

## COMUNICACIONES ORALES

## Sesión 1

Jueves 8 de noviembre - 9.00-11.30 h

Sala 1, Institución Ferial de Castilla y León  
Valladolid

## Atención al adolescente

## LAS AMENAZAS A LOGROS EN LOS ADOLESCENTES

*F. García Martín, J. Santos, G. Almonacid Canseco, M. De Lorenzo Calzón, L. Briongos Figuero y V. Casado Vicente*HU Río Hortega. Valladolid. Castilla y León.  
Correo electrónico: fergarmart@hotmail.com**Objetivos.** Conocer los comportamientos negativos que amenazan con alterar el desarrollo social del adolescente.**Tipo de estudio.** Estudio transversal (descriptivo observacional), mediante cuestionario de perfil de salud de los adolescentes (CHIP-AE).**Ámbito de estudio.** Atención Primaria.**Sujetos.** Muestreo: 303 adolescentes de 12 a 19 años escolarizados en la ZBS.**Mediciones e intervenciones.** Procesamiento de los datos SPSS 14.0<sup>®</sup>. Resultados cuantitativos: media aritmética y desviación estándar, (IC 95%). Resultados cualitativos: porcentaje (IC 95%).**Resultados.** Llevado un arma para defenderse (7%). Formado parte de una banda juvenil organizada (2,6%). Escapado de casa (10,6%). Amenazado con herir a alguien (9,6%). Atacado físicamente a alguien (20,5%). Robado algo superior a 9 € (7,6%). Destruído algo que no le perteneciera (23,8%). Mentido o engañado (61,6%). Discutido mucho (68,4%). Estar con gente que suele meterse en problemas (39,5%). Desobedecer en el colegio (42,6%). Tener dificultades para entenderse con los profesores (43,8%). Tener dificultades para concentrarse o prestar atención en clase (58,7%). Costado hacer los deberes (53,7%). Expulsado del colegio (1,7%).**Conclusiones.** Presentan comportamientos negativos que amenazan sus logros y sus probabilidades de futuras enfermedades y lesiones en un porcentaje relativamente importante, pero similar a otros estudios. Conocer estos datos dan pie a intervenciones de promoción y prevención, a intervenciones familiares y a mejorar la coordinación entre sector educativo y sanitario

## DETERMINACIÓN DEL RIESGO INDIVIDUAL EN LOS ADOLESCENTES

*B. García González, C. Loriente Lobos, G. Almonacid Canseco, F. García Martín, J. Santos Pastor y V. Casado Vicente*CS Parquesol. GAP Valladolid-Oeste. Valladolid. Castilla y León.  
Correo electrónico: veatrixgg@hotmail.com**Objetivos.** Determinar el nivel de riesgo individual de los adolescentes como variable del perfil de salud.**Tipo de estudio.** Estudio observacional descriptivo transversal.**Ámbito de estudio.** Escolar. Atención Primaria. ZBS urbana.**Sujetos.** Muestra aleatorizada de 303 adolescentes de 12-19 años escolarizados en ESO de centros públicos.**Mediciones e intervenciones.** Administración del Cuestionario perfil de salud de adolescentes (CHIP-AE). Procesamiento datos SPSS 14.0<sup>®</sup>. Resultados cuantitativos: media aritmética y desviación estándar; cualitativos: porcentaje. IC 95% y  $p < 0,05$ .**Resultados.** Edad media 14,30 (DE 1,579) años, hombres 49,8% y mujeres 50,2%. Conductas de riesgo: 41,7% carreras bici o moto, 21,2% apuestas, 42,5% saltarse normas, 21,7% robado, 19,6% subido en coche con alguien imprudente, 28,8% usa casco en bici y 49% en moto. Consumo de drogas: fumadores 18,2%, beber cerveza-vino 44% y 38,4% copas (28,5% 5 o más seguidas) y fumar porros 14,2%. Comportamiento sexual: 16,2% ha mantenido relaciones, edad media inicio 15 años, 4,2% no utilizaron método anticonceptivo y los que si usaron preservativo 87,2%; embarazo 2%.**Conclusiones.** Nuestros resultados indican un riesgo menor que los del SIVFRENT-J 2005: 62,7% casco en moto, 30,7% fumadores, 35,5% consumo excesivo alcohol en una ocasión, 22,9% hachís, 28% relaciones sexuales y 8,4% sin protección; también son inferiores a los datos del Observatorio Español sobre Drogas 2004 (37,4% tabaco, 81% alcohol y 36,6% cannabis), que podría explicarse por la edad menor de nuestra población. Es importante obtener información sobre los riesgos, ya que aumentan las probabilidades de enfermar y sufrir lesiones, determinan el futuro estado de salud en la vida adulta y orientan la intervención de promoción de la salud.

## EPIDEMIOLOGÍA DEL TABAQUISMO EN ADOLESCENTES

*L. Briongos Figuero, M. De Lorenzo Calzón, M. Rodríguez Martínez, C. Gil Muñoz, B. García González y V. Casado Vicente*CS Parquesol. Valladolid. Castilla y León.  
Correo electrónico: laisadoc@hotmail.com**Objetivos.** Conocer la prevalencia y características del tabaquismo en población adolescente.**Tipo de estudio.** Estudio transversal (descriptivo observacional).**Ámbito de estudio.** Centro de Salud.**Sujetos.** Muestreo aleatorizado por conglomerados. 303 adolescentes escolarizados (12-19 años).**Mediciones e intervenciones.** Cumplimentaron cuestionarios validados (CHIP-AE, Fagerström para adolescentes y test de Richmond). Procesamiento mediante SPSS 14<sup>®</sup>. Los resultados se expresan como porcentaje con IC 95% y nivel de significación  $p < 0,05$ . Correlación bivalente mediante ANOVA.**Resultados.** 79% no ha fumado nunca; 5,5% fuman a diario; 6,9% fuman esporádicamente y 8,6% exfumadores. 2,7% se inició a los 9 años. 3,1% fuma una vez o más a la semana y 3,4% con menos frecuencia, siendo el último consumo "durante la última semana": 8,6%; "el mes pasado": 5,6% y "el año pasado": 4%. El 5% fuma < 10 cig/día. 45,3% tiene amigos fumadores y 43,2% convive con fumadores. Tienen dependencia baja 6,8% y alta 1,1%. La motivación para dejarlo es baja en 3,6%; moderada en 3,2% e importante en 1,4%. Los principales motivos son voluntad propia (4,5%) y los efectos negativos (2,1%).

**Conclusiones.** El 21% de nuestros adolescentes es fumador, dato concordante con la Encuesta Nacional de Salud y con el Observatorio Nacional sobre Drogas. La edad media de inicio en España es de 13,2 años. La prevalencia de fumadores en el entorno expone la influencia del tabaco en el inicio y mantenimiento del hábito, con los riesgos para la salud que ello implica. Dada la escasa motivación para dejar el hábito es importante promover el no inicio.

### ALIMENTACIÓN EN LOS ADOLESCENTES

*J. Santos Pastor, C. Magaña Santos, V. Casado Vicente, C. Avellaneda Martínez, C. Castaño Yubero y R. Labajo Robledo*

Carbonero El Mayor. Carbonero El Mayor. Segovia. Castilla y León.  
Correo electrónico: jcsantospastor@terra.es

**Objetivos.** Conocer los hábitos alimenticios de los adolescentes para poder valorar actuaciones según las necesidades y deficiencias encontradas.  
**Tipo de estudio.** Estudio transversal de prevalencia. Cuestionario CHIP-AE versión española. Análisis datos SPSS® 11.

**Ámbito de estudio.** Sujetos de 14 a 20 años en IES urbanos.

**Sujetos.** Muestra 422 sujetos.

**Mediciones e intervenciones.** Resultados cuantitativos: media aritmética y desviación estándar. Resultados cualitativos: porcentaje e intervalo de confianza al 95% ( $p < 0,05$ ).

**Resultados.** 44,5% varones, 55,5% mujeres, edad media 16,7 (DE 1,46). Un 53,5% toma frutas, verduras o ensaladas a diario. Un 49,9% toma carne, pollo o pescado, no fritos varias veces a la semana. Un 67% toma a diario o casi leche o yogurt desnatado. Un 45,8% toma varias veces a la semana cereales, productos integrales o legumbres. Un 73,3% toma comida rápida a diario o casi a diario. Un 66% toma comidas saladas a diario o casi todos los días. Un 45,5% toma productos azucarados todos o casi todos los días. Haciendo una combinación de comidas sanas un 32,9% no llegan a realizarlas nunca o sólo alguna vez al mes. Mientras que 27,7% hace una combinación de comida poco sanas por lo menos varias veces a la semana.

