

II PREMIOS DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Los días 9 y 10 de mayo de 2014 se fallaron en Ciudad Real los “II Premios de Investigación en Atención Primaria de la Revista Clínica de Medicina de Familia”. Estos que reproducimos a continuación son los resúmenes de los trabajos seleccionados y presentados en dichas jornadas.

PRIMER PREMIO

Relación entre la actividad física vigorosa y la composición corporal y la condición física en escolares de 9 y 10 años

Natalia María Arias Palencia, Jorge Cañete García-Prieto, Sergio Jiménez Suárez, Julián Gil Martínez, Javier Álvarez Álvarez, Diana Pozuelo Carrascosa.

*Centro de Estudios
Sociosanitarios.
Universidad de
Castilla-La Mancha*

Correo electrónico:
Natalia.Arias@uclm.es

Objetivo

Analizar la relación entre minutos diarios de actividad física vigorosa (MDA-FV), medida de forma objetiva, y la composición corporal y la condición física en escolares de 9 y 10 años.

Diseño

Estudio observacional transversal.

Emplazamiento

Comunitario.

Participantes

Una submuestra de 119 escolares (97 niñas) de 4º y 5º curso de Educación Primaria, seleccionados aleatoriamente de un ensayo de campo randomizado por clusters para probar la efectividad de una intervención de actividad física en la prevención de la obesidad infantil.

Mediciones principales

- Actividad física: Los escolares llevaron un acelerómetro durante siete días consecutivos.
- Composición corporal:
 - Porcentaje de grasa por bioimpedancia
 - Pliegue cutáneo tricipital
 - Perímetro de cintura
 - Índice de masa corporal
 - Índice masa grasa
 - Índice masa libre de grasa
- Condición física relacionada con la salud:
 - Capacidad cardiorrespiratoria
 - Fuerza muscular

- Flexibilidad
- Velocidad/agilidad

Los MDAFV se categorizaron mediante percentiles por edad y sexo: P<25 = Baja (menos de 4,4 MDAFV), P25-75 = Media (4,4-14,5 MDAFV) y P>75 = Alta (más de 14,5 MDAFV).

Mediante análisis ANCOVA se contrastaron las diferencias en las medias de los componentes de la composición corporal y de la condición física entre categorías de MDAFV por sexo, y controlando por la edad.

Resultados

En general, los escolares que realizaron más de 14,5 MDAFV obtuvieron valores más bajos de adiposidad y un nivel de condición física más alto que los escolares que realizaban 4,5 MDAFV (tablas 1 y 2).

Conclusiones

Más de 14,5 minutos diarios de actividad física vigorosa se relacionan con indicadores de obesidad más bajos y una mejor condición física relacionada con la salud en los escolares de 9 y 10 años, lo que supone una prescripción económica, sencilla y divertida para la mejora de la salud en estas edades.

Variable	Sexo	Actividad física vigorosa (minutos diarios)			Significación estadística (p)	Corrección de Bonferroni *		
		Baja (<4,42) n=43	Media (4,42-14,46) n=91	Alta (>14,46) n=45		Baja-Media	Baja-Alta	Media-Alta
Porcentaje medio de grasa (DE)	Niños	28,5 (6,8)	24,2 (8,0)	19,1 (5,5)	0,001	0,163	0,001	0,016
	Niñas	25,4 (5,4)	25,4 (5,4)	26,2 (7,5)	0,016	0,014	0,195	1,000
	Signif. Estad. (p)	0,365	0,365	0,001				
Pliegue cutáneo tricipital medio [cm] (DE)	Niños	17,4 (5,7)	13,7 (6,0)	9,6 (3,1)	<0,01	0,078	0,001	0,006
	Niñas	17,6 (5,6)	14,6 (5,6)	13,7 (5,6)	0,031	0,069	0,063	1,000
	Signif. Estad. (p)	0,898	0,505	0,002				
Perímetro de cintura medio [cm] (DE)	Niños	72,7 (9,2)	68,9 (11,4)	63,7 (9,1)	0,026	0,687	0,031	0,138
	Niñas	71,1 (7,7)	66,2 (8,5)	66,5 (9,3)	0,043	0,047	0,209	1,000
	Signif. Estad. (p)	0,365	0,143	0,434				
Índice de masa corporal medio [Kg./m ²] (DE)	Niños	21,0 (3,9)	19,3 (4,3)	17,1 (3,4)	0,010	0,508	0,011	0,076
	Niñas	19,9 (3,1)	18,1 (3,3)	18,2 (3,9)	0,052	0,058	0,233	1,000
	Signif. Estad. (p)	0,211	0,097	0,373				
Índice de masa grasa medio (DE)	Niños	6,2 (2,4)	5,0 (2,9)	3,5 (2,0)	0,005	0,407	0,006	0,570
	Niñas	6,0 (2,0)	4,7 (1,8)	5,0 (2,8)	0,042	0,039	0,340	1,000
	Signif. Estad. (p)	0,609	0,602	0,044				
Índice de masa libre de grasa medio (DE)	Niños	14,8 (1,7)	14,3 (1,7)	13,6 (1,6)	0,061	0,952	0,077	0,234
	Niñas	13,9 (1,3)	13,3 (1,5)	13,2 (1,3)	0,108	0,195	0,206	1,000
	Signif. Estad. (p)	0,032	0,002	0,281				

Tabla 1. Diferencia en la media de los indicadores de la composición corporal entre categorías de minutos diarios de actividad física vigorosa controlado por edad, por sexo. DE: Desviación estándar. *El valor p de los contraste de hipótesis post-hoc se determinó mediante la corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples (p<0,05).

Variable	Sexo	Actividad física vigorosa (minutos diarios)			Significación estadística (p)	Corrección de Bonferroni *		
		Baja (<4,42) n=43	Media (4,42-14,46) n=91	Alta (>14,46) n=45		Baja-Media	Baja-Alta	Media-Alta
Resistencia	Niños	2,5 (1,7)	3,7 (1,7)	5,5 (1,7)	0,001	0,075	0,001	0,001
	Niñas	2,5 (1,2)	3,2 (1,3)	3,5 (1,7)	0,022	0,101	0,027	0,889
	Signif. Estad. (p)	0,964	0,068	0,001				
Velocidad	Niños	15,0 (1,6)	13,8 (1,3)	12,0 (1,2)	<0,01	0,013	0,001	0,071
	Niñas	14,7 (1,4)	14,4 (1,1)	13,9 (1,4)	0,112	0,638	0,114	0,674
	Signif. Estad. (p)	0,715	0,010	0,009				
Flexibilidad	Niños	23,4 (4,8)	23,8 (5,1)	24,5 (5,4)	0,739	1,000	1,000	1,000
	Niñas	23,9 (4,2)	25,0 (5,6)	27,6 (6,5)	0,790	1,000	0,080	0,237
	Signif. Estad. (p)	0,665	0,316	0,104				
Salto horizontal	Niños	103,5 (18,7)	118,2 (18,2)	133,1 (16,8)	0,001	0,021	0,001	0,002
	Niñas	107,2 (10,4)	113,8 (20,6)	112,1 (31,5)	0,413	0,560	1,000	1,000
	Signif. Estad. (p)	0,645	0,156	0,013				
Dinamometría	Niños	13,1 (3,8)	14,7 (3,2)	14,6 (3,0)	0,225	0,272	0,451	1,000
	Niñas	14,2 (2,7)	13,6 (3,1)	13,8 (3,7)	0,658	1,000	1,000	1,000
	Signif. Estad. (p)	0,388	0,019	0,250				

Tabla 2. Diferencia en la media de los componentes de la condición física entre categorías de minutos diarios de actividad física vigorosa controlando por edad, por sexo.

*El valor p de los contraste de hipótesis post-hoc se determinó mediante la corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples (p<0,05).

PRIMER ACCESIT

Polimedicación en personas mayores: factores asociados y contribución de los psicofármacos

Juan M. Téllez Lapeira, Rafaelina de los Milagros Díaz Contrera, Marta Ballesteros Merino, Marta Martínez Ruiz, Miriam Martínez Ramírez, Jesús López-Torres Hidalgo.

Centro de Salud Zona V-B de
Albacete

Correo electrónico:
juanmtellez@gmail.com

Objetivo

Estimar la prevalencia de polimedicación en mayores de 65 años no institucionalizados e identificar posibles factores condicionantes y la contribución de los psicofármacos a la misma.

Diseño del estudio

Estudio transversal.

Emplazamiento

Ciudad de Albacete, población de 165.000 habitantes (14 % mayores de 65 años).

Participantes

La población de estudio fue de 1.161 sujetos mayores de 64 años, residentes en la comunidad y con suficiente capacidad física y mental para realizar una entrevista personal. Selección mediante muestreo aleatorio simple del listado de Tarjeta Sanitaria.

Mediciones principales

Las principales variables evaluadas incluyeron: consumo referido de fármacos (según clasificación ATC), polimedicación (uso concomitante de 5 o más drogas), estado anímico (GDS-VE), estado cognitivo (cuestionario Pfeiffer), valoración física-funcional sobre actividades básicas de la vida diaria (índice de Katz), problemas de salud (clasificación CIAP-2 de la WONCA) y variables sociodemográficas. Se realizó análisis multivariante para determinar posibles factores asociados a la polimedicación.

