

Estos resultados deberán contrastarse en estudios realizados con un mayor número de pacientes.

Joan Bayó Llibre^a, Carme Roca Saumell^a, Antoni Dalfó Baqué^b, José M. Verdú Rotellar^c y M. Montserrat Martín-Baranera^d

^aBarcelona. España. ^eEAP Sant Martí. Servicio de Atención Primaria (SAP) Litoral. Institut Català de la Salut. Barcelona. España. ^dUnidad Clínica Epidemiológica. Consorci Sanitari Creu Roja d'Hospitalet. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). España.

Este trabajo ha sido financiado con una beca FIS (Fondo de Investigación Sanitaria) expediente PI03/0121 (28 de noviembre del 2003) y con los III Ajuts a la Recerca de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (11 de diciembre del 2003).

1. Bayó J, Roca C, Dalfó A, Cos FX, Martí MM, Botey A. Home blood pressure self-monitoring: diagnostic performance in white-coat hypertension. *Blood Press Monit.* 2006;11:47-52.
2. Bayó J, Roca C, Dalfó A, Cos FX, Martín MM, Botey A. Efectividad de la automedida de la presión arterial en el diagnóstico de la hipertensión clínica aislada. Justificación y diseño del estudio. *Aten Primaria.* 2005;35:208-12.
3. Vinyoles E, De la Figuera M. Características clínicas del hipertenso de bata blanca. *Med Clin (Barc).* 1995;105:287-91.
4. Verdecchia P, Palatini P, Schillaci G, Mormino P, Porcellati C, Pessina AC. Independent predictors of isolated clinic (white-coat) hypertension. *J Hypertens.* 2001;19:1015-20.
5. Pierdomenico SD, Lapenna D, Guglielmi MD, Antidormi T, Schiavone C, Cucurullo F, et al. Target organ status and serum lipids in patients with white coat hypertension. *Hypertension.* 1995;26:801-7.
6. Martínez MA, García-Puig J, Martín JC, Guallar-Castillon P, Aguirre de Carcer A, Torre A, et al. Frequency and determinants of white coat hypertension in mild to moderate hypertension: a primary care-based study. *Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA)-Area 5 Working Group.* *Am J Hypertens.* 1999;12:251-9.

Control de los factores de riesgo vascular antes y después de experimentar un infarto agudo de miocardio o un accidente cerebrovascular

Objetivo. Observar si hay una mejoría en el control de los factores de riesgo vascular modificables tras experimentar un infarto

Diseño. Estudio de cohortes retrospectivo. **Emplazamiento.** Centro de atención primaria La Bordeta-Magraners de área urbana de Lleida (España).

Participantes. Adultos que habían experimentado un IAM o un ACV, entre enero de 1997 y enero de 2005.

Mediciones principales. Se seleccionó a los pacientes según el registro en la historia clínica informatizada utilizando los códigos del programa informático (e-CAP) que hacían referencia a IAM y ACV. Se analizaron la edad, el sexo, el tipo de evento, el tabaquismo, la hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus, la hipercolesterolemia, el sobrepeso/obesidad, la obesidad abdominal y el consumo de alcohol, hasta un año antes de presentar el evento, y entre uno y 2 años después de éste.

Resultados. De 77 pacientes, el 33,8% había experimentado un IAM y el 66,2%, un ACV. Un 57,1% era varón. La media de edad era de 66,1 años. Antes del evento, el 24,7% era fumador, el 68,8% hipertenso, el 20,8% diabético, el 39% tenía hipercolesterolemia, el 37,7%

sobrepeso/obesidad, el 14,3% un perímetro abdominal aumentado y el 9,1%, consumo excesivo de alcohol.

El control de la presión arterial era correcto sólo en un 2,6% de los casos (tabla 1). Estas cifras se distancian del 32,2% encontrado por Seculi et al¹, y del 25,7% de Benítez et al².