**Conclusiones.** Aunque los resultados son mejor que la ENS, existe un número importante de adolescentes que no sigue las recomendaciones de la pirámide de alimentación, muchos de los jóvenes no toman fruta, verdura o ensaladas a diario, al igual que muchos no consumidores habituales de comida rápida, salada o azucarada. Es necesario desde atención primaria educar a los adolescentes en patrones de alimentación saludables.

### BIENESTAR EMOCIONAL Y LIMITACIONES DE LA ACTIVIDAD

*C. Lorient Lobo, B. García González, L. Briongos Figuero, F. García Martín, A. Botrán Velicia y V. Casado Vicente*

CS Parquesol. Valladolid. Castilla y León.  
Correo electrónico: c.lorient@hotmmail.com

**Objetivos.** Conocer el bienestar emocional y las limitaciones de la actividad como variables de la salud de los adolescentes de nuestra Zona básica de Salud.

**Tipo de estudio.** Estudio de prevalencia, mediante cuestionario de perfil de salud en adolescentes (CHIP-AE).

**Ámbito de estudio.** Adolescentes de 12 a 19 años escolarizados en la ZBS ( $n = 348$ ).

**Sujetos.** Adolescentes de 12 a 19 años.

**Mediciones e intervenciones.** Muestreo aleatorio por conglomerados. Paquete estadístico SPSS 14.0.

**Resultados.**  $N = 303$ , 49,8% varones y 50,2% mujeres, edad media 14,3. Sólo 39,6% no ha tenido nunca dificultades para conciliar el sueño, 20,2% se han levantado como nuevos, algún día el 43,7% ha estado triste, 39,3% les ha costado relajarse, 58% ha estado nervioso o tenso, 65,3% ha estado de mal humor, 46% irritable o quejoso, 26,5% ha llorado mucho, 25,8% ha tenido miedo a algo, 19,5% afirma no haberse sentidos queridos ningún día. Un 23,6% tampoco han tenido sensación de hacerlo todo bien y un 4,6% ha tenido ideación suicida. No han faltado a clase ningún día un 66,3% ni han presentado limitaciones de la actividad para una vida normal.

**Conclusiones.** Nuestros porcentajes son similares a los de la Encuesta Nacional de Salud, donde 14,73% de los adolescentes presentan problemas de depresión o ansiedad. Asimismo la mayoría (90%) no presentan limitaciones de la actividad. La adolescencia es una etapa de ciclo vital en la

que se generan tensiones, su forma de enfrentarlas puede conllevar conductas de riesgo y problemas de ansiedad y depresión. El despistaje precoz podría ayudar a reconducir este malestar psico-social.

### SENSIBILIZACIÓN A MADRES ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIO SANITARIA

*A. De La Vega Olmeda e I. García-Heras Carretero*

Villa de Vallecas. Madrid. Madrid.  
Correo electrónico: neni\_gh@hotmail.com

**Objetivos.** Debido al incremento de madres muy jóvenes, mayoritariamente gitanas, con dificultades en el ejercicio de sus funciones parentales, surge la necesidad de realizar un proyecto con el objetivo de conseguir un cambio en la forma de actuar y conducta de dichas madres y su entorno y así lograr conductas más adaptadas a la realidad actual.

**Descripción.** Se trabajó con madres y embarazadas entre 15-21 años, en una zona marginal, desde el 01/03/06 al 28/06/06. Se realizaron 18 sesiones semanales con una duración de 2 horas, divididas en 4 talleres: Salud maternal (lactancia, embarazo, cuidados post-parto, alimentación, cuidados básicos del bebé y la madre, menor en riesgo, área afectivo-sexual: embarazo no deseado, ETS, etc., y acceso a los servicios normalizados: pedir cita, revisiones del pediatra, vacunaciones); actividades conjuntas con esposo y familias extensas (salidas conjuntas, sesiones informativas y actuaciones en medio abierto); taller de aprendizaje de la vida cotidiana (gestiones administrativas y de vivienda pública, RMI, empleo para su pareja y escolarización de menores); y nos ayudamos.

**Conclusiones.** Acuden 18 mujeres, 8 continuamente y 10 intermitentemente. La actitud de acogida, participación e integración al grupo es positiva. Al finalizar las sesiones todas las madres, que acuden regularmente cuentan con tarjeta sanitaria propia y de los menores; cartilla de seguimiento pediátrico y vacunaciones de los niños; seguimiento del embarazo. Nueve tienen contacto directo para Madrid Salud (CMS), Programa de Planificación Familiar y/o Programa de Menor en Riesgo. La mayoría han pasado a formar parte de un grupo de habilidades sociales.

### RESULTADO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA BREVE SOBRE HÁBITOS TÓXICOS EN ADOLESCENTES

*E. Escobar Sánchez y H. Mora Rodríguez*

CS General Fanjul y CS Las Águilas. Madrid.  
Correo electrónico: lalena\_1978@hotmail.com

**Objetivos.** Evaluar resultados de intervención educativa breve en adolescentes sobre hábitos tóxicos. Elaborar y aplicar intervención educativa.

**Tipo de estudio.** Estudio antes-después de intervención educativa en adolescentes. Pre-intervención se realizó encuesta anónima y autocumplimentada. Según resultados, se elaboró intervención educativa incidiendo en puntos con mayor desconocimiento. Postintervención se realizó misma encuesta para valorar cambios.

**Ámbito de estudio.** Cinco centros educativos, tres titularidad pública, dos privada-religiosa.

**Sujetos.** Estudiantes 1º y 2º bachillerato. Tamaño muestral calculado 207 alumnos.

**Mediciones e intervenciones.** Variable selección: -Curso escolar. Variable respuesta: -Número de respuestas correctas pre y post-test. Variables universales: -Edad. -Sexo.

**Resultados.** Contestaron 229 alumnos. Chicas 62%, cursaban religión 24%, edades 16 y 19 años, con incidencia en 17 años. Un 61% habían fumado alguna vez, edad media inicio del consumo 13 años (22%). De estos fumadores 33% sólo lo han probado y 18% fuman a diario. Ítems acerca del tabaco estadísticamente significativos: tabaco como droga (pre 73%- post 81%), fumar hace sentir bien (no pre 74%- no post 83%), fumar es tan malo como dicen (pre 53%-post 73%). Un 89% habían probado alcohol alguna vez, edad media primera consumición 14 años (23%). Un 50% consumen ocasionalmente y 33% bebe fines de semana. Ítems acerca del alcohol estadísticamente significativos: alcohol como droga (pre 55%- post 67%), alcohol como estimulante (pre 34%- post 45%). Cannabis droga ilegal más consumida (48%).

**Conclusiones.** -Tras intervención existe aumento de conocimientos. -Mayor concienciación de gravedad del consumo sustancias tras intervención. -No se observaron cambios en hábitos. -Desde AP debemos insistir e informar a jóvenes en nuestras consultas.

**ALCOHOL, ¿QUÉ OPINAN NUESTROS ADOLESCENTES?**

L. Santos Francisco, H. Socas Domínguez, Z. García Rojas, M. Rufino Delgado, M. Marco García y A. Solbes Caro

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Santa Cruz de Tenerife, Zona 1. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias.  
Correo electrónico: sacosroteh@hotmail.com

**Objetivos.** Valorar las creencias que tienen los adolescentes sobre el consumo de alcohol y los conocimientos sobre los efectos del mismo en la salud.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito de estudio.** Institutos de educación secundaria públicos, de una zona suburbana, durante la primera semana de junio de 2007.

**Sujetos.** Adolescentes de 12 a 18 años, que cursan estudios de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato.

**Mediciones e intervenciones.** Encuesta anónima autoadministrada que explora conocimientos y creencias sobre el alcohol. Otras variables: edad, sexo, consumo de alcohol, edad de primera borrachera. Análisis estadístico: cálculo de frecuencias y descriptivos. Programa SPSS 13.0.

**Resultados.** 359 adolescentes encuestados. Edad media: 14,77 años (DE: 1,53). Mujeres en el 50,7%. Un 68% ha probado el alcohol. Los motivos más frecuentes para la experimentación fueron: curiosidad (60,2%), diversión (47,5%), por consumirlo en el ámbito familiar (23%). Presentaron nivel adecuado de conocimientos sobre el alcohol en relación a los efectos orgánicos y en la conducción de vehículos. Fueron bajos los conocimientos en relación a considerarlo como una droga que crea dependencia física-psicológica. En relación a las creencias, piensan que ayuda a animar las fiestas (44,4%), evadirse de problemas cotidianos (16,9%), se liga más (11,2%) y aporta madurez (4,7%). Un tercio se ha emborrachado en alguna ocasión a la edad media de 14 años (rango: 9-18).