Resultados

La prevalencia de uso referido de polimedicación fue del 31,2 % (362 casos) [IC95 %: 28,5-33,9]. En el análisis multivariante, la polimedicación se asoció independientemente con presentar 4 o más problemas de salud (OR: 7,9 [IC95 % 5,5-11,1]), presentar síntomas depresivos/depresión establecida (OR: 2,5 [IC95 % 1,3-3,5]), tener ≥ 75 años (OR: 1,8 [IC95 % 1,3-2,4]), ser analfabeto/saber leer y escribir (OR: 1,4 [IC95 % 1,0-1,9]) y ser mujer (OR: 1,3 [IC95 % 1,0-1,7]). Los psicofármacos representan el 8,6 % (IC95 % 7,5-9,7) del total de fármacos en los polimedicados. La proporción de consumidores de psicofármacos es significativamente superior a la obtenida en personas no polimedicadas (41,2 % versus 11,1 %; $p < 0,001$).

Conclusiones

La prevalencia de uso de polimedicación es elevada en mayores no institucionalizados de nuestro entorno. Diversos factores, como la comorbilidad,

estado anímico y variables sociodemográficas, han sido identificados como potenciales condicionantes. La contribución de los psicofármacos a la

polifarmacia es en nuestro estudio moderada, pero significativa si consideramos los efectos adversos de estos fármacos especialmente en los mayores.

SEGUNDO ACCESIT

Prevalencia de enfermedad renal oculta en la población general de la ciudad de Toledo - Estudio RICARTO-ERO

Francisco Javier Alonso Moreno, Gustavo C. Rodríguez Roca, Javier Carrasco Flores, Cristina García-Tenorio del Prado, Mirian Motilla Fraile, Alejandro Villarín Castro.

Unidad Docente
Multiprofesional de
Atención Familiar y
Comunitaria de Toledo

Correo electrónico:
avillari@sescam.jccm.es

Este estudio ha sido financiado por el Gobierno de Castilla-La Mancha mediante la convocatoria de ayudas de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha a la investigación de Biomedicina y Ciencias de la Salud, nº de expediente PI- 2010/043.

Objetivos

Conocer la prevalencia de enfermedad renal oculta (ERO) crónica en una muestra de población general de la ciudad de Toledo.

Diseño

Estudio epidemiológico transversal.

Emplazamiento

Centros de Salud de la ciudad de Toledo.

Participantes

Población general ≥ 18 años, aleatorizada por edad y sexo según tarjeta sanitaria.

Variables e intervenciones

Se consideró enfermedad renal crónica (ERC) si la creatinina sérica era $\geq 1,3$ en varones y $\geq 1,2$ mg/dl en mujeres con ausencia de enfermedad renal documentada, y cuando la tasa de filtrado glomerular (TFG) era inferior a 60 ml/min/1,73m² por las fórmulas de MDRD abreviada y CKD-EPI. Se clasificó la ERC en grado 1 (TFG ≥ 90), grado 2 (TFG 60-89), grado 3 (TFG 30-59), grado 4 (TFG 15-29) y grado 5 (TFG < 15 ml/min/1,73m²) por la fórmula CKD-EPI. Se realizó estadística descriptiva.

Resultados

Se incluyeron 539 sujetos (edad media $47,2 \pm 15,6$ años; 55,7 % mujeres). Los valores promedio de TFG estimado fueron $92,0 \pm 17,4$, y $94,04 \pm 16,7$, según los distintos métodos (MDRD abreviado, CKD-EPI, respectivamente); $p < 0,008$.

La prevalencia de ERO fue del 1,9 % (IC95 % 0,8-3,1) por MDRD abreviado y 2,1 % (IC95 % 0,9-3,3) por CKDEPI. Según la clasificación de ERC con la fórmula CKD-EPI un 37,4 % de la muestra presentaba grado 2 y un 2,1 %, grado 3.

Conclusiones

Aproximadamente dos de cada cien personas, sin antecedentes de enfermedad renal y con cifras de creatinina sérica normal, presentan ERO crónica.

OTROS TRABAJOS

Hábitos alimentarios en la población general de la ciudad de Toledo - Estudio RICARTO

Teresa Méndez García, Mirian Motilla Fraile, Francisco Javier Alonso Moreno, Gustavo C. Rodríguez Roca, Javier Carrasco Flores, Alejandro Villarín Castro.

Unidad Docente
Multiprofesional de Atención
Familiar y Comunitaria de
Toledo

Correo electrónico:
avillari@sescam.jccm.es

Este estudio ha sido financiado por el Gobierno de Castilla-La Mancha mediante la convocatoria de ayudas de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha a la investigación de Biomedicina y Ciencias de la Salud, nº de expediente PI- 2010/043.

Objetivo

Determinar los hábitos alimentarios en una muestra de población general de la ciudad de Toledo.

Diseño del estudio

Estudio epidemiológico transversal.

Emplazamiento

Centros de Salud de la ciudad de Toledo.

Participantes

Población general ≥ 18 años aleatorizada según tarjeta sanitaria.

Mediciones principales

Variables analizadas: edad, sexo, componentes principales de la dieta mediterránea (cereales no refinados, frutas, verduras, patatas, legumbres, aceite de oliva, pescado, carne roja, aves de corral, productos lácteos enteros y alcohol).

Mediante encuesta dietética para patrón de dieta mediterránea se establecieron las puntuaciones 0, 1, 2, 3, 4 y 5 (no consume, consumo raro, frecuente, muy frecuente, semanal y diario), respectivamente. Para el consumo de alimentos lejos de este patrón se asignaron puntuaciones en escala inversa (bebidas alcohólicas, carnes rojas, aves y productos lácteos enteros). Se calculó una puntuación total de 0-55 puntos.

Se realizó estadística descriptiva.

Resultados

Participaron 539 personas, edad media $47,2 \pm 15,6$ años (55,7 % mujeres). Destacaba el alto consumo de productos lácteos enteros (88,5 %) y el uso a diario de aceite de oliva para cocinar (96,3 %). Frutas y vegetales tienen también un importante consumo (73,2 % y 44,6 % respectivamente). Los menores consumos (tabla) son los de legumbres, cereales no refinados, patatas, carnes y pescado. El valor promedio global de la encuesta dietética fue de $31,6 \pm 3,9$, con diferencias por sexo ($31,06 \pm 4,07$ vs $32,08 \pm 3,66$, respectivamente para hombres y mujeres; $p=0,002$). Se observaron diferencias significativas entre fumadores y no fumadores ($30,5 \pm 4,1$ vs $32,0 \pm 3,8$; $p=0,001$).

Conclusiones

La población general de Toledo obtiene un valor promedio en la encuesta superior a 30 puntos. Destaca un alto consumo de productos lácteos enteros y de aceite de oliva para cocinar. El valor promedio de la encuesta resultó inferior en hombres y personas con hábito de fumar.

Alimento	Frecuencia de consumo (porciones/mes)					
	Nunca	1-4	5-8	9-12	13-18	>18
Cereales no refinados (pan integral, pasta, arroz,...)	0,9	39,2	39,0	10,4	2,4	8,0
Patatas	2,8	37,5	29,7	18,6	7,1	4,3
Frutas	4,5	6,1	4,3	6,3	5,6	73,2
Vegetales	1,3	10,0	13,0	16,9	14,1	44,6
Legumbres	1,7	40,0	39,8	15,8	1,7	1,1
Pescado	2,4	27,0	37,5	24,2	5,6	3,3
Carne roja y derivados	5,6	42,9	25,8	14,3	7,2	4,1
Aves	1,3	21,9	31,2	29,7	12,5	3,3
Productos lácteos enteros (queso, yogurt y leche)	1,9	1,9	2,4	2,6	2,8	88,5
Uso de aceite de oliva para cocinar (veces/semana)	Nunca	Raro	<1	1-2	3-5	Diario
	0,7	0	0,7	0,9	1,3	96,3
Bebidas alcohólicas (mL/día; 100 mL = 12 gr. etanol)	< 300	300	400	500	600	> 700
	94,6	1,3	1,7	0,6	0,7	1,1

Encuesta dietética (Mediterranean Diet Score) *.

* Valor entre 0-55. Modificado de: Panagiotakos DB, Pitsavos C, Stefanadis C. Dietary patterns: a Mediterranean diet score and its relation to clinical and biological markers of cardiovascular disease risk. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2006; 16:559-68.

Factores de riesgo cardiovascular en la población general de la ciudad de Toledo - Estudio RICARTO

Gustavo C. Rodríguez Roca, Francisco Javier Alonso Moreno, Teresa Méndez García, Lara Luna del Pozo, Javier Carrasco Flores, Alejandro Villarín Castro.

Centros de Salud de La Puebla de Montalbán (Toledo) y "Sillería" de Toledo. Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

Correo electrónico: avillari@sescam.jccm.es

Este estudio ha sido financiado por el Gobierno de Castilla-La Mancha mediante la convocatoria de ayudas de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha a la investigación de Biomedicina y Ciencias de la Salud, nº de expediente PI- 2010/043.

Objetivo

Estudiar los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en una muestra de población general de la ciudad de Toledo.

Diseño del estudio

Estudio epidemiológico transversal.

Emplazamiento

Centros de Salud de la ciudad de Toledo.

Participantes

Población general ≥ 18 años aleatorizada según tarjeta sanitaria.

Mediciones principales

Edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), colesterol total (CT), triglicéridos (TG) y glucemia, antecedentes de hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia, obesidad, diabetes, sedentarismo y tabaquismo. Se analizó el número de FRCV presentes en la muestra. Se realizó estadística descriptiva.

Resultados

Se estudiaron 539 sujetos (edad media $47,2 \pm 15,6$ años, 55,7 % mujeres). PAS $121,7 \pm 17,7$ mmHg, PAD $70,9 \pm 11,4$ mmHg, IMC $27,4 \pm 5,0$ Kg/m², CT $197,7 \pm 38,2$; TG $104,6 \pm 61,7$ y glucemia $86,9 \pm 17,0$ mg/dl.