El control de la glucemia tras el evento fue del 18,2%, similar al 21,8-28,8% encontra-

Discusión y conclusiones. Hay un escaso control de los factores de riesgo tras experimentar un ACV o un IAM, sobre todo de la HTA, a pesar de tener al alcance un amplio arsenal terapéutico y del alto grado de medición de la presión arterial.

El tabaquismo, la hipercolesterolemia y la diabetes son los factores mejor controlados. Según nuestros resultados, el control de la glucemia de un diabético, tras un año de haber tenido un IAM o un ACV, se asemeja a las cifras de control de un diabético sin este antecedente³.

En el origen del control deficiente de los factores de riesgo vascular puede estar tanto la actitud del paciente (estilo de vida y cumplimiento terapéutico) como la actitud del profesional sanitario (intervención farmacológica eficaz e influencia sobre el paciente).

Begoña Pérez Olano, Manuel Sarmiento Cruz y Núria Farran Torres
Área Básica de Salud La Bordeta-Magraners. Lleida. España.

Palabras clave:
Factores de riesgo. Control. Infarto de miocardio. Accidente cerebrovascular.

TABLA 1. Control de los factores de riesgo tras un infarto agudo de miocardio o un accidente cerebrovascular

	Grado de control			
	Sí	No	Desconocido	No procede
Tabaquismo	32,5	15,6	5,2	46,8
Hipertensión arterial	2,6	71,4	13,0	13,0
Diabetes mellitus	18,2	10,4	5,2	66,2
Hipercolesterolemia	22,1	27,3	23,4	27,3
Sobrepeso/obesidad	6,5	26,0	63,6	3,9
Obesidad abdominal	3,9	11,7	80,5	3,9
Consumo de alcohol	5,2	3,9	32,5	58,4

Las cifras expresan el porcentaje.

1. Seculi E, Brugulat P, Medina A, Junca S, Tresserras S, Salleras L. Detección de factores de riesgo cardiovascular en la red reformada de atención primaria en Cataluña. Comparación entre los años 1995 y 2000. *Aten Primaria*. 2003;31:156-62.
2. Benítez M, Codina N, Dalto A, Vila MA, Escriba JM, Senar E, et al. Control de la presión arterial en una población de pacientes con hipertensión y en un subgrupo con hipertensión y diabetes. *Aten Primaria*. 2001;28:373-80.
3. Álvarez-Sala LA, Suárez C, Mantilla T, Franch J, Ruilope LM, Venegas JR, et al. Estudio PREVENCAT: control de riesgo cardiovascular en atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:406-10.

Conocimientos sobre anticoncepción y transmisión del VIH y la hepatitis B en la población inmigrante subsahariana

Objetivo. Determinar los conocimientos que posee la población inmigrante procedente de África subsahariana sobre alguna de las enfermedades de transmisión sexual (hepatitis B y virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]) y sobre anticoncepción.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Ámbito de estudio. Dos programas de atención a inmigrantes en Madrid.

Participantes. Inmigrantes subsaharianos mayores de 18 años, que acudieron a los lugares de selección entre agosto 2003 y febrero del 2004, y que quisieron participar en el estudio (606 inmigrantes). Se elaboró un cuestionario donde se recogieron las distintas variables y se calcularon los porcentajes de cada apartado con un intervalo de confianza del 95% ($p < 0,05$). El análisis estadístico se realizó mediante el análisis bivariable de la χ^2 .