**Conclusiones.** Es elevado el porcentaje de adolescentes que ha probado el alcohol, siendo el principal motivo la curiosidad. A pesar de que existen niveles adecuados de conocimientos en relación a los efectos orgánicos del mismo, persisten creencias erróneas que favorecen su consumo.

**PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL MEDIO ESCOLAR**

M. González Fernández-Conde, M. Manzano García, J. Maderuelo Fernández y M. Carreto Sánchez

Garrido Sur. Salamanca. Castilla y León.  
Correo electrónico: margonzalezf@wanadoo.es

**Objetivos.** -Retrasar la edad de inicio del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales. -Disminuir la prevalencia en relación a lo esperable del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas ilegales en los adolescentes. -Disminuir los factores de riesgo asociados al consumo de drogas. -Reducir dosis y frecuencia de consumo en el uso problemático de drogas.

**Tipo de estudio.** Estudio de intervención comunitaria cuasiexperimental con grupo control.

**Ámbito de estudio.** Centro de Salud Urbano. Instituto de Enseñanza Secundaria Obligatoria.

**Sujetos.** Estudiantes de ESO (de 1º a 4º).

**Mediciones e intervenciones.** Aplicación del programa de prevención universal del consumo de drogas "Construyendo Salud" durante 4 años en el medio escolar en colaboración sanitarios/profesores, dentro de las aulas. Aplicación de un programa de prevención del consumo de drogas en el medio familiar desarrollado por los sanitarios de forma paralela en el medio escolar. Creación de la consulta del adolescente en el Centro de Salud/Instituto. Trabajo con la policía de barrio y mediadores sociales. Recogida datos mediante cuestionario validado y autoadministrado.

**Conclusiones.** En el curso 2005-2006 finalizó la intervención. Actualmente se está realizando el análisis estadístico de los datos. Los resultados del primer año son muy positivos: se ha retrasado la edad media de inicio del consumo de tabaco y la media de cigarrillos/semana fumados. Ha disminuido el número de adolescentes consumidores de alcohol en el último mes así como el número de borracheras. Se ha modificado la actitud de consumo. La implicación de profesionales sanitarios en los programas comunitarios es fundamental para la prevención del consumo de drogas en los adolescentes.

**Sesión 2**

Jueves 8 de noviembre - 9.00- 11.30 h

Sala 2, Institución Ferial de Castilla y León

Valladolid

**Atención al anciano****¿UN PROGRAMA MULTIFACTORIAL Y COMUNITARIO PREVIENE LAS CAÍDAS EN ANCIANOS DE LA COMUNIDAD?**

M. Pujiula Blanch, M. Quesada Sabaté, E. Avellana Revuelta, R. Ramos Blanes y N.G. Ventura Taberner

ABS Salt. Salt. Girona. Cataluña.  
Correo electrónico: pujula@comg.es

**Objetivos.** Evaluar la efectividad de un programa de intervención multifactorial y comunitario para disminuir el número de caídas y sus complicaciones, en la población  $\pm$  70 años de una comunidad.

**Tipo de estudio.** Estudio de intervención comunitaria, multicéntrico con grupo control y sin asignación aleatoria.

**Ámbito de estudio.** Comunitario.

**Sujetos.** Personas  $\pm$  70 años.

**Mediciones e intervenciones.** El grupo de intervención (GI) es la comunidad objeto de una intervención multifactorial con actividades comunitarias, individuales en la consulta o domicilio y sobre los profesionales, durante 2 años. El grupo control (GC) es la comunidad que recibe la atención sanitaria habitual. Mediante una encuesta específica, se recogieron los datos de dos muestras aleatorias representativas, GI (n = 329) y GC (n = 379) estableciéndose la línea de base. Finalizado el periodo evaluamos la efectividad de la intervención mediante nuevas muestras aleatorias a las que se ha realizado la misma encuesta, GI (n = 292) y GC (n = 310).

**Resultados.** Personas que caen: GI basal 29% (IC95%: 25,8-31,9) y post-intervención 31% (IC95%: 25,6-36,5). GC basal 32% (IC95%: 28,8-35,2) y post-intervención 30% (IC95%: 24,9-35,4). Caídas con fracturas: GI basal 10,4% (IC95%: 6-16,3) y post-intervención 5,3% (IC95%: 2-11,2); GC basal 7% (IC95%: 4-11,2) y post-intervención 10,7% (IC95%: 5,8-17,7). Caídas con asistencia médica: GI basal 45,4% (IC95%: 37-54) y post-intervención 43,8% (IC95%: 34,4-54,4). GC basal 30,3% (IC95%: 24,3-36,8) y post-intervención 40,8% (IC95%: 31-51,2).

**Conclusiones.** Un programa de intervención comunitario multifactorial en personas  $\pm$  70 años no reduce el número de caídas a los 2 años pero se observa una tendencia a la reducción de sus consecuencias, y puede integrarse en la actividad asistencial habitual.

**DE UNA EXPERIENCIA PILOTO CON ALZHEIMER A UN PLAN REGIONAL DE ALZHEIMER (8 AÑOS DE VIAJE) O LA HISTORIA INTERMINABLE DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN SANITARIA A LOS ENFERMOS CON ALZHEIMER**

A. Rodríguez-Navas González, L. Jiménez Gago y A. Foncubierta Fernández

CS Joaquín Pecé. La Ardila. San Fernando. Andalucía.  
Correo electrónico: angelrng19@hotmail.com

**Objetivos.** Aumentar calidad asistencia sanitaria Alzheimer y familias Rentabilizar y maximizar recursos ante estos grandes demandantes Hacer real la discriminación positiva a estos colectivos Aumentar respiro enfermos y familiares.

**Descripción.** Fruto II Jornadas Alzheimer (1998) local y a propuesta administración, ponemos en marcha experiencia piloto en nuestra área de salud, involucrando instituciones asistenciales sanitarias y sociales, institucionales/privadas. Familiares enfermos Alzheimer asociados demandan explícitamente al Sistema Sanitario dispositivo asistencial específico. Respóndese negativamente: deben enmarcarse dentro de los servicios sanitarios existentes. Nos posicionamos con objetivos generales Plan de Atención a enfermos de Alzheimer y otras demencias (1999/2000), coin-

ciendo planteamientos SEMFyC (avances poco significativo práctica clínica diaria, fundamental información y soporte profesional - humano, así como la troncularidad básica profesionales primaria. Formación equipo AP, paso previo, para incluir la nueva forma de relación con estos enfermos y familiares en nuestra cartera de servicios (experiencia piloto). Hoja informativa Servicio de Salud reseñamos nuevo marco apoyo del centro de salud. Basándose en este escrito y experiencia local, la administración crea plan atención sanitaria a ellos. Tras más de cinco años, es hora de hacer balance.

**Conclusiones.** -Nuevas respuestas a nuevas demandas, crean planes regionales (intento generalización). -El desplazamiento programado médico a colectivos (enfermos y familiares) disminuye presión asistencial. -La discriminación positiva colectivos grandes demandantes descongestiona centro. -¿La personalización médico-enfermos específicos/familiares crea subespecialización? -Trabajo conjunto profesionales servicio sanitario/asociaciones posible y beneficioso. -Perversión: relaciones con solidadas puerta abierta a que otros asociacionismos pidan.

### ¿LOS ANCIANOS DEPENDIENTES CAEN O LOS QUE CAEN SE VUELVEN DEPENDIENTES?

*N. Ventura Taberner, M. Quesada Sabaté, M. Pujiula Blanch, E. Olabarrieta Zaro, H. Mourriño Vilarriño y G. Apoc Salt*

ABS Salt. Salt. Girona. Cataluña.

Correo electrónico: p416unvt@pgirona.scs.es

**Objetivos.** Analizar la relación entre el nivel de dependencia y presencia de caídas en población anciana.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo transversal en 2 tiempos.

**Ámbito de estudio.** 2 comunidades urbanas.

**Sujetos.** Muestras aleatorias de personas mayores de 70 años (n = 687 en 2001 y n = 583 en 2003).

**Mediciones e intervenciones.** Se miden las variables: Edad, sexo, nivel de dependencia y caídas en el último año. Consideramos como dependencia baja (DB) las categorías A y B del test de Katz, y como dependencia alta (DA) el resto de categorías.

**Resultados.** Nivel de dependencia: Alta 10% (2001) y 13% (2003). Patrón de dependencia según sexo y edad: Sin diferencias en los dos cortes, entre mujeres y hombres manifiestan DA el 69% y 31% respectivamente; y con DB de 58% y 42% respectivamente. La DA en mayores de 80 años es de un 77% (2001) y un 51% (2003). Prevalencia de caídas de 30% en los dos cortes. Caídas en función del nivel de dependencia: Con DA caen un 54% (IC95%: 45-62) y con DB caen un 26,5% (IC95%: 24-28) con una p < 0,001, manteniéndose este porcentaje en el tiempo.