El 19,0 % (IC95 % 16,2-23,8) presentaba HTA, el 23,7 % (IC95 % 20,1-27,3) hipercolesterolemia, el 19,5 % (IC95 % 16,2-22,8) obesidad, el 6,5 % (IC95 % 4,4-8,6) diabetes, el 42,0 % (IC95 % 37,8-46,2) sedentarismo y el 25,2 % (IC95 % 21,5-28,9) tabaquismo.

Antigüedad de FRCV: HTA $7,9 \pm 7,8$, hipercolesterolemia $8,2 \pm 8,0$, hipertrigliceridemia $8,1 \pm 6,7$, obesidad $18,6 \pm 12,6$, diabetes $7,9 \pm 8,1$ y tabaquismo $23,4 \pm 13,3$ años.

Un 0,2 % presentaba seis FRCV, 0,7 % cinco, 6,1 % cuatro, 9,1 % tres, 21,2 % dos, 36,5 % uno y 26,2 % ningún FRCV.

Mayor porcentaje de FRCV en ≥ 65 años, seguido de 45 a 64 años y menor en 18 a 44 años ($p < 0,0001$). 88,7 % de ≥ 65 años tenían algún FRCV (media $2,1 \pm 1,3$) frente a 71,3 % (media $1,2 \pm 1,1$) de < 65 años ($p < 0,0001$). No se encontraron diferencias entre el número de FRCV y el sexo.

Conclusiones

Cinco de cada diez personas de la población general de Toledo presentan al menos uno o dos FRCV. Sedentarismo, tabaquismo e hipercolesterolemia son los más prevalentes.

Evaluación y Comunicación del Dolor en las Personas con Discapacidad Intelectual

Rubén J. Bernal-Celestino, Jacinto Ruiz García, Silvia Muñoz Romera, David León Hurtado, José Fernández Cobos, Esther Velasco Grande.

Complejo residencial para personas con discapacidad intelectual "Gadiana".
Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real

Correo electrónico:
rjbernal@sescam.jccm.es

Objetivo

Las personas con Discapacidad Intelectual (DI) padecen de forma más frecuente multitud de problemas de salud que pueden causar dolor y malestar. Algunas enfermedades como la otitis, caries, espasticidad muscular, deformidad de huesos, contracturas, lesiones relacionadas con las caídas, estreñimiento o el reflujo gastroesofágico pueden ser diez veces más frecuentes que en la población general.

El objetivo del estudio fue determinar los métodos de evaluación y características especiales en la presentación del dolor en esta población.

Diseño

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía reciente. Se buscó en bases de datos biomédicas como PubMed, La biblioteca Cochrane Plus, Ebsco, Índice Médico Español y Bireme. Como términos controlados de búsqueda se utilizaron "Intellectual Disability", "Mental Retardation", "Pain", "Pain management", "Pain measurement". El periodo de búsqueda se limitó a los últimos 10 años. Se incluyeron artículos cuyo tema principal era la evaluación y los problemas derivados del dolor en esta población. La revisión de los artículos se llevó a cabo por tres revisores.

Resultados

Se revisaron un total de 50 artículos, siendo incluidos en la revisión 20. Estudios recientes indican que la prevalencia del dolor crónico afecta a alrededor del 15 % de las personas con discapacidad intelectual. Las escalas basadas en la observación conductual estructurada como *Non-Communicating Adult's Pain Checklist* (NCAPC) para adultos, ofrecen una alternativa fiable y válida a informaciones de familiares y cuidadores. Numerosos estudios relacionan la presencia de alteraciones conductuales, como la autoagresividad, con el dolor. No existe evidencia de que las personas con DI tengan aumentado el umbral del dolor o sean insensibles a este.

Conclusiones

Los profesionales de la salud deben priorizar el manejo del dolor en esta población. Esta situación se hace más relevante cuando se trata de personas con discapacidades severas y con barreras para obtener ayuda y alivio.

Resultados parciales de un estudio de educación sexual en adolescentes

Alejandro Martínez Álvarez, Antonio Batista Lebrero, Juan Sanz Cortés, M.^a Victoria Sánchez Avilés

Centro de Salud Puertollano
I y Hospital Santa Bárbara de
Puertollano (Ciudad Real)

Correo electrónico:
talphin@hotmail.com

Objetivo

La adolescencia es una etapa de transición de la niñez a la edad adulta. Esta etapa viene marcada por una serie de cambios físicos y psicológicos de gran magnitud en un corto período de tiempo. El objetivo principal de nuestro estudio fue valorar la utilidad de un programa educativo.

Diseño

Estudio observacional descriptivo tras intervención educativa. Se trata de la primera fase de un estudio continuado durante tres años.

Emplazamiento y participantes

Nuestra población diana es el curso 3º de ESO de un IES de Puertollano (Ciudad Real).

Variables e intervenciones

Nos basamos en un programa de educación sexual contrastado, impartimos tres intervenciones de 55 minutos. Se pasó a los alumnos un cuestionario, antes de las intervenciones y después de las mismas.

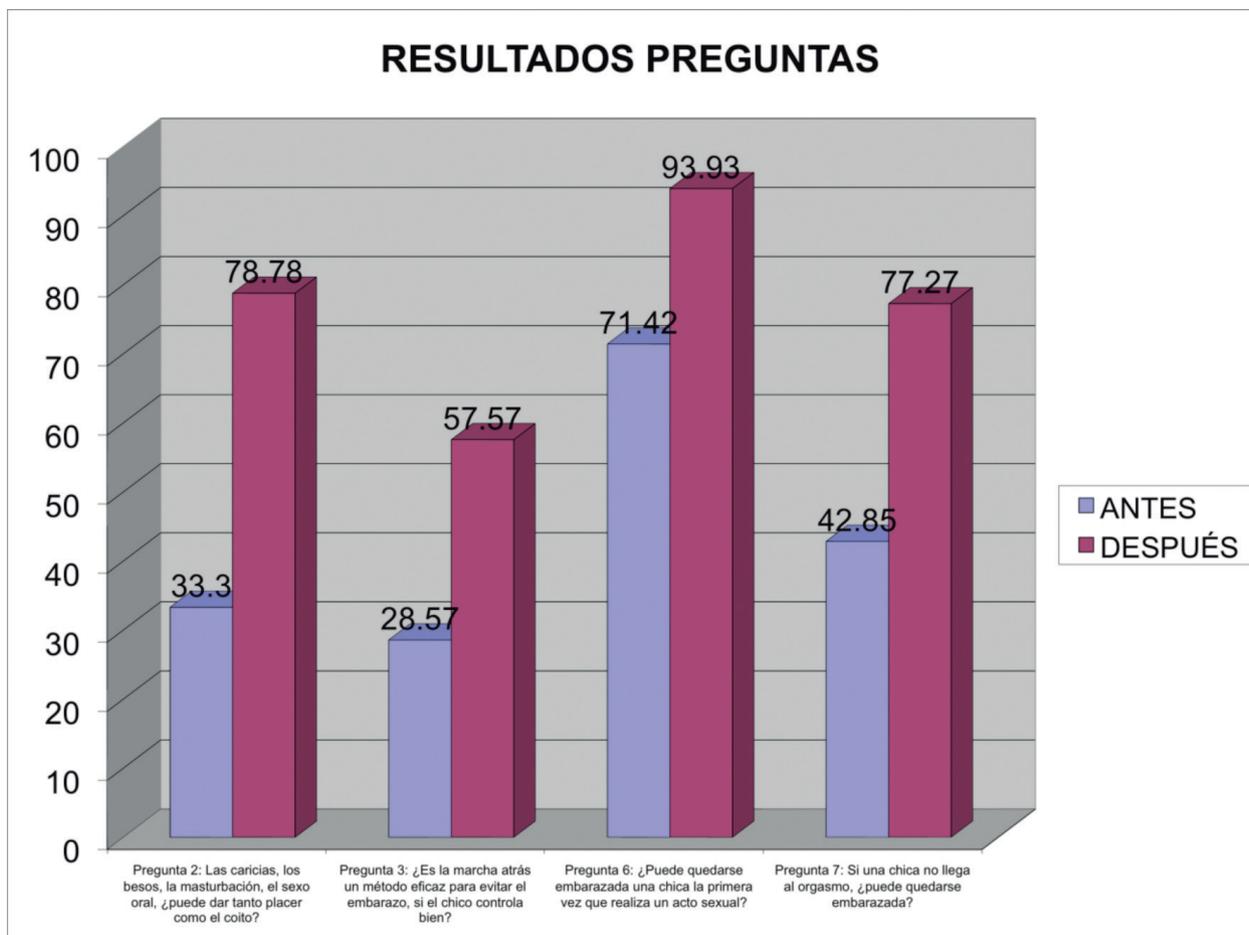
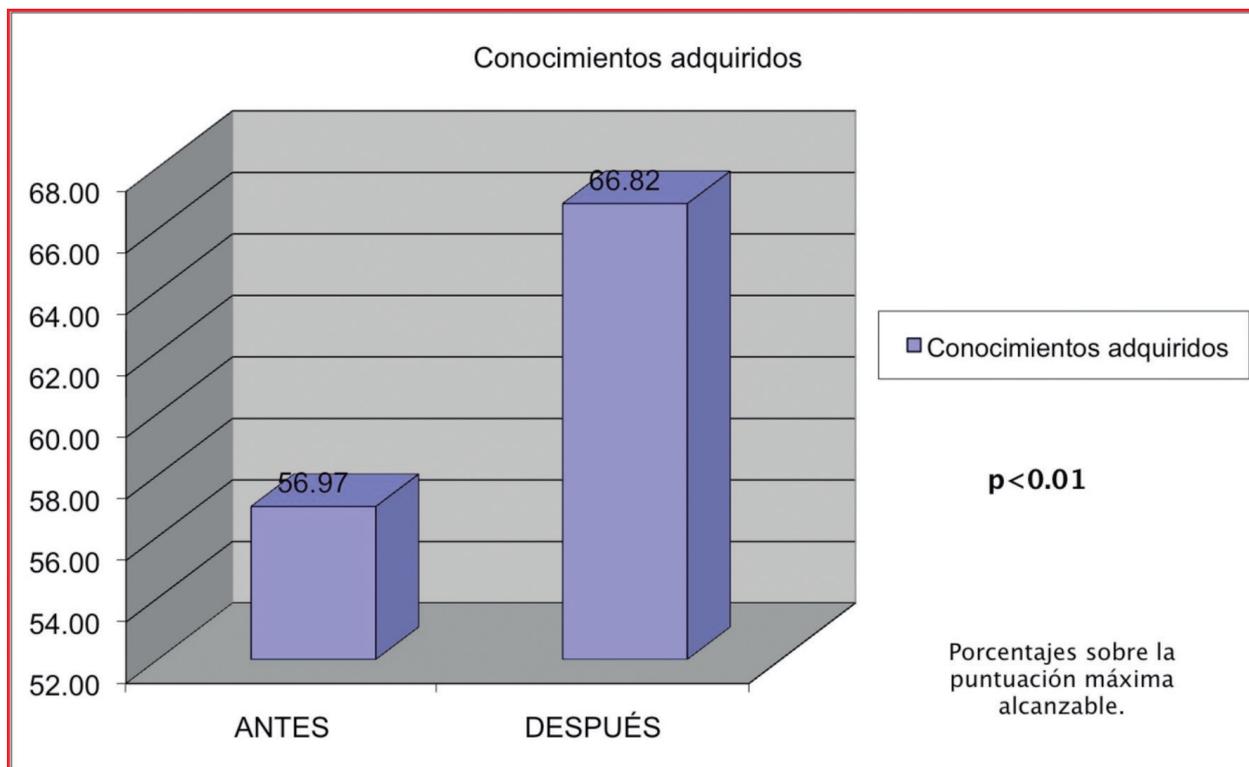
Resultados