Resultados. El sida es reconocido por un 97,36% y la hepatitis B, por un 13,37%. Un 46,37% conoce que el VIH se puede trans-

TABLA 1. Conocimiento de los distintos anticonceptivos

	N (n = 606)	%
Anticoncepción hormonal oral	164	27,11
Anticoncepción hormonal en inyectable	2	0,33
Preservativo	596	98,35
Diafragma	3	0,50
Dispositivo intrauterino (DIU)	19	3,14
Ligadura de trompas/vasectomía	23	3,79
Medios naturales	6	0,99
Otros	21	3,47

mitir por sangre, un 82,48% por vía sexual, un 3,3% vía fetomaterna. Un 84,98% no sabe si se transmite por el aire y un 84,79% no sabe si se transmite por el contacto. Hay diferencias significativas ($p < 0,0001$) entre el conocimiento sobre las vías de transmisión sanguínea y sexual y el sexo, la vía sanguínea la conocen un 58,03% de los varones frente a un 31,85% de las mujeres y la vía sexual, un 87,8% de los varones frente a un 75,5% de las mujeres. En relación con otras vías de transmisión, no hay diferencias significativas. Respecto la transmisión de la hepatitis B, un 6,6% conoce que se puede transmitir por vía sanguínea y un 3,96% conocen la transmisión por vía sexual. En relación con el conocimiento sobre anticoncepción, los datos se muestran en la tabla 1. Un 3,47% dice utilizar como anticonceptivos distintos tipos de antibióticos.

Discusión y conclusiones. Hay poca información sobre anticoncepción y sobre enfermedades de transmisión sexual. Conocen la infección del sida y la relacionan sobre todo con la transmisión sexual, pero no conocen la hepatitis B; además, hay muchas dudas acerca de las vías de transmisión de ambas infecciones. El método anticonceptivo más conocido es el preservativo, cuya utilización se asocia con la protección frente a enfermedades de transmisión sexual más que con la prevención de embarazos. En conclusión, en cuanto a la anticoncepción oral, conocen que existen pastillas para evitar embarazos, pero la mayoría no sabe cómo funcionan. El resto de métodos anticonceptivos es poco conocido. Todo ello nos indica la necesidad de proporcionar más información, que muchas veces ellos demandan. En la experiencia europea de promoción de la salud mediante la participación comunitaria con comu-

nidades de base del África subsahariana, se encontró la necesidad de elaborar material relacionado con la salud y con el conocimiento del VIH/sida y en sus cuidados^{1,2}. Todo indica que se deberían plantear campañas de prevención considerando el estilo de comunicación particular de estos grupos, así como el idioma, la cultura, el nivel educativo y los medios de comunicación^{3,4}.

Gemma Pardo Moreno^a, José Luis Engel Gómez^b y Santiago Agudo Polo^c

^aMedicina de Familia. Centro de Salud Primaria de Madrid. España. ^bMedicina de Familia. Unidad de Atención Primaria. Universidad Autónoma de Madrid. Centro de Salud Tres Cantos. Área 5 de Atención Primaria de Madrid. Madrid. España. ^cDUE. Centro de Salud Potes. Área 11 de Atención Primaria de Madrid. España.

1. Blázquez Rodríguez MI, Mazarrasa Alvear L. La promoción de salud en una población inmigrada. Una experiencia en la escuela nacional de sanidad. *Index Enfermería*. 2003;42:34-8.
2. Blázquez MI, Castillo S, Mazarrasa L. Una experiencia de promoción de salud: la participación comunitaria con comunidades de base del África subsahariana. *A tu Salud*. 2003;41:9-15.
3. Geiger A. Emigración y salud: factores de riesgo hoy y medidas a adoptar. En: Solas O, Ugalde A, editores. *Inmigración, salud y políticas sociales*. Granada: Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública; 1995. p. 29-36.
4. Mazarrasa L. La educación entre iguales: una estrategia de promoción de salud para la prevención del VIH/SIDA. *Jornadas Técnicas de Cooperación: Salud de la mujer y del niño de África*. Abril 2005. Disponible en: www.fcm.aeci.es

Médicos residentes e industria farmacéutica

Objetivo. Valorar las actitudes de los médicos internos residentes (MIR) hacia la industria farmacéutica.

Palabras clave: VIH. Anticoncepción. Hepatitis B. Inmigración.

Palabras clave: Bioética. Medicina de familia. Industria farmacéutica.