**Conclusiones.** En población mayor de 70 años entorno al 10-13% tienen un nivel de dependencia alta, comportando una carga familiar y socio-sanitaria muy importante. Nuestra Comunidad Autónoma registra el 14,5% de personas > 65 años con discapacidad para actividades de la vida diaria. Podemos establecer un perfil de DA correspondiente a mujeres, mayores de 80 años y con caídas previas como la población de más riesgo, susceptible de valorar estrategias preventivas para disminuir esta problemática.

### EL ANCIANO DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

*I. Jiménez Martínez, B. Romero Otero, E. De La Torre Merinero, I. Fernández Fernández, J. Pou Bordo y J. Plovins Gomila*

CS Urbano Docente. Palma de Mallorca. Illes Balears.

Correo electrónico: empiezapor@yahoo.es

**Objetivos.** Describir las características clínicas, de control y terapéuticas en pacientes ancianos diabéticos.

**Tipo de estudio.** Descriptivo con información secundaria en historia clínica referida a los dos últimos años.

**Ámbito de estudio.** Centro de salud urbano docente.

**Sujetos.** De 1.897 > 70 años adscritos a 8 cupos se seleccionaron los diabéticos con al menos una visita entre 2004-2006.

**Mediciones e intervenciones.** Personales; antropométricas; antecedentes familiares; tiempo evolución diabetes, tratamiento, HbA1c; tabaquismo, tensión arterial, colesterol, LDL HDL, triglicéridos, tratamiento riesgo cardiovascular.

**Resultados.** 349 pacientes: prevalencia = 18,4% (intervalo de confianza 95%: 16,7-20,2%); media de edad: 77,8 años, el 60,2% mujeres. Tiempo

medio de evolución de la DM: 12,6 años, (P25 = 6 años-P75 = 19 años). El 8,8% fumadores y ex-fumadores: 19,7%. Constaba IMC en 205 pacientes (58,7%) de los cuales 74 (36,1%) tenían sobrepeso, 107 (52,2%) obesos. El 80,5% eran hipertensos. En las tres últimas tomas el 27,4% tensiones sistólicas < 130 y un 75,1% diastólicas < 80 mmHg. Tenían dislipemia el 61,9% y 39,5% tratados. El 39% antiagregados. Tenían HbA1c < 7 el 60,0%. Tratamientos: biguanidas (42,7%), sulfonilureas (36,4%). El 20,9% insulinizados: con NPH sola el 50,7%, con dos insulinas el 38,4%. **Conclusiones.** Casi uno de cada cinco > 70 años tiene diabetes, la mayoría de más de diez años de evolución. Debería mejorarse el control del riesgo cardiovascular (aún fuman uno de cada diez, sólo uno de cada cuatro tienen la tensión controlada). La mayoría tienen un buen control metabólico. En buena parte de los casos se consigue sólo con biguanidas, aunque el cuatro de cada diez están insulinizados.

### EVALUACIÓN DE UNA UNIDAD GERIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: IMPLICACIONES PARA UN NUEVO MODELO DE GESTIÓN

*R. Torres Allepuz, X. Sibera Areste, C. Mayer Piulachs, R. Estébanez Taberner, M. Aballí Acosta y M. Almiñana Riqué*

Centro de Atención Primaria Larrard. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: rmtorres@caplarrard.net

**Objetivos.** Implementar la estructura organizativa y funcional de una unidad geriátrica (UG) en un Centro de Salud (CS) y evaluar la efectividad de dicha unidad monitorizando indicadores.

**Descripción.** Unidad geriátrica: Ubicada en dos áreas básicas de salud urbanas en Barcelona. Una geriatra, una enfermera y una responsable atención al usuario. Clientes externos: 24 residencias sociales (RS) (> 30 profesionales y 1100 usuarios). Clientes internos: pacientes derivados por profesionales del CS. Diseño de los aspectos organizativos y funcionales de la unidad: Presentación de la unidad a los responsables higiénico-sanitarios de las residencias mediante entrevistas individualizadas. Creación de circuitos y registros. Programación y establecimiento de un calendario de entregas de recursos sanitarios necesarios para los usuarios de las residencias. Accesibilidad a la UG mediante vía telefónica o e-mail, visitas personales programadas. Tipo de actividades implantadas: Tramitación solicitudes según circuitos y cronograma. Visitas programadas con usuarios y responsables de residencia. Visitas domiciliarias a residencia y a domicilios (periódicas/casos complejos). Seguimiento telefónico de pacientes. Detección de necesidades sanitarias de los usuarios de las residencias. Resolución de incidencias. Sesiones clínicas y grupos de trabajo en el CS. Indicadores diseñados para monitorizar y evaluar la unidad: Indicadores de farmacia, de reclamaciones, y de necesidades sanitarias. Encuesta de satisfacción a profesionales RS. Reuniones conjuntas en el CS con responsables residencia.

**Conclusiones.** La UG en un CS optimiza y agiliza las prestaciones sanitarias hacia las RS. La relación interprofesional entre UG y responsables RS garantizan el continuum asistencial de los residentes. Geriatria como especialidad en atención primaria.

### ATENCIÓN PRIMARIA Y LOS ANCIANOS. UNA APROXIMACIÓN A TRAVÉS DE LAS HOSPITALIZACIONES EVITABLES

*P. Magán Tapia, Á. Alberquilla Menéndez-Asenjo, Á. Otero Puime, J. Ribera Casado, S. Estrada De la Viuda y M. Gil de Pareja Palmero*

Epidemiología Clínica. Unidad Investigación Hospital 12 de octubre. Madrid.

Sistemas de Información Sanitaria. Gerencia Atención Primaria Área 11.

SERMAS. Cátedra de Medicina de Familia y Atención Primaria UAM/Novartis. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública Universidad Autónoma de Madrid. Departamento de Geriatria. Hospital Clínico San Carlos Gerencia Atención Primaria Área 11. SERMAS.

**Objetivos.** Describir el comportamiento de las Hospitalizaciones Evitables por Ambulatory Care Sensitive Conditions (HE-ACSC) en una comunidad autónoma. Explorar su relación con variables sanitarias y socio-económicas.

**Tipo de estudio.** Estudio transversal, observacional, ecológico.

**Ámbito de estudio.** Una comunidad autónoma. Unidad de análisis: distrito sanitario (DS).

**Sujetos.** Se consideraron HE-ACSC, aquellas hospitalizaciones de mayores de 65 años, en cuyo diagnóstico principal al alta figuraba registrado alguno de los códigos incluidos en el listado validado para España. Se calcularon las tasas estandarizadas por edad y sexo de HE-ACSC (TE-

ACSC) mediante el método directo para el trienio 2001-2003. Variables independientes: sanitarias (presión asistencial, médicos de familia/mil habitantes, accesibilidad a centros sanitarios y número de residencias); socioeconómicas (renta, nivel de estudios, características del domicilio).

**Mediciones e intervenciones.** Se describió y estudió la variabilidad de las TE-ACSC. Análisis bivariado: regresión de Poisson. Análisis multivariante: análisis factorial previo a la regresión de Poisson.

**Resultados.** Las TE-ACSC oscilaron entre 12,20% y 69,03% entre distritos. Razón variación = 5,66. Distribución geográfica: menores tasas en los DS del centro. Análisis bivariado: relación inversa y significativa ( $p < 0,05$ ) entre la TE-ACSC con el porcentaje de población universitaria y renta; y una relación directa con el porcentaje de población sin estudios y la presión asistencial. Análisis multivariante: se encontró asociación significativa con los factores que incluían las variables socioeconómicas.

**Conclusiones.** Se observa variabilidad en las TE-ACSC entre los DS. Las diferencias en las TE-ACSC se relacionan principalmente con características socioeconómicas. Estos hallazgos nos obligan a utilizar con cautela las HE-ACSC como indicador de calidad de los servicios prestados por Atención Primaria.

### FRAGILIDAD GERIÁTRICA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA: VALIDACIÓN PREDICTIVA DE UN INSTRUMENTO

F. Orfila Pernas, F. Cegri Lombardo, E. Limón Ramírez, I. López Pavón, R. López Pisa y L. Belmonte Calderón

CAP Maragall, CAP Santa Coloma, CAP Gavarra, BSA, CAP Ronda, SAP Muntanya. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: forfila.pbcn@ics.scs.es

**Objetivos.** Desarrollar un instrumento para la detección de ancianos frágiles y validarlo de forma predictiva mediante un seguimiento de dos años.