En el estudio participaron un total de 62 alumnos con una media de edad de 14,37 con edades comprendidas entre 13 y 17 años.

Se asignó una puntuación a cada una de las 39 respuestas del cuestionario, considerando un punto por cada ítem bien respondido y cero por cada respuesta incorrecta. En los resultados obtenidos ANTES de la intervención, los alumnos obtuvieron un 56,97 % de aciertos, mientras que en los resultados obtenidos DESPUÉS un 66,82 % de la puntuación máxima, obteniéndose una mejoría de resultados del 9,85 %, siendo esta estadísticamente significativa.

Conclusiones

Un programa de educación sexual en adolescentes es efectivo. El grupo mostró una participación activa en las intervenciones, haciendo un total de 110 preguntas que fueron contestadas en la última intervención. El aumento de conocimientos en materia de sexualidad puede promover actitudes saludables en la vida futura de los adolescentes, que debe estar próxima a comenzar. En los casos en los que ya ha comenzado, todavía pueden cambiarse actitudes de riesgo y se puede ayudar a promover la sexualidad como una vía fundamental de comunicación afectiva.



Detección de enfermedad arterial periférica asintomática en pacientes con alto riesgo de sufrirla

David G. de Diego Sierra, Sonia Fernández García, M.^a Isabel Fernández Cañaveras, Clemente Izquierdo del Reino, Alberto Jurado Toro, Francisco J. Bustos Zamora.

CS Manzanares I (Ciudad Real)

Correo electrónico:
daviddiegosierra@gmail.com

Objetivo

Detección de enfermedad arterial periférica (EAP) asintomática en pacientes con alto riesgo de sufrirla.

Diseño

Estudio prospectivo observacional. Selección de pacientes mediante muestreo no probabilístico consecutivo durante el periodo de junio de 2012 a junio de 2013.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Participantes

Pacientes sin EAP conocida con: edad >70 años, 50-69 años fumador o diabético, 40-49 años diabético y al menos otro factor de riesgo de arteriosclerosis, pacientes con síntomas compatibles, pacientes con pulsos anormales en extremidades inferiores y pacientes con enfermedad arteriosclerosa en otros territorios.

Mediciones principales

Se determinó el índice tobillo/brazo (ITB) mediante tensiómetro digital de cuatro manguitos con función ITB (WatchBP office).

Resultados

Se incluyeron 223 pacientes: 124 hombres (55,6 %) y 99 mujeres (44,4 %). La edad media fue de $68,6 \pm 10,59$ años. El criterio de inclusión más frecuente fue "paciente de 50 a 69 años fumador o diabético" (n = 105).

El 93,7 % (n = 209) no presentaban claudicación intermitente (Cuestionario de Edimburgo). Todos los pulsos eran palpables en el 87,9 % (n = 196). El 93,7 % (n = 209) presentaban un grado I en la Clasificación de Leriche-Fontaine. Se detectó un ITB patológico en el 42,6 % de los pacientes (n = 95), y en 24 pacientes (10,8 %) el ITB era <0,90. Los pacientes con ITB patológico fueron, de promedio, 5,95 años mayores que los que lo tenían normal. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de los distintos factores de riesgo cardiovascular, incluida la diabetes mellitus, y la prevalencia de EAP (ITB <0,90).

Conclusiones

La prevalencia de un ITB bajo o patológico es elevada en población asintomática con alto riesgo de padecer EAP. Tanto la anamnesis como la exploración física tienen un valor limitado para el diagnóstico de la enfermedad. El ITB es un método de alto rendimiento diagnóstico, fácil de realizar y con una elevada sensibilidad, que nos permite diagnosticar de manera precoz la existencia de EAP oculta y mejorar la estratificación del riesgo vascular de esta población.

Deshabitación tabáquica y recaídas con bupropion

Patricia Denche Gil, Laura Luque Menacho, Jesús Pardo Álvarez, Miguel Pedregal González, Antonio Ortega Carpio.

UGC El Torrejón (Huelva)

Correo electrónico:
pdenche@hotmail.com

Objetivos

Determinar la incidencia de deshabituación tabáquica en pacientes tratados con bupropion, así como incidencia de recaídas y motivos más frecuentes.

Diseño

Cohorte histórica.

Emplazamiento

UGC Urbana.

Población del estudio

Ciento cuatro pacientes en tratamiento con bupropion para la deshabituación tabáquica.

Mediciones principales

Edad, sexo, tiempo del tratamiento con bupropion, consumo de tabaco, recaídas, motivo de recaída, bupropion combinado con terapia conductual. Los datos se recogieron de la historia clínica y mediante encuesta telefónica. En la descripción de las variables cuantitativas se calcularon media y desviación típica. Para las cualitativas, porcentaje. En el estudio inferencial se calcularon los intervalos de confianza del 95 %. Para comparar medias se utilizó el test de t de Student para muestras independientes. En el caso de que las varianzas no fueran iguales, test de Welch. Para comparar variables cualitativas se usó el test de Ji Cuadrado. Se verificarán las condiciones de aplicación. Se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística binaria tomando como variable dependiente la cesación del hábito tabáquico.

Resultados

El 51 % fueron hombres, la edad media de 47,94 años (IC95 % 45,4-50,4). La duración media del tratamiento con bupropion fue 56,97 días (IC95 % 44,2-69,7).

La incidencia de deshabituación tabáquica fue del 28,85 % (IC95 % 20,76-38,1).

La incidencia de recaídas fue del 69,23 % (IC95 % 59,9-77,53). Los motivos de recaída fueron: síndrome de abstinencia (52,8 %), ansiedad (33,3 %), exceso de confianza (4,2 %), social (4,2 %), laboral (2,8 %), familiar (1,4 %), depresión (1,4 %).

Las variables que tenían influencia sobre la deshabituación tabáquica fueron la edad ($p = 0,03$), la duración del tratamiento con bupropion ($p = 0,041$) y su asociación con terapia conductual ($p = 0,05$).

Conclusiones

La incidencia de deshabituación tabáquica es casi de un 30 %, y de recaídas un 70 %. El motivo de recaída predominante es el síndrome de abstinencia. Las variables que influyen en la abstinencia son la edad, la duración del tratamiento con bupropion y el bupropion asociado con terapia conductual.

Rebote adiposo en escolares de Cuenca y Ciudad Real - Resultados preliminares

Alberto González García, Lidia Lucas de la Cruz, Jorge Cañete García-Prieto, Natalia María Arias Palencia, Diana Pozuelo Carrascosa, Celia Álvarez Bueno.

Centro de Estudios
Sociosanitarios.
Universidad de
Castilla-La Mancha.
Correo electrónico:
Alberto.Gonzalez@uclm.es

Objetivo

Una estrategia para predecir la obesidad del adulto es identificar el tiempo en el que se produce el rebote adiposo (RA), ya que se ha constatado que cuanto antes se produzca, mayor es el riesgo de obesidad y de diabetes tipo 2 en la adultez. El objetivo es determinar la edad a la que ocurre el rebote adiposo en escolares de C-LM mediante dos indicadores de adiposidad: el IMC y el índice de grasa corporal (IGC) (grasa/estatura²).

Diseño

Estudio transversal, aprobado por el CEIC de Ciudad Real.

Emplazamiento

Colegios de las provincias de Ciudad Real y Cuenca.

Participantes

Escolares de 3º de infantil y 1º de primaria (5-6 años) en 2013.

Mediciones principales

Edad, estatura, peso, IMC, IGC e índice de masa grasa libre (IMLG). Las curvas de percentiles específicas por edad de IMC, IGC e IMLG fueron suavizadas mediante el método LMS.

