestionario.

ASPECTOS ETICOS-LEGALES

Cumplir requisitos de la L.P.D., informar de derechos, carácter voluntario, riesgos y beneficios.

El paciente firmará consentimiento informado y recibirá una copia.

ANALIZAR ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HIPERLIPIDEMIA (HPL) EN EL ÁREA DE VIGO

Seira Sampedro C.; García Moreira A.; Rego Sieiro M.E.; Pereira Brito L.; Ares Vila S.

XAP Vigo

OBJETIVOS: Analizar actividades preventivas en pacientes diagnosticados de hiperlipidemia (HPL) en el área de Vigo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo por auditoría de historias clínicas electrónicas en pacientes varones ≥ 65 a 74 años, incluidos en el estudio "Diagnóstico precoz del aneurisma de aorta abdominal por ecografía en atención primaria", con participación de 21 médicos de familia y 20 residentes de medicina familiar y comunitaria. Variables: demográficas, HPL registrada, actividades preventivas registradas y nº de prescripciones. Análisis descriptivo y bivariable con pruebas paramétricas y no paramétricas con significación $p < 0,05$. Proyecto iniciado en junio de 2013, en ejecución.

RESULTADOS:

De una población con 1460 pacientes, se obtuvo una muestra de 822 historias. La prevalencia de HPL es 41% (IC95%:37,84-44,52). Las variables cuantitativas no siguen una distribución normal. La edad mediana es 69 años (IQ25-75: 67-72) y el número mediano de prescripciones es 3 (IQ25-75:1-6).

El porcentaje de recomendaciones en HPL y la relación entre ellos con prueba de chi-cuadrado es:

- Hábito tabáquico :41,67%(IC95%:28,85-55,72) con $p=0,520$
- Ejercicio físico 39,94%(IC95%:7,29-13,73) con $p=0,05$
- Dieta 47,33%(IC95%:42,07-52,66) con $p=0,02$
- Alcohol 20,7%(IC95%:16,73-25,35) con $p=0,05$
- Vacunación antigripal 44,08%(IC95%:38,89-49,41) con $p=0,09$
- Vacunación neumococo 19,82%(IC95%:15,92-24,40) con $p=0,86$

CONCLUSIONES:

Los datos expuestos pertenecen a HPL registrados en IANUS, por lo que no podemos conocer los valores reales en la población, por el carácter retrospectivo del estudio.

Las actividades preventivas más frecuentes encontradas fueron dieta y vacunación antigripal, pero en todos los casos en menos de la mitad de los pacientes.

PROYECTO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN GRUPAL EN OBESIDAD EN PACIENTES CON OTROS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Pardo Planas I.; Felpete López P.; Quintela Martínez J.; Gómara Villabona S. M.; Durán Rodríguez C.; Regueiro Martínez A.

C. S. Vilanova de Arousa

INTRODUCCIÓN:

La obesidad es un factor de riesgo cardiovascular independiente que se suele asociar a otros como la hipertensión arterial (HTA) y la Diabetes Mellitus (DM).

La reducción de peso ayuda al control de los otros factores disminuyendo el riesgo cardiovascular global.

OBJETIVOS:

Implantar un programa de educación sanitaria grupal basado en el cambio de los hábitos alimentarios y la actividad física en pacientes del Centro de Salud de Vilanova de Arousa.

Analizar la variación en el peso corporal al finalizar el programa.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio comunitario de intervención prospectivo y aleatorizado.

Criterios de inclusión: pacientes obesos (IMC mayor o igual a 27) con HTA y/o DM tipo 2 asociada que hayan acudido en los últimos 6 meses a consultas de enfermería y en los que haya fracasado la intervención individual (no consecución de pérdida de peso). Mayores de 17 años con capacidad legal para prestar consentimiento que acepten participar en el estudio, que acudan al Centro de Salud de Vilanova hasta completar el tamaño muestral estimado.

Criterios de exclusión: pacientes con limitación o contraindicación de realizar ejercicio físico, mujeres embarazadas y enfermedad psiquiátrica grave.

Se obtendrán medidas de parámetros antropométricos (peso, talla, IMC y perímetro abdominal) antes de la intervención, semanalmente durante la misma y al mes de la finalización. Se realizará el cuestionario SF-12 (calidad de vida, un cuestionario de motivación y la medición de actividad física mediante IPAQ al principio y al final de la intervención.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES:

El estudio no supone ningún perjuicio para el paciente. Dado que no recoge datos de medicamentos, no sería necesaria la clasificación por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS).

El protocolo será presentado para aprobación ante el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia y la Gestión Integrada Pontevedra-Salnés. El consentimiento informado se planteará en gallego y castellano según las preferencias del paciente, que además podrá retirarse del estudio en cualquier momento de la realización del mismo.

LIMITACIONES EL ESTUDIO:

La intervención se ofrecerá a una muestra aleatoria, pero cabe esperar que sólo aquellos individuos con una motivación más alta acepten participar, lo que puede limitar la validez externa del proyecto.

El estudio no cuenta con financiación previa