**Tipo de estudio.** Estudio longitudinal prospectivo multicéntrico de validación.

**Ámbito de estudio.** Atención Primaria.

**Sujetos.** Muestra aleatoria de 691 mayores de 70 años, con historia en los centros participantes.

**Mediciones e intervenciones.** Instrumento de cribado evaluando las dimensiones: visión, audición, incontinencia, ingresos, caídas, funcional, movilidad, cognitiva, afectiva, social, polifarmacia, nutrición y salud percibida. Administración en la consulta, por médico o enfermera. Seguimiento evaluando los eventos mortalidad, institucionalización e inclusión en atención domiciliaria.

**Resultados.** 56% son mujeres. Edad 76,7 (DE 4,7). Un 55% tenían tres o más dimensiones afectadas. Pérdidas en el seguimiento 9,9%. Tasa de eventos de 9,6% a los 2 años (mortalidad 5,7%, institucionalización 1,6%, atención domiciliaria 2,3%). De forma bivariada, las dimensiones asociadas significativamente a eventos fueron incontinencia, ingresos, funcional, movilidad, cognitiva, polifarmacia y salud percibida. El análisis de sensibilidad mostró un punto de corte de 3 dimensiones afectadas para establecer cribado positivo (Sensibilidad 76%; Especificidad 47%; Cociente Probabilidad Positivo 1,43). El análisis multivariante con las dimensiones del instrumento ajustando por edad y sexo mostró que los eventos en el seguimiento eran explicados principalmente por las dimensiones: salud percibida, estado funcional e ingresos hospitalarios previos.

**Conclusiones.** El instrumento resultó de aplicación sencilla. Como cribado, sus propiedades apuntan al corte de 3 dimensiones para definir positividad. La validación predictiva del instrumento frente a eventos en el seguimiento se ve afectada por la baja tasa de eventos acaecidos en dos años de seguimiento, sugiriendo la necesidad de un seguimiento más largo.

Financiación: FIS (PI031655).

### COMORBILIDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE SALUD MAYORES DE 65 AÑOS

V. Coronado Vázquez, M. Martín Gómez, S. Vaz Montero, A. Ortega Carpio, M. Macías Colorado y R. Álvarez Miralles

CS Ayamonte, CS Cartaya, Distrito Sanitario Huelva-Costa. Ayamonte. Andalucía.  
Correo electrónico: mvcoronado@msn.com

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de dependencia. Valorar la relación entre comorbilidad y grado de dependencia. Evaluar la función cogniti-

va, capacidad funcional y riesgo de caídas. Describir el tipo de cuidados recibidos.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito de estudio.** Centro de Salud rural.

**Sujetos.** Muestreo aleatorio entre los pacientes incluidos en el programa. Tamaño: 284 personas, (precisión del 5%, prevalencia esperada de comorbilidad del 70% y nivel confianza 95%).

**Mediciones e intervenciones.** -Puntuación en cuestionarios de Pfeiffer, Barthel, Lawton-Brody y riesgo de caídas. -Comorbilidad: hipertensión, diabetes, patología osteoarticular.

**Resultados.** La prevalencia de dependencia es del 29% IC95% (23-35). El 22,2% es leve y el 3,6% severa. El 67,6% de los dependientes reciben cuidados siendo éstos informales en el 51,4%. Hay un 45,6% de diabéticos, 75% de hipertensos y el 41,5% presentan patologías osteoarticulares. El 27% tienen riesgo de caídas. El 22,2% tienen deterioro cognitivo. Asociación significativa del grado de dependencia con deterioro cognitivo ( $\chi^2$  114,7), patología osteoarticular ( $\chi^2$  32,2) y riesgo de caídas ( $\chi^2$  61,6) ( $p = 0,000$ ). El análisis de regresión logística ordinal indica que tener un deterioro cognitivo grave multiplica por 76,7 el riesgo de presentar una dependencia severa y por 14,8 una leve ( $p = 0,000$ ).

**Conclusiones.** Un tercio de los pacientes son dependientes. Sólo el 16,7% recibe cuidados formales. Existe una elevada comorbilidad. El deterioro cognitivo y la patología osteoarticular se asocian a un mayor grado de dependencia y riesgo de caídas.

## Sesión 3

Jueves 8 de noviembre - 12.00-14.30

Sala 1, Institución Ferial de Castilla y León

Valladolid

## Atención a la mujer/embarazo

### INCIDENCIA DE DISFUNCIÓN TIROIDEA POSPARTO Y ESTUDIO DE LOS POSIBLES FACTORES ASOCIADOS EN LAS EMBARAZADAS DE UNA ZONA DE SALUD

J. Jaén Díaz, F. López De Castro, B. Cordero García, J. Sastre Marcos, F. Santillana Balduz y C. Martín Dal Gesso

Santa Mª de Benquerencia. Toledo. Castilla-La Mancha.  
Correo electrónico: ijd02@hotmail.com

**Objetivos.** Valorar la incidencia de tiroiditis posparto (TPP) y los factores asociados en un colectivo de embarazadas sanas eutiroideas.

**Tipo de estudio.** Observacional descriptivo prospectivo.

**Ámbito de estudio.** Zona de salud urbana.

**Sujetos.** 157 embarazadas reclutadas del programa de control de embarazo durante un año.

**Mediciones e intervenciones.** Se recogieron: IMC, edad, grupo y Rh, tabaco, anticonceptivos, lactancia, abortos y embarazos anteriores. Se determinó TSH, T4, TPOs y yoduria en primer trimestre y a los 3 y 6 meses posparto. Se realizaron 2 ecografías tiroideas (primer trimestre y 3 meses posparto) para establecer el volumen tiroideo y la ecogenicidad. Se consideró TPP cualquier alteración en la TSH a los 3 y/o 6 meses posparto. **Resultados.** Se encontraron 25 casos de TPP (15,9%) [IC95% 10,2-21,6], el 44% eran TPO+. La yoduria (mediana) fue de 155 mg/L en las TPP, frente a 135 en no-TPP [ $p = 0,757$ ]. No encontramos diferencias relevantes entre ambos grupos en los valores hormonales ni en volumen tiroideo. Si en la ecogenicidad, alterada más frecuentemente en TPP. Encontramos menor IMC en TPP que en el resto (21,7 vs 24,5;  $p = 0,000$ ). No se observó asociación entre TPP y el resto de parámetros estudiados excepto el Rh (mayor frecuencia de TPP en Rh negativas - 33,3 vs 12,2%; PEF 0,015).

**Conclusiones.** La incidencia de TPP detectada es superior a la registrada a nivel internacional y nacional, oscilando esta última entre el 6,5 y 7,8% en los dos únicos trabajos encontrados. Las únicas variables asociadas halladas son el IMC y el factor Rh, no estando descrita esta última en la bibliografía consultada.

## USO Y CRITERIOS DE ELECCIÓN DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA POBLACIÓN FEMENINA ESPAÑOLA

C. López Del Burgo, C. López De Fez y J. De Irala Estévez

Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra.  
Correo electrónico: cdefez@yahoo.es

**Objetivos.** Valorar cuáles son los métodos de PF que más han utilizado y usan en la actualidad las mujeres españolas así como objetivar las características de los métodos que consideran más importantes a la hora de su elección.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito de estudio.** Nacional.

**Sujetos.** Muestra representativa de la población femenina española en edad fértil, entre 18 y 49 años (n = 848).

**Mediciones e intervenciones.** Utilizamos un cuestionario anónimo de 30 preguntas sobre PF. Se realizaron análisis estadísticos univariantes mediante el programa estadístico SPSS.

**Resultados.** La edad media de las mujeres participantes es de 31,5 años. El 91% de las mujeres de la muestra han nacido en España y el 57,5% están casadas. El 64,7% de las mujeres tienen intención de quedarse embarazadas en el futuro. El 52,3% había propuesto al médico el método que utilizaban. Los métodos de PF que más utilizados son el preservativo y los anticonceptivos orales. Destacan como características importantes a la hora de la elección de un método la eficacia, la comodidad y la ausencia de efectos secundarios.

**Conclusiones.** A pesar de que el preservativo no es plenamente eficaz, es el método de PF más utilizado por las mujeres españolas. De igual manera, a pesar de que los anticonceptivos orales pueden tener múltiples efectos secundarios sobre la salud, son los métodos más utilizados después del preservativo por las mujeres españolas. Estos resultados muestran que en la práctica, además de la eficacia y de los efectos secundarios las mujeres consideran otras características de los métodos a la hora de realizar su elección.

## IMPLANON: CONDICIONES MÉDICAS PREVIAS A LA INSERCIÓN, EN 144 MUJERES SEGUIDAS DURANTE 3 AÑOS POR MÉDICOS DE FAMILIA

T. Cedeño Benavides, M. Agrela Cardona, A. Saavedra Ruiz, S. Duarte Vallejo, E. Jiménez Mejías y L. Arribas Mir

CS La Chana. Granada. Andalucía.