Resultados

De los 2.407 invitados a participar aceptaron 1.588 (Tasa respuesta del 66 %). La edad mediana a la que se produce el RA se sitúa en los 58 meses, con un IMC de 15,32 (DE 1,82) y en el IGC a los 59 meses, con un IGC medio de 3,36 (DE 1,44). En los niños hubo diferencias en los rebotes del IMC e IMLG con respecto al del IGC en los percentiles inferiores al P50. Sin embargo, en los percentiles superiores el rebote del IMC, IGC e IMLG se produjo en edades similares.

Conclusiones

El rebote del IMC y del IGC se produce con anterioridad en los escolares obesos que en el resto. Al contrario de lo afirmado por otros autores, el rebote del IMC no precedió al rebote del IGC en todos los percentiles. Monitorizar la edad del rebote adiposo puede ser útil como medida de efectividad en programas de prevención de obesidad en edades precoces, y predecir la frecuencia de obesidad en años venideros.

Utilización de benzodiazepinas en un Centro de Atención Primaria

Jeny Rodríguez Coronado, F.C. Briones Monteagudo, J. Rodríguez Toboso, C. Crespo Cotillas, E. Mejía Camarena, J.A. Calero Serrano.

Centro de Salud Zona 8 de
Albacete

Correo electrónico:
Jeny682@hotmail.com

Objetivo

Describir las características del uso de benzodiazepinas en un Centro de Salud.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Cuatro consultas de un Centro de Salud urbano docente.

Participantes

Se seleccionó una muestra aleatoria 366 pacientes de entre los 784 mayores de 18 años que tomaron benzodiazepinas del grupo farmacológico N05BA (benzodiazepinas ansiolíticas) y/o lormetazepam (grupo farmacológico N05CD: hipnóticos y sedantes derivados de las benzodiazepinas) en el periodo enero-septiembre 2013.

Mediciones principales

Las variables fueron: edad, sexo, benzodiazepina, nº de benzodiazepinas, especialidad del facultativo que hizo la primera prescripción, diagnóstico inicial según CIE-9 y utilización simultánea de antidepresivos. Se realizó un análisis descriptivo y bivalente.

Resultados

La prevalencia de pacientes tratados con benzodiazepinas fue del 12,5 %. El estudio se realizó en 366 pacientes; 69,9 % mujeres; 36,3 % mayores de 64 años. La benzodiazepina más utilizada fue el lorazepam (34,7 %) seguido de bromazepam (29,8 %). Un 62 % había iniciado el tratamiento por indicación del Médico de Familia. Un 41 % tomaba antidepresivos simultáneamente. Los diagnósticos más frecuentes fueron ansiedad (34,4 %) y trastorno distímico (14,0 %). Un 71,3 % habían tomado benzodiazepinas anteriormente al periodo estudiado. Un 15,4 % tomó dos benzodiazepinas simultáneamente, sin diferencias significativas por sexo.

En los mayores de 64 años, 79,7 % mujeres, la benzodiazepina más utilizada fue el lorazepam (35,8 %) seguido de bromazepam (27,2 %), lormetazepam (12 %) y diazepam (8,6 %). Un 12,1 % de este grupo de edad tomó dos benzodiazepinas en este periodo.

Conclusión

Aunque la prevalencia de uso de estos fármacos es similar a otros estudios, se debe revisar su uso prolongado, la utilización de más de un fármaco de este grupo y el uso de benzodiazepinas de vida media larga en mayores, dado el riesgo de efectos adversos en este grupo de edad.

Tiempo de sueño y adiposidad en escolares de 4 a 6 años

Lidia Lucas de la Cruz, Alberto González García, Diana Pozuelo Carrascosa, Natalia M.^a Arias Palencia, Celia Álvarez Bueno, Marta M.^a Guijarro Herráiz.

Centro de Estudios
Sociosanitarios.
Universidad de
Castilla-La Mancha.

Correo electrónico:
Lidia.Lucas@alu.uclm.es

Objetivo

Analizar la relación entre tiempo de sueño e indicadores de adiposidad en escolares de 4 a 6 años de edad.

Diseño

Estudio observacional transversal en escolares de 4-6 años de la provincia de Cuenca.

Emplazamiento

Comunitario.

Participantes

277 escolares, de los cuales 132 eran niñas. 51 escolares de la muestra total llevaron puesto un acelerómetro (ActiSleep monitor) durante una semana.

Mediciones principales

- Tiempo de sueño:
 - Tiempo en cama: mediante cuestionario de sueño autoadministrado (CSHQ).
 - Tiempo total de sueño: mediante acelerometría.
- Porcentaje de grasa corporal, mediante bioimpedancia eléctrica.
- Pliegue tricipital, mediante plicómetro.
- Perímetro de cintura, mediante cinta métrica.
- IMC, mediante tallímetro y báscula SECA.

Resultados

Se presentan en la tabla 1.

Conclusiones

El único indicador de adiposidad que se asocia al tiempo de sueño en niños de 4-6 años de edad es el perímetro de cintura, que por otra parte es considerado como el indicador de adiposidad más estrechamente relacionado con el riesgo cardiometabólico.

Variable	TIEMPO EN CAMA			TIEMPO TOTAL DE SUEÑO			Significación estadística (p)
	< 9 horas	9-10 horas	> 10 horas	< 8,5 horas	8,5-9 horas	> 9 horas	
Perímetro de cintura [cm] (DE)	52,38 (3,75)	56,18 (5,02)	55,18 (5,02)	56,17 (3,87)	53,09 (3,09)	52,35 (1,58)	0,014²
Índice de masa corporal [Kg./m ²] (DE)	14,77 (1,28)	15,97 (2,20)	15,74 (221)	16,01 (1,76)	14,83 (1,60)	15,32 (1,14)	0,126
Pliegue cutáneo tricipital [cm] (DE)	10,51 (2,63)	12,43 (5,01)	11,99 (4,84)	12,07 (3,96)	11,00 (3,93)	11,29 (2,65)	0,701
Porcentaje de grasa corporal (DE)	17,25 (2,88)	20,08 (5,04)	19,93 (5,44)	19,90 (3,55)	17,75 (6,23)	18,91 (1,89)	0,335

Tabla 1. Diferencia de medias (ANOVA) en los parámetros de adiposidad por categorías de tiempo en cama (reportado mediante cuestionario) y tiempo total de sueño (mediante acelerometría). Post-hoc (Bonferroni): ¹ <9h vs 9-10 h; ² < 8,5 vs 8,5-9 h.

Prevalencia de presión de pulso alterada en población adulta hipertensa

María Martínez Palomares, M.^a Aránzazu Laguna Sánchez, Octavio Ávila Gil.

Centro de Salud de
Piedrabuena (Ciudad Real)

Correo electrónico:
mmpalomares89@gmail.com

Objetivos

Estimar la prevalencia de PP alterada (>60 mmHg) en la población hipertensa con edades comprendidas entre los 30 y los 74 años de la ZBS y describir factores asociados.

Diseño del estudio

Estudio descriptivo transversal realizado en Atención Primaria, mediante revisión de historias. Para una prevalencia estimada entre un 30 % y un 35 %, confianza 95 %, potencia 95 %, el tamaño muestral se estimó entre 323 y 350 pacientes. Muestra final de 347 pacientes.

Variables

Presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), presión de pulso (PP), sexo, edad, IMC, diabetes, colesterol total y HDL, tabaquismo, sedentarismo, tratamiento antihipertensivo, índice de filtrado glomerular, riesgo coronario y riesgo cardiovascular (RCV).

Emplazamiento

Zona básica de salud rural.

Participantes

347 pacientes diagnosticados de hipertensión esencial, con edades entre los 30 y 74 años. Se descartaron los pacientes que habían sufrido algún evento cardiovascular, inmovilizados o personas que en momento de la toma de PA presentara una alteración que pudiera modificar estas cifras.

Mediciones y resultados

Edad media 63,12 años. El 61,7 % mujeres. La prevalencia de PP alterada es de un 40,3 % (IC95 % 35,1-45,7). Los pacientes con mayores cifras de PP presentan una edad más avanzada ($65,2 \pm 6,4$ frente a $61,8 \pm 7,8$; $p < 0,0001$), así como una mayor TAS ($143,6 \pm 11,6$ frente a $125,9 \pm 10,8$; $p < 0,0001$), predominando en el grupo femenino (55 % frente al 45 %, $p < 0,036$). El grupo de diabéticos, en comparación con los no diabéticos, presentan una PP más elevada ($59,1 \pm 12,8$ frente a $54,5 \pm 13,2$; $p < 0,005$) y unos valores de colesterol total más bajos ($185,5 \pm 42,1$ frente a $204,3 \pm 32,1$ $p < 0,0001$). El análisis demuestra que una PP alterada aumenta tanto el riesgo coronario como el RCV (69,2 % frente al 30,8 % $p < 0,0001$).

Conclusiones

Se confirma que la PP se trata de un FR independiente, aumentando de forma significativa el riesgo coronario y el RCV.

Efecto de la actividad física en el embarazo: resultados maternos y neonatales

Diana Pozuelo Carrascosa, Gema Sanabria Martínez, Raquel Poyatos León, Jorge Cañete García-Prieto, Alberto González García, Inmaculada Navalón Cañas, Jennifer Rosa Martínez Rey, Celia Álvarez Bueno, Lidia Lucas de la Cruz, Natalia María Arias Palencia.

Centro de Estudios
Sociosanitarios. Universidad
de Castilla-La Mancha.