Correo electrónico: milavadora@hotmail.com

**Objetivos.** Conocer las patologías médicas previas al inicio del uso, en una serie de inserciones de Implanon realizadas por médicos de familia (MF).

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo transversal. Seguimiento mediante registro de inserciones, historias clínicas y entrevistas telefónicas.

**Ámbito de estudio.** Centro de salud urbano con 12 MF.

**Sujetos.** Mujeres a las que, sin criterios estrictos de selección, excluyendo contraindicaciones, previo consentimiento informado verbal, insertamos Implanon financiado 100% por el Distrito Sanitario.

**Mediciones e intervenciones.** Patologías médicas registradas en la historia clínica previamente a la inserción.

**Resultados.** Hay 7 (4,86%) pérdidas. Se han seguido 3 años 137 implantes. Edad media 25,53 años, rango 14-45. Adolescentes 16 (11,68%). Nulíparas 57 (41,61%). Inmigrantes 27 (19,71%). Están registradas como fumadoras 59 (40,97%). Asma bronquial se recoge en 11 (7,64%). Ansiedad 8 (5,55%). Rinitis alérgica 8 (5,55%). Migraña 7 (4,86%). Déficit intelectual 5 (3,47%). Dispepsia 5 (3,47%). Depresión 4 (2,77%). Obesidad 4 (2,77%). Miomas uterinos 3 (2,08%). Cefalea tensional 3 (2,08%). Hipotiroidismo 3 (2,08%). Insuficiencia venosa, vejiga inestable, vitiligo, endometriosis, hipertiroidismo, psicosis, litiasis renal, fibromialgia, mastopatía fibroquística y fibroadenomas mamarios, se recogen en 2 (1,39%) mujeres para cada proceso. Otras 28 condiciones más aparecen en una ocasión. La exposición total fue de 4.279 meses, media 31.23 meses/mujer. No hubo ningún embarazo.

**Conclusiones.** Las patologías encontradas previamente a la inserción no son contraindicaciones absolutas del implante. Un número significativo de condiciones que pueden beneficiarse de la inserción del implante.

## ASPECTOS INNOVADORES EN ATENCIÓN A LA SALUD DE LA MUJER

B. Martínez Lechuga, F. Moreno Osuna, M. Gómez García, R. Castillo Castillo, J. Rodríguez Toquero y R. García Hernández

Distrito Sanitario Jaén Norte. Hospital de Montilla. Linares, Montilla. Andalucía.

Correo electrónico: mariab.martinez.sspa@juntadeandalucia.es

**Objetivos.** Conocer aspectos que rodean a comportamientos de la mujer relacionados con salud y enfermedad para promocionar hábitos de vida saludables. La autopercepción del estado de salud y morbilidad percibida son índices válidos y predictores del uso de servicios sanitarios. Estudiar, en mujeres de 30 a 60 años los niveles de salud percibida, factores de riesgo, sociodemográficos y laborales.

**Tipo de estudio.** Transversal, primera parte de un estudio de cohortes.

**Ámbito de estudio.** Atención primaria.

**Sujetos.** Muestra de 180 mujeres de 30 a 60 años, seleccionadas aleatoriamente de la población asignada a 5 cupos médicos urbanos.

**Mediciones e intervenciones.** Encuesta de salud, que recoge cuestionarios NPH y SF-36 Health Survey, así como morbilidad percibida, demanda de atención médica, consumo de fármacos, de tabaco, actividad física.

**Resultados.** Edad media es de 39,6 años, 84,7% son casadas y 11,2% solteras. La peor salud percibida se relaciona con mayor edad, menores estudios y ser ama de casa; al controlar los factores de confusión mediante regresión logística sólo la edad y los estudios superiores se muestran asociados. En todas las dimensiones del NPH las mujeres que trabajan fuera de casa obtienen mejores resultados, especialmente en cuanto a aislamiento social (p < 0,05).

**Conclusiones.** Nuestra cohorte presenta mayoritariamente buena salud percibida, es elevado el consumo de psicofármacos y analgésicos. La edad y el nivel educativo se muestran asociadas a salud percibida, no así la situación laboral. Las encuestadas se muestran interesadas en participar en programas de técnicas de relajación impartidas por personal entrenado en Centro de Salud.

## Cáncer

### EXPERIENCIA EN LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA PILOTO DE CRIBADO DE CÁNCER COLORECTAL EN UN DEPARTAMENTO SANITARIO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

S. Jerez González, C. Lloréns Ivorra, F. Buígues, C. Gisbert, Á. Tomás y D. Salas Trejo

CS Pública, CS Benisa, Hospital Marina Alta. Denia. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: jerez\_ang@gva.es

**Objetivos.** En 2005 se puso en marcha un proyecto piloto de cribado de cáncer colorrectal, en la Comunidad Valenciana, cuyo objetivo es conocer la aceptabilidad en la población diana y su viabilidad organizativa. Presentamos los resultados en nuestro departamento.

**Descripción.** Población diana: Hombres y mujeres de 50 a 74 años censados en 4 municipios del departamento. Se remitió carta invitando a participar y test de sangre oculta en heces (Guayaco) a los interesados, con segunda citación a los 2 meses. Los test se analizaron por el equipo de Atención Primaria. Los pacientes positivos se remitieron a valoración al hospital con colonoscopia y estudio.

**Resultados.** Desde el 10 de octubre del año 2005 hasta el 10 de diciembre del 2006 se emitieron 8.281 cartas de invitación a la población diana. El porcentaje de participación obtenido fue de 43,2%, superando la participación estimada que en otros estudios similares oscila entre el 15% y el 30%. Se analizaron 2.445 tests: 95,52% de los casos con resultado negativo; 2,78% fue positivo; y 1,70% positivo débil, resultando positivo tras restricción dietética el 18,7%. El valor predictivo positivo del test fue de 48,15% incluyendo cáncer invasivo y pólipos adenomatosos de alto y bajo riesgo. El 49% de las colonoscopias realizadas fueron terapéuticas.

**Conclusiones.** La participación alcanzada supera la esperada. La coordinación entre los diferentes profesionales del Departamento y entre las estructuras de salud pública, atención primaria y Hospital han sido fundamentales para el desarrollo del estudio.

## VALORES PREDICTIVOS DE LA RECTORRAGIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Santiago Fierro, M. Masip Fabregat, A. Segura Díaz, I. Sempere Flores, S. Alegret Crespi y J. Llobera Cànaves

CS Son Gotleu. Atención Primaria Mallorca. IBSalut. Palma de Mallorca.

Illes Balears.

Correo electrónico: jhervashp@yahoo.es

**Objetivos.** Estimar el valor de la rectorragia en atención primaria (AP) para el diagnóstico de las distintas patologías relacionadas y la actitud diagnóstica ante la rectorragia.

**Tipo de estudio.** Descriptivo, epidemiológico-clínico.

**Ámbito de estudio.** Centro de salud urbano, 23.332 personas adscritas, barriada deprimida.

**Sujetos.** Pacientes con rectorragia registrada entre enero 2003-junio 2006. **Mediciones e intervenciones.** Sociodemográficas, antecedentes, patologías asociadas y tiempo síntoma-diagnóstico, exploraciones, derivaciones. Análisis: cálculo valores predictivos positivos (VPP) y sus Intervalos de confianza (IC) al 95%.

**Resultados.** Identificamos 111 pacientes con rectorragia. Media edad: 50 años, 54,5% varones. Patologías relacionadas: Hemorroides con 47 casos (VPP = 42,3%; IC95% = 32,7-60,0%), seguido de 10 casos de diverticulitis, 10 de pólipos adenomatosos y 10 de fisura anal (VPP = 9,0%; IC95% = 3,2-14,8%, respectivamente). Hubo 6 casos (VPP = 5,4%; IC95% = 0,7-10,1%) de cáncer colo-rectal (uno previamente diagnosticado). Además, identificamos 397 casos de hemorroides, de los que 47 (11,8%) presentaron rectorragias en el periodo, de ellas sólo 14 estaban previamente diagnosticadas. Había 36 diagnósticos de cáncer de colon y 5 diagnosticados a partir de la rectorragia (13,9%). Tiempo entre el sangrado y el diagnóstico definitivo fue de 113 días de mediana. En un 57,1% se realizó exploración rectal/anal, y un 83,9% fue derivado a diagnóstico.

**Conclusiones.** La mayoría de rectorragias se debieron a hemorroides. Aunque VPP para procesos graves es relativamente bajo, en uno de cada veinte pacientes que sangraron permitió un diagnóstico de cáncer colorrectal, en línea a lo que indica la bibliografía que sitúa el VPP de la rectorragia para el cáncer colorrectal en AP entre 5% y 15%.

## DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN MODELO PREDICTIVO (MODELO PREMM 1,2) PARA ESTIMAR EL RIESGO DE PREDISPOSICIÓN GENÉTICA ASOCIADA AL SÍNDROME DE LYNCH

J. Balmana Gelpí, F. Balaguer, S. Castellví-Bel, E. Steyerberg, A. Castells y S. Syngal

Servicio de Oncología Médica, Consulta Alto Riesgo y Prevención del Cáncer, Hospital Universitari Vall d'Hebron. Departament de Gastroenterologia, Hospital Clínic. Erasmus Medical Center, Rotterdam. Population Sciences Department, Dana-Farber. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: jbalmana@vhebron.net

**Objetivos.** El síndrome de Lynch es la principal predisposición genética al CCR. Identificar las personas de alto riesgo permite individualizar su seguimiento. El modelo PREMM1,2 se desarrolló para identificar personas con sospecha de alto riesgo de síndrome de Lynch mediante estimación del riesgo de portador.

**Tipo de estudio.** Presentamos este modelo junto a su capacidad de discriminación en una población española de CCR (EPICOLON).

**Ámbito de estudio.** El modelo PREMM1,2 se desarrolló a partir de un análisis de regresión logística con los datos personales y familiares de 1914 individuos que realizaron estudio genético de MLH1/MSH2 por sospecha de síndrome de Lynch.

**Sujetos.** El modelo ha sido validado en una cohorte española de 1222 individuos con CCR a los que se realizó estudio genético si presentaban alteraciones moleculares en el tumor.

**Mediciones e intervenciones.** Se calculó sensibilidad (S), especificidad (Es), valor predictivo positivo (VPP) y área bajo la curva ROC (AUC) del modelo PREMM1,2 y los criterios clínicos (Amsterdam y Bethesda).

**Resultados.** S de Amsterdam y de Bethesda = 50% y 100%; Es = 98% y 77%, VPP = 18% y 3%, respectivamente. Según el modelo PREMM1,2, un 32% de los individuos tenían una probabilidad de ser portador > 5%. Esta probabilidad se asoció con 100% de S, 68% de Es y 2% de VPP. El AUC = 0,93 (0,85-0,99).

**Conclusiones.** En una cohorte española de CCR poblacional el modelo PREMM1,2 con una probabilidad > 5% identifica todos los portadores de mutación en MLH1/MSH2. Se recomienda remitir estas personas a una unidad de consejo genético en cáncer familiar para valoración más exhaustiva de riesgo.

## ¿PODEMOS MEJORAR LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER DE MAMA DESDE EL CENTRO DE SALUD?

M. Barranco Camino, P. Royuela Ruiz, C. Ballesteros Sanz, A. Gómez Arranz y L. Frutos De la Rosa

CS Casa del Barco. Valladolid. Castilla y León.

Correo electrónico: mariabarranco86@yahoo.es

**Objetivos.** Objetivo general: Aumentar la cobertura de mujeres mediante mamografías bienales entre 45 y 70 años en nuestra zona de salud. Según la revisión de cartera de servicios realizada en junio del 2006, el porcentaje de mujeres entre 45 y 70 años con mamografía en los 2 últimos años fue del 39,9%, cifra de cobertura lejana a las recomendaciones de Organismos Internacionales, que la sitúa en un 80%, para reducir hasta en un 30% la mortalidad por cáncer de mama. **Objetivos específicos:** -Conocer la cobertura real de las mujeres cribadas. -Determinar las características poblacionales y etarias de las mujeres que nunca se han hecho una mamografía. -Valorar si la captación activa mediante llamada telefónica aumenta la cobertura. -Diseñar estrategias correctoras.

**Descripción.** Tras eliminar de la pirámide poblacional las mujeres correctamente cribadas, se llamó telefónicamente al resto para hacer una captación activa. Corte de cobertura: junio 2006 Intervención telefónica: agosto y septiembre 2006 Análisis de los resultados: diciembre 2006.

**Conclusiones.** Aumento de cobertura del 15,44%. Medidas correctoras: -Actualizar el sistema de Registro. -Sesión clínica con los resultados junto a una actualización de prevención secundaria.

-Diseñar un sistema de

## ¿PROTEGEMOS DEL SOL A NUESTROS HIJOS COMO A NOSOTROS?

P. Alcántara Muñoz, J. Menárguez Puche, I. Reina Nicolás, M. Guillén Torregrosa, F. Monso Pérez-Chirinos y J. Cámara Palop

CS de Molina. Molina de Segura. Murcia.

Correo electrónico: juanfranmena@telefonica.net

**Objetivos.** Describir el patrón de conducta fotoprotectora de padres hacia sus hijos, contrastándolo con los hábitos de autoprotección solar.

**Tipo de estudio.** Descriptivo, transversal.

**Ámbito de estudio.** Consultas pediátricas de un Centro de Salud.

**Sujetos.** Tamaño muestral de 150 padres (confianza 95%, precisión 8%). **Mediciones e intervenciones.** Cuestionario administrado por entrevistadores adiestrados analizando como variables: edad, sexo, fototipo de padres e hijos y antecedentes de quemaduras, junto a la conducta fotoprotectora de padres e hijos. Previo pilotaje se entrevistó a personas que consultaron durante 2 semanas, escogiéndolas mediante muestreo sistemático.

**Resultados.** El 43% de niños poseen fototipo I-II. El 98% de padres aplica crema protectora a sus hijos, usando un Factor de Protección Solar (FPS) > 15 el 100% y FPS > 30 el 68,2% de padres. Un 88,7% de padres protege con gorro del sol a sus hijos. Aunque un 45% de los padres expone más de 2 horas al sol a sus hijos, repite la aplicación regular de crema en más del 90% de los casos. Menos del 20% de padres protegen del sol a sus hijos en lugares como escuela, montaña, parque o en deportes. Los padres adoptan una conducta fotoprotectora más intensa en niños de menor edad ( $p < 0,05$ ). La práctica autofotoprotectora de padres fue coherente con la aplicada a sus hijos ( $p < 0,0001$ ). El fototipo del hijo no influyó en la intensidad de la conducta fotoprotectora.

**Conclusiones.** -Las conductas fotoprotectoras de los padres hacia sus hijos son adecuadas excepto en lugares distintos a la playa o piscina. -Se observó coherencia en el comportamiento fotoprotector de los padres hacia los hijos.

## Sesión 4

Jueves 8 de noviembre - 12.00-14.30 h

Sala 2, Institución Ferial de Castilla y León  
Valladolid

## Diabetes y síndrome metabólico

### LA TRAZABILIDAD COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR EL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS EN UN ÁREA SANITARIA

F. Pozo Muñoz, S. Vázquez Blanc y A. Mantero Muñoz

Area Gestión Sanitaria Norte de Málaga. Antequera. Andalucía.  
Correo electrónico: fpozodoc@gmail.com

**Objetivos.** Analizar la trazabilidad de los pacientes incluidos en el Proceso Asistencial Integrado (PAI) Diabetes mellitus (DM) en un Área Sanitaria (AS) que han sido ingresados por alguna complicación diabética durante el año 2006, a través de la evaluación de los indicadores de proceso y resultado intermedio.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo retrospectivo. Periodo de estudio: 12 meses previos al episodio que originó el ingreso (trazabilidad ascendente).

**Ámbito de estudio.** Pacientes incluidos en el PAI diabetes mellitus en un área de gestión sanitaria.

**Sujetos.** Pacientes diabéticos ingresados durante 2006, con diagnóstico principal "Complicación diabética" (n = 25) Fuentes datos: Historia Clínica Digital TASS/DIRAYA.

**Mediciones e intervenciones.** 1. Estancia media. 2. Servicio alta. 3. Circunstancia alta. 4. Diagnóstico principal. 5. Diagnósticos secundarios. 6. Factores riesgo cardiovascular. 7. Comorbilidad asociada. 8. Indicadores proceso. 9. Indicadores resultado. 10. Indicadores consumo.