Correo electrónico:
dianap13@hotmail.com

Objetivo

Examinar la efectividad de los programas de ejercicio físico (EF) durante el embarazo para prevenir el desarrollo de diabetes gestacional, reducir la ganancia de peso materna y conocer la influencia en el estado de salud del recién nacido, el peso al nacer y la edad gestacional.

Diseño

Metaanálisis en el que se incluyeron 14 ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) que testaban la efectividad de programas de EF en mujeres embarazadas. La extracción y presentación de datos se realizó de acuerdo a la declaración PRISMA.

Dichos estudios se extrajeron de seis bases de datos (Cochrane Library Plus, Science Direct, EMBASE, Pubmed, Web of Science and ClinicalTrials.gov.), utilizando como palabras clave: pregnancy, exercise, physical activity, neonatal birth weight, gestational age, maternal weight gain and gestational weight gain; limitando la búsqueda desde Enero de 1990 a Febrero de 2014, en inglés y español.

Emplazamiento

Hospitales de España, Croacia, Brasil, Nueva Zelanda, Noruega y Estados Unidos.

Participantes

La muestra final fueron 3.044 mujeres, distribuidas 1.548 en el grupo de intervención y 1.496 en el grupo control.

Criterios de inclusión/exclusión: las participantes eran mujeres sanas nulíparas o multiparas, sedentarias o con poco nivel de actividad física, con un embarazo sin complicaciones y sin enfermedad materna o fetal.

Mediciones principales

- Edad y características ginecológicas de las mujeres.
- Características de la intervención (tipo, duración, frecuencia e intensidad del ejercicio físico).
- Variables resultado: ganancia de peso y frecuencia de diabetes gestacional en las embarazadas, y test de Apgar, edad gestacional y peso del neonato.

Resultados

Los programas de EF durante el embarazo reducen la incidencia de diabetes gestacional (RR = 0,65; p = 0.002), la ganancia de peso materno (Effect Sizes = -0,35; p = 0,004), y el peso del niño al nacer (ES = -0,10; p = 0,004), y mejoran el test de Apgar al minuto de nacimiento (ES = 0,09; p = 0,048). No se encontraron diferencias para la edad gestacional.

Conclusiones

El EF regular a una intensidad moderada durante el embarazo, reduce el riesgo de desarrollar diabetes gestacional y se asocia a una menor ganancia de peso materno y a un menor peso del niño al nacer, mejorando la puntuación del test de Apgar al minuto y sin producir cambios en la edad gestacional.

La calidad de vida de los pacientes tratados con los nuevos anticoagulantes orales

Laura Luque Menacho, Patricia Denche Gil, Antonio Ortega Carpio, Eloisa Arias Fortes, Miguel Pedregal, Miriam Núñez Prieto.

UGC El Torrejón (Huelva)

Correo electrónico:
lalilu16@hotmail.com

Objetivos

Determinar las diferencias en la calidad de vida entre pacientes en tratamiento con los nuevos anticoagulantes orales (ACO) y los ACO dicumarínicos. Describir ante qué indicaciones se están usando y si se cumplen los requisitos para ser financiados dichos ACO. Valorar la adherencia al tratamiento con los nuevos ACO.

Diseño

Observacional descriptivo.

Emplazamiento

UGC de una capital.

Material y métodos

Muestra aleatoria de 44 pacientes (40 + pérdidas) de un listado de 214 pacientes que durante los años 2011/12 han realizado tratamiento con nuevos ACO en todas las UGC Huelva–Costa y selección aleatoria de 44 pacientes en tratamiento con sintrom que realizan seguimiento la UGC.

Cuestionario de calidad de vida desarrollado en Alemania por Sawicki y validado, que consta de 32 preguntas que analizan cinco dimensiones relacionadas con el tratamiento. Para los pacientes con nuevos anticoagulantes se realizó una adaptación que permitiera evaluar específicamente estos fármacos.

Test de Morisky-Green para valorar el cumplimiento.

Datos clínicos y administrativos cumplimentados a partir de la historia digital.

Resultados

De los 214 pacientes tratados con nuevos anticoagulantes el 20,6 % fueron incluidos en estudio; el 41,0 % no se incluyeron, el 38,4 % cumplían criterios de exclusión. En la tabla y en la figura siguientes se muestran las características de la muestra y la calidad de vida.

Las causas de anticoagulación más frecuentes con los nuevos fármacos son: 79,9 % FA y 13,3 % prótesis.

El CHADVASC medio es de 3,57 y el HASBLED de 1,99.

Conclusiones

La afectación de calidad de vida de los pacientes tratados con los nuevos ACO ha mejorado 21 puntos en la escala Sawicki. Las dimensiones que contribuyen significativamente a esta mejora en pacientes con nuevos anticoagulantes son el menor estrés psicológico y menores alteraciones sociales. En la mayoría de los casos los nuevos ACO se indican para fibrilación auricular y cumplen los requisitos para ser prescritos. No existen diferencias significativas en la cumplimentación del tratamiento.

	Sintrom	Nuevos ACO	p
Edad media	67,31	71,25	0,132
Tiempo medio	68,44	16,76	<0,01
Indicación (Fibrilación Auricular)	97%	95,3%	0,59
CHAD-VASC	3,69	3,45	0,557
HASBLED	2,00	1,95	0,808
Cumplimentación	22,2%	25%	0,807
Fumadores	4,8%	0%	0,117
Obesidad	46,7%	27,3%	0,079
HTA	84,4%	93,2%	0,315
Diabetes Mellitus	42,2%	31,8%	0,382
Dislipemia	64,4%	56,8%	0,519
Accidente vascular cerebral	17,8%	9,1%	0,353
Enfermedad vascular periférica	6,7%	11,4%	0,485
Insuficiencia renal crónica	8,9%	9,1%	1
Insuficiencia cardíaca	31,5%	29,5%	1
Hemorragias	11,1%	11,4%	1
Insuficiencia hepática	0%	0%	1

Tabla. Características de la muestra.

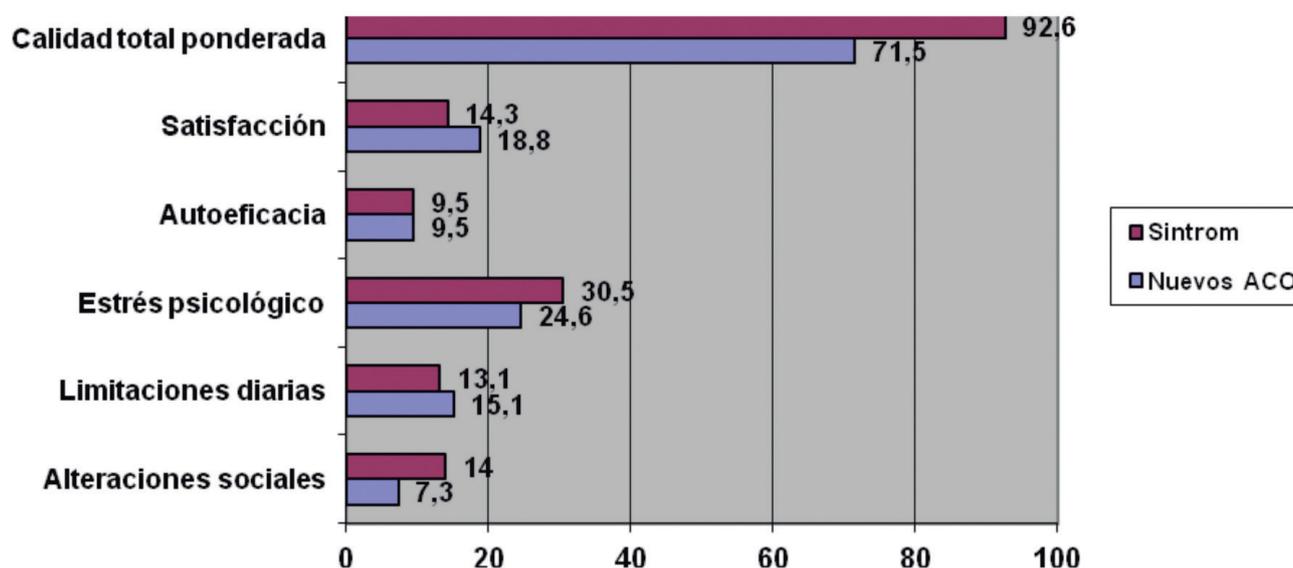


Figura. Calidad comparada en ambos grupos (escala Sawicki).

Los adolescentes en las redes sociales

Ricardo Reolid Martínez, María Flores Copete, Mónica López García,
M.^a Candelaria Ayuso Raya.

Gerencia de Atención
Integrada de Albacete

Correo electrónico:
ricardoerm@hotmail.com

Objetivo

Determinar la frecuencia de uso de las redes sociales por los adolescentes. Conocer su opinión respecto al control parental de sus actividades en Internet.

Diseño

Estudio transversal.

Emplazamiento

Comunitario

Participantes

967 estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria de dos institutos.

Mediciones principales

En noviembre de 2013, estudiantes adolescentes fueron invitados a responder a un cuestionario específicamente diseñado, autoadministrable, con preguntas de respuesta abierta y cerrada acerca del uso de las redes sociales. Contestaron en aulas de su instituto, bien "online" o con "lápiz y papel".

Resultados

La media de edad era de 13,8 años (DE 1,4; rango 11-20); el 53,5 % eran mujeres. La mayoría de los estudiantes (70,9 %) vivían en la ciudad; 22,3 % eran de áreas rurales (en 6,7 % no constaba); un 51,3 % pertenecían a clase social media (estimada por ocupación de los padres).

Utilizaban las redes sociales el 70,1 % (IC95 % 67,2-73,1) de los encuestados, siendo Twitter la más utilizada (71,2 %; IC95 % 67,4-74,9) por los 579 usuarios. Le seguían Tuenti (58,7 %; IC95 % 54,6-62,8) y Facebook (20,9 %; IC95 % 17,5-24,3).

Twitter era más utilizado por las chicas ($p = 0,007$) y Facebook por los chicos ($p = 0,024$), Tuenti no mostraba diferencias por sexo. En cuanto a la edad, era más probable que Tuenti fuera utilizado por los más jóvenes y Twitter por mayores ($p < 0,0001$). No existían diferencias en el uso de las redes sociales según lugar de residencia, ni en relación con la ocupación de los padres.

Respecto a la opinión acerca del control parental, un 75,6 % creen que sus padres confían en ellos y un 11,8 % que solo saben parte de lo que hacen. Al 65,5 % les preocupa que sus padres vean qué hacen en Internet, y un 36,3 % no están de acuerdo con el posible control de estos, aunque el 59,7 % o están de acuerdo o comparten claves o incluso tienen agregados a sus padres en sus redes sociales.

Solo un 30,5 % no utiliza estrategias de ocultación de su actividad en Internet. La más utilizada es borrar el historial de navegación (36,3 %), seguida por conectarte a Internet solo desde el móvil o tableta (28,3 %), minimizar navegadores y ventanas si se acerca un adulto (27,8 %) y esconder o borrar chats (25,6 %).

Conclusión

El uso de las redes sociales está muy extendido entre los adolescentes. Twitter es la red más utilizada, especialmente por las chicas y aquellos de más edad. La mayoría de los adolescentes creen que sus padres confían en ellos respecto a su actividad en Internet. Aún así, utilizan con gran frecuencia estrategias de ocultamiento para salvaguardar su intimidad.

¿A qué riesgos se exponen los adolescentes en Internet?

Mónica López García, M.^a Candelaria Ayuso Raya, Ricardo Reolid Martínez, María Flores Copete.

Gerencia de Atención
Integrada de Albacete

Correo electrónico:
monicalopez_88@hotmail.com

Objetivo

Determinar las estrategias de uso de Internet, por parte de adolescentes, que pueden implicar algún riesgo, para ellos, sus familias o sus equipos informáticos.

Diseño

Estudio transversal.

Emplazamiento

Comunitario.

Participantes

967 estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria de dos institutos.

Mediciones principales

Estudiantes adolescentes fueron invitados a responder un cuestionario específico diseñado, autoadministrable, con preguntas de respuesta abierta y cerrada acerca del uso de internet. Contestaron en aulas de su instituto, bien "online" o con "lápiz y papel".

Resultados

Media de edad 13,8 años (DE 1,4; rango 11-20); 53,5 % de mujeres. La mayoría de los estudiantes (70,9 %) vivían en la ciudad; 22,3 % eran de áreas rurales (6,7 % no constaba); 51,3 % pertenecían a clase social media (estimada por ocupación de los padres).

Entablaban conversaciones con desconocidos el 11,5 %, "cuelgan" fotos el 36,4 %, realizan "descargas" el 61,6 %. El 16,1 % ha consultado en un examen. Un 27 % utiliza webs pornográficas.

Solo 5,9 % rechaza que existan riesgos en la navegación por Internet. Son especialmente sensibles al riesgo de entrar en contacto con desconocidos. Un 67,3 % consideran que existe riesgo al chatear, destacando preocupación por los contactos con desconocidos/invasión intimidad/acoso del 95,7 % de ellos.

La mayoría (84,5 %) piensa que no es seguro compartir contraseñas. Un 46,6 % dice haber encontrado en redes sociales fotos tuyas que preferiría que no estuvieran, aunque 44,9 % suben fotos de otras personas. El 58,8 % solo acepta solicitudes de amistad en redes sociales de aquellos a quienes conoce personalmente. Un 12,2 % dice haberse sentido alguna vez insultado en redes sociales y 8,3 % se ha visto implicado en cyberbullying, ya sea como víctima, acosador o ambos.

Para el 81,5 % de los encuestados (IC95 % 78,9-84,0) el teléfono móvil era un medio habitual de conexión a Internet.

Conclusión

La mayoría de los adolescentes reconocen la existencia de riesgos en uso de Internet, especialmente en el riesgo de acoso. Sin embargo, esto no evita el seguimiento de patrones de riesgo en su utilización.

¿La receta electrónica supone una mejora?

Arenas Sotelo S., J. González González J., Calzada Gómez I., Bullón de Diego P., Pérez Escobar J.J., León Pérez E.

Centro de Salud de Santa Olalla (Toledo)

Correo electrónico:
sarenas@sescam.jccm.es

Objetivo

Conocer el grado de conocimiento y satisfacción de la receta electrónica tras su reciente implantación en nuestra Zona Básica de Salud.

Diseño

Estudio descriptivo, transversal, mediante 209 encuestas autoadministradas.

Emplazamiento

Centro Salud del ámbito rural.

Participantes

Pacientes aleatoriamente seleccionados que acuden a la consulta de Atención Primaria.

Mediciones principales

Características del paciente y variables de la encuesta.

Resultados

209 encuestas, media edad 60,54 años, con una valoración de la receta electrónica de 7,81. El 63 % afirma que fue el médico quien les informo de la receta electrónica, y se consideraban bien informados el 79,4 %. Valora que funciona 'muy bien' o 'perfectamente' el 49,3 % y el resto presenta dudas. El 33,3 % ha tenido problemas con la dispensación de medicamentos y en cambio estima perfecto la medicación que le dispensan un 39,2 %. No consideran cómoda la receta electrónica un 19,1 % y un 26,8 % prefieren la receta tradicional.

Conclusiones

La valoración de la nueva forma de prescripción (receta electrónica) en nuestra Zona Básica de Salud es buena, aunque existen por ahora bastantes dificultades a la hora de la dispensación electrónica (33 % problemas con la dispensación) que habría que mejorar.

Valoración pronóstica de la Enfermedad Renal Crónica

José Juan Carbayo García, José Félix Sastre García, Verónica Notario Barba,
David Darío Tello Mendiola.

Unidad Docente de Atención
Familiar y Comunitaria de
Talavera de la Reina

Correo electrónico:
jjcarbayo@gmail.com

Objetivo

Establecer la estratificación y pronóstico de la enfermedad renal crónica (ERC) en los pacientes ingresados por cualquier causa en un Área de Salud.

Diseño

Estudio observacional transversal realizado en una muestra de pacientes de un Área Sanitaria, en el periodo de marzo a mayo de 2014.

Se incluyeron todos los pacientes ingresados por cualquier causa en el hospital de referencia durante el año 2013, en los que figurase ERC como antecedente o como alguno de los diagnósticos.

Mediciones

Variables: Edad, sexo, creatinina, filtrado glomerular (FG, en ml/min/1,73m²), albuminuria (cociente albúmina/creatinina), grado de ERC, riesgo de complicaciones.

Para la cuantificación del FG se ha utilizado la ecuación CKD-EPI debido a su mayor capacidad predictiva del FG real, a su capacidad pronóstica global y al ser la recomendada por las actuales guías y consensos.

Para establecer la cuantificación del riesgo se utiliza la estratificación propuesta en las guías KDIGO 2012.

Resultados

Se estudiaron 167 pacientes, el 45,5 % eran mujeres, la edad media fue 78 años (DE 9.96). Se encontraban en las siguientes categorías de FG: G1, 0 %; G2, 17 %; G3a, 26 %; G3b, 23 %; G4, 15 %; G5, 18 %.

Los grados de albuminuria eran: A1, 24,5 %; A2, 21,5 %; A3, 11,3 %.

La estratificación del riesgo fue: sin enfermedad renal, 3,6 %; riesgo moderado, 12 %; riesgo alto, 15 %; riesgo muy alto, 36 %. No se pudo calcular el riesgo en el 33 % de los pacientes por falta de datos de albuminuria.

Conclusiones

Más del 50 % de los pacientes estudiados presentaban categorías avanzadas de deterioro del FG (<45).

El riesgo de complicaciones era alto o muy alto en la mayoría de los pacientes.

Pese a las recomendaciones actuales de obtener el FG y la albuminuria para establecer una adecuada valoración pronóstica, en un tercio de los casos no se pudo realizar por falta de solicitud de albuminuria.

Características cardiovasculares y edad vascular en pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia

Gema María Tello Nieves, Marta Martínez Ruiz, Mercedes de la Ossa Moreno, Inmaculada Hernández Cerón, Rafaelina Díaz Contreras.

Gerencia de Atención Integrada de Albacete

Correo electrónico: gema_tello@hotmail.com

Objetivo

Conocer las características cardiovasculares de los pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia y analizar su edad vascular.

Diseño

Estudio observacional transversal.

Emplazamiento

Consultas de Atención Primaria.

Participantes

Mediante muestreo consecutivo se seleccionaron 153 sujetos entre 40 y 66 años de edad diagnosticados de hipercolesterolemia y que acudieron a las consultas participantes.

Mediciones principales

Se recogieron variables sociodemográficas, factores de riesgo cardiovascular (RCV), RCV (Score, Regicor y Framingham), grupo de riesgo cardiovascular (Guía Europea RCV, 2012), problemas de salud (clasificación CIAP-2), consumo de fármacos y edad vascular (Score y Framingham).

Resultados

Edad cronológica media 54,1 años (DE 7,2). Un 28,1 % eran hipertensos, 31,4 % obesos y 17,6 % fumadores.

El 16,3 % presentaron RCV alto o muy alto (IC95 % 10,2-22,5).

La edad vascular media mediante Score fue de 57,9 (DE 8,9) y con Framingham de 61,2 (DE 11,7). La edad vascular (Score) presentó una correlación directa, estadísticamente significativa, respecto a la puntuación Score ($r = 0,786$; $p < 0,001$), Regicor ($r = 0,641$; $p < 0,001$) y Framingham ($r = 0,657$; $p < 0,001$).

El coeficiente de correlación intraclase entre las funciones de RCV Score y Regicor fue 0,42, entre Score y Framingham 0,13 y entre Regicor y Framingham 0,20. El coeficiente de correlación intraclase entre las escalas Score y Framingham para determinar la edad vascular fue de 0,76 (IC95 % 0,60-0,85).

Conclusiones

Más de un cuarto de sujetos entre 40 y 66 años con hipercolesterolemia presentan hipertensión arterial y casi un tercio son obesos. Se ha comprobado una baja concordancia entre las diferentes funciones para medir el riesgo cardiovascular en sujetos con hipercolesterolemia, mientras que se observó una buena concordancia entre las escalas para medir la edad vascular. Por tanto, son necesarios estudios de validación de escalas para medir la edad vascular en nuestro país que aporten nuevas herramientas para tomar decisiones terapéuticas en estos pacientes.

Sedentarismo y rigidez arterial en adultos sanos españoles

Celia Álvarez Bueno, Alfredo Cabrejas Sánchez, Natalia Arias Palencia, Lidia Lucas de la Cruz, Jorge Cañete García-Prieto, Alberto González García.

Centro de Estudios
Sociosanitarios. Universidad
de Castilla-La Mancha.

Correo electrónico:
calvarezbueno@yahoo.es

Objetivo

Analizar la relación entre sedentarismo y rigidez arterial, medida a través del índice de aumento radial, el índice de rigidez arterial y la presión central de pulso en adultos españoles sin enfermedad aterosclerótica.

Diseño

Estudio observacional transversal para evaluar la asociación de los estilos de vida con el ritmo circadiano de presión arterial, la rigidez articular y la función endotelial en una muestra de sujetos sanos con diferentes niveles de actividad física.

Emplazamiento

Seis centros de salud de diferentes provincias españolas.

Participantes

1.365 participantes sanos, con una edad media de 54,9 años ($\pm 13,7$), un 60,3 % eran mujeres. Los pacientes fueron excluidos si presentaban: enfermedad coronaria o aterosclerosis cerebrovascular conocida, enfermedad obstructiva pulmonar crónica moderada o severa, enfermedad musculoesquelética que limitara la deambulación, enfermedad respiratoria, renal o hepática avanzada, enfermedad mental severa, enfermedad oncológica tratada en los últimos 5 años, pacientes terminales o embarazadas.

Mediciones principales

Se obtuvieron datos referentes a características socio-demográficas, historial de consumo de tabaco y alcohol, medidas antropométricas, parámetros bioquímicos, actividad física y conducta sedentaria (medido durante 7 días mediante acelerometría), se consideró periodo de sedentarismo a partir de 10 min. consecutivos; se midieron número/día y duración/día.

Resultados

Correlaciones parciales entre sedentarismo y variables de rigidez arterial (ajustado por edad, sexo y actividad física vigorosa).

Conclusiones

El sedentarismo tiene una relación directa con las variables relacionadas con la rigidez arterial, principalmente con la presión de pulso. Esta relación es independiente de la actividad física moderada-vigorosa y otras variables confusoras.

	Índice de aumento radial	Índice de rigidez arterial	PP consulta	PP 24h	PP despierto	PP dormido	PP central
Tiempo de sedentarismo (min/día)	-0,050	0,090	0,090*	0,126*	0,129*	0,123*	0,043
Periodos de sedentarismo (nº/día)	0,062	0,068*	0,110*	0,119*	0,110*	0,115*	0,121*
Tiempo de sedentarismo en periodos ≥ 10 min (min/día)	0,038	0,077	0,131*	0,121*	0,118*	0,121*	0,126*

PP: presión de pulso. * $p < 0,05$.

Prevalencia de calambres nocturnos idiopáticos en los miembros inferiores en población general

Nadia Carvajal Vogtschmidt, José Luis del Burgo Fernández.

Centro de Salud de Porzuna
(Ciudad Real)

Correo electrónico:
jldelburgof@gmail.com

Objetivo

Principal: conocer la prevalencia de los calambres nocturnos idiopáticos en los miembros inferiores (CNI-MI) en la población general.

Secundarios: conocer las características clínicas de los calambres, parámetros socio-demográficos, antecedentes familiares y de comorbilidad.

Diseño

Estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención primaria de salud. Medio rural.

Participantes

96 pacientes elegidos aleatoriamente, con reemplazo, de ambos sexos y mayores de 17 años de una población rural de 3.500 habitantes.

Mediciones principales

Presencia de calambres en el último año, características generales (intensidad, frecuencia, localización y técnicas de alivio) y datos exploratorios más relevantes.

Resultados

41 pacientes (44,71 %) afirman haber sufrido CNI-MI alguna vez en su vida, 31 (32,29 %) lo han sufrido en el último año y, de ellos, 14 (14,58 %) los presentan con una frecuencia no esporádica. El 54,84 % son mujeres y la edad media es de 58 años. El 30,21 % presentan antecedentes familiares.

La evolución modal es 3-5 años (38,71 %), con una moda de frecuencia de "esporádicos" (54,83 %), seguidos de "1 vez a la semana" y de "2-3 veces al mes". No suelen presentar pródromos (64,52 %), la intensidad media es de 7,6/10 y duran 95,32 segundos (moda: 60).

Afectan predominantemente a ambas pantorrillas (35,48 %) y no suelen dejar dolorimiento residual (45,16 %), insomnio (16,13 %) ni recurrir en la misma noche (25,81 %). En el 67,4 % cesan con estiramientos y/o masajes.

La comorbilidad asociada con CNI-MI más frecuente ha sido diabetes mellitus (19,35 %), seguida de insuficiencia venosa crónica, patología tiroidea y radiculopatía.

Los fármacos consumidos y relacionados con la presencia de calambres han sido: estatinas (32,25 %), seguidas de calcioantagonistas e IECA's (con 25,8 % ambos).

Conclusiones

No existe un estándar de frecuencia para definir la prevalencia de calambres en la población general, pero incluso siendo restrictivos (haberlos presentado en el último año de forma no esporádica) alcanza valores superiores a los de la diabetes mellitus II.

Fenotipos clínicos y adecuación al tratamiento en pacientes diagnosticados de EPOC

Gamero Delgado MC, Torres Consuegra J, César Lozano Suárez.

Centro de Salud Ciudad Real-1

Correo electrónico:
maric_gd_2@hotmail.com

Objetivos

Evaluar la adecuación de los tratamientos de nuestros pacientes con EPOC a las recomendaciones de la guía GesEPOC según su clasificación en fenotipos y nivel de gravedad (GOLD)

Diseño del estudio

Estudio descriptivo transversal, n = 41; cumplen criterios de inclusión 55 %. Variables: Fenotipos clínicos GesEPOC, Tratamientos, Edad, Sexo, FEV1, FEV1/FVC, IMC, EDM, Bodex, N° exacerbaciones/año, Ingresos/año. Análisis estadístico descriptivo con medidas de tendencia central y porcentajes; inferencial con t de Student y χ^2 . Paquete SPSS 19.0.

Emplazamiento

Pacientes de un cupo de Atención Primaria

Población de estudio

41 pacientes mayores de 18 años, diagnosticados de EPOC (espirometría FEV1/FVC < 70 % postbroncodilatadora), codificados (CIE-9) TURRIANO y verificados mediante historia clínica y espirometría.

Mediciones y resultados

Edad 74 ± 12 años. Sexo 58,5 % hombres. FEV1 69,2 %. FEV1/FVC 64,1 %. IMC 27,5 %. EDM: 0 (24,4 %), 1 (26,8 %), 2 (19,5 %), 3 (17,1 %), 4 (2,2 %) Fenotipo clínico: Agudizador BC 41,5 %, No agudizador BC 53,7 %, Mixto EPOC-Asma 4,9 %.

Exacerbaciones/año <2 (58,5 %), >2 (41,5 %). BODEx: leve 68,3 %, moderado 26,8 %, grave 4,9 %.

Obstrucción (GOLD): leve 19,5 %, moderada 70,7 %, grave 9,8 %.

Comparamos variables cuantitativas mediante t de Student; existen diferencias significativas en FEV1 ($p = 0,008$) y Bodex ($p = 0,003$) analizando exacerbaciones/año.

Según fenotipo clínico existen diferencias significativas según edad ($p = 0,02$) y Bodex ($p = 0,07$)

Comparamos variables cualitativas mediante χ^2 según los fenotipos y sexo: hay diferencias significativas ($p = 0,02$) en clasificación BODEx de los diferentes fenotipos.

Respecto a los tratamientos en los fenotipos observamos:

Bq LD: 81,8 % A, 100 % B, 70,6 % D; Bq CD: 81,8 % A, 100 % B, 94,1 % D;

CI: 100 % A, 100 % B, 82,4 % D

BD+CI: 72,7 % A, 50 % B, 82,4 % D; CO: 36,4 % A, 50 % B, 58,8 % D; AntiCo LD: 0 % A, B y D;

AntiCo CD: 63,6 % A, 100 % B, 88,2 % D; Teofilinas: 17,6 % D.

Conclusiones

Fenotipo no agudizador BC, EPOC moderada y Bodex leve son los más frecuentes.

Nuestros pacientes no están correctamente tratados: no todos tienen un BqLD de base y el 100 % de los fenotipos A tienen corticoides sin estar indicados.

Analizando las exacerbaciones/año, aumentan con la edad ($p = 0,008$) e índice Bodex ($p = 0,003$), siendo mayores para el fenotipo agudizador BC.