**Resultados.** Servicio al alta/estancia media: Cirugía general 56%/15,64; Medicina Interna 36%/5,89; Pediatría 8%/12. Diagnóstico principal: DM con trastorno circulatorio periférico: 56%, Cetoacidosis: 36%; Coma hiperosmolar: 8% Destino al alta: Domicilio 88%; Exitus 8%; Traslado 4% Comorbilidad (I). Factores de RCV mayores: HTA 29,17%; Dislipemia 33,33%; Tabaquismo 0% Comorbilidad (II): Enfermedad cardiovascular 66,67%; Enfermedad cerebrovascular 25%; Ambas 25% Indicadores de proceso: HbA1c 41,67%; Perfil lipídico 25%; Perfil renal 25%; Fondo de ojo 33,33%; Educación diabetológica 41,67%. Indicadores resultado: HbA1c < 8 20%, LDL < 100 66,67%; Microalbuminuria negativa 66,67%, Creatinina < 1,5 83,33%; Fondo ojo normal 12,5%; Exploración pie normal 6,67% Indicadores consumo (Total/Media): Consultas totales 483/19,32. Demanda clínica medicina 152/6,08. Demanda clínica enfermería 136/5,44. Visita domiciliaria medicina 18/0,72. Visita domiciliaria enfermería 81/3,32. Urgencias centro 83/3,32. Urgencias domicilio 27/1,08.

**Conclusiones.** Consideramos que este estudio demuestra que puede resultar factible introducir la trazabilidad en grupos de pacientes riesgo, como los diabéticos, permitiéndonos conocer qué circunstancias han podido precipitar el ingreso, a través de la monitorización de las actividades sanitarias a las que son sometidos en el Área Sanitaria.

### LA ESCALA FINDRISC COMO SISTEMA COSTE-EFECTIVO DE CRIBADO DE LAS ALTERACIONES GLUCÉMICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

B. Costa, F. Barrio, X. Cos, J. Piñol, N. Barengo y grupo De-Plan-Cat

Instituto de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol. Área Diabetes y Metabolismo. Institut Català de la Salut. Reus-Barcelona. Departamento de Salud Pública. Universidad de Helsinki. Barcelona, Tarragona (Barcelona). Helsinki (Finlandia).

Correo electrónico: costaber@gmail.com

**Objetivos.** Evaluar el rendimiento de la escala FINDRISC para el cribado oportunista de alteraciones glucémicas.

**Tipo de estudio.** Multinacional (15 países), multicéntrico, transversal en esta primera etapa (1-año), longitudinal en la segunda (2-años).

**Ámbito de estudio.** Atención primaria: 12 centros, 104 profesionales (medicina + enfermería).

**Sujetos.** Muestra aleatoria de la población no-diabética de referencia (45-75 años).

**Mediciones e intervenciones.** Los sujetos aceptaron cumplimentar el cuestionario FINDRISC (8 ítems analizando el riesgo futuro de diabetes; puntuación entre 0-26) y una sobrecarga oral con glucosa para definir la glucemia basal (G0) y a las 2-horas (G2h). Se calculó el mejor punto de corte predictor de una alteración analítica mediante curvas ROC (receiver-operating-characteristic) valorando dos estrategias de cribado de las alteraciones glucémicas: (1) uso exclusivo del cuestionario y (2) además, resultado de G0 ante puntuación mayor o igual que dicho punto de corte.

**Resultados.** En 1177 individuos (65% mujeres, edad = 61,4 años, IMC = 29,9 kg/m<sup>2</sup>), la puntuación FINDRISC aumentó significativamente (p < 0,0001) a mayor deterioro del metabolismo glucídico: 12,7 ± 4,1 en normoglicemia (n = 793); 14,7 ± 4,5 si alteración de la G2h (n = 200); 14,9 ± 4,3 si alteración de la G0 (n = 35); 16,2 ± 4,4 ante ambas condiciones (n = 40) y 16,3 ± 4,4 con criterios de diabetes (n = 109). El punto de corte óptimo fue 13 (sensibilidad = 71,2%; especificidad = 45%) y, en tal caso, la estrategia de detección (1) ahorraría un 16% de determinaciones G0 y un 34,6% de G2h. La estrategia (2) identificaría prácticamente el 80% de trastornos, ahorrando un 19,2% de G0 y un 36% de G2h.

**Conclusiones.** Aunque FINDRISC aumenta su rendimiento considerando la incidencia, ya se insinúa como un sistema coste-efectivo de cribado, particularmente combinándolo con la glucemia basal.

### EVOLUCIÓN CLÍNICA DE UNA COHORTE DE 25.051 PACIENTES DIABÉTICOS DE UN ÁREA DE SALUD TRAS 18 MESES DE SEGUIMIENTO

M. Salinero Fort, J. Abanades Herranz, F. Arrieta Blanco, J. Cárdenas Valladolid, E. Carrillo De Santa Pau y C. Martín Madrazo

Unidad de Investigación Atención Primaria Área, 4. Madrid.  
Correo electrónico: msalinero.gapm04@salud.madrid.org

**Objetivos.** Monitorizar la evolución clínica de una cohorte dinámica de pacientes diabéticos atendidos en Atención Primaria y de una subcohorte de diabéticos mal controlados. Analizar el efecto, sobre la HbA1c, de los diferentes grupos terapéuticos, ajustado por la HbA1c inicial.

**Tipo de estudio.** Cohorte retrospectiva de 18 meses de seguimiento.

**Ámbito de estudio.** Multicéntrico. Atención Primaria.

**Sujetos.** Universo completo de pacientes diabéticos (25.051) de un Área de salud urbana, que engloba 20 Centros de Salud y atiende a 600.000 pacientes.

**Mediciones e intervenciones.** Variables sociodemográficas, comorbilidad asociada, grupos terapéuticos prescritos, complicaciones (neuropatía, retinopatía, nefropatía) y resultados intermedios de salud (HbA1c, colesterol LDL, TA, IMC).

**Resultados.** Cohorte global (N: 25.051): Descriptivo al inicio: Edad media: 70 ± 12,7 años, Evolución DM 6 ± 6,4 años, DM2 99,1%, Mujeres 51,7%, Fumadores 14,7%, HTA 62,7%, CI\_tipo Angor 5,8%, CI\_tipo IAM 6,1%, Insuficiencia Cardíaca 5%, Dislipemia 39,4%, Enfermedad cerebrovascular 10,3%, Terapia inicial: Dieta exclusivamente 58,8%, ADO 27,1%, Insulina 9,8%, ADO+insulina 4,3%. Complicaciones: 3,2% neuropatía diabética; 3,4% retinopatía diabética; 1,8% nefropatía diabética. Parámetros iniciales: LDL 129,4; IMC 30; HbA1c 7,38; TAS 136,7; TAD 78,3. Cambio parámetros tras seguimiento: Cambio\_LDL: -10 mg/dl; Cambio\_IMC: -0,27 Kg/m<sup>2</sup>; Cambio\_TAS: -4,12 mmHg; Cambio\_TAD: -2,52 mmHg; Cambio\_HbA1c: -0,09%; Cambio\_HbA1c (estratificado por tipo de tratamiento): Cambio\_dieta: -0,10%; Cambio\_ADO: -0,05%; Cambio\_Insulina: -0,14%; Cambio\_Insulina + ADO: -0,15%. Resultados intermedios: Control Bioquímico (LDL < 100 y HbA1c < 7): 11,4%; Control Bioquímico y TA(TAS < 130 y TAD < 80): 3,3%; HbA1c\_inicial < 7: 46,7%; HbA1c\_final < 7: 47,9%.

Subcohorte de pacientes mal controlados (HbA1c inicial ≥ 7%) (N: 10.839): Parámetros iniciales: LDL 129,2; IMC 30,1; HbA1c 8,43%; TAS 137,4; TAD 78,1. Cambio parámetros tras seguimiento: Cambio\_LDL -10,4 mg/dl; Cambio\_IMC -0,26 Kg/m<sup>2</sup>; Cambio\_TAS -4,17 mmHg; Cambio\_TAD -2,6 mmHg; Cambio\_HbA1c -0,54%; Cambio\_HbA1c (estratificado por tratamientos): Cambio\_dieta -0,61%; Cambio\_ADO -0,52%; Cambio\_Insulina -0,38%; Cambio\_Insulina + ADO -0,43%. Proporción de pacientes con HbA1c final < 7%: 24,1%. Proporción de pacientes que alcanzan cifras finales de HbA1c < 7% partiendo de cifras iniciales de HbA1c ≥ 7 y ≤ 8, según tipo de tratamiento: Dieta: 34,8%; ADO 29,5%; Insulina 19,8%; Insulina + ADO 13,3%.



**Conclusiones.** Se observa una tendencia favorable, en la cohorte global y en la subcohorte, en la variación de los parámetros bioquímicos y antropométricos, que alcanza relevancia en TA y que es moderada (subcohorte) o escasa (cohorte global) para HbA1c. Uno de cada 4 diabéticos mal controlados alcanza HbA1c final < 7%. Dieta y ADO muestran mayor efecto, en los pacientes inicialmente mal controlados, que el resto de terapias sobre el cambio de HbA1c y la proporción de pacientes con HbA1c final < 7%, ajustado por HbA1c inicial.

#### ALTERACIONES DEL METABOLISMO DE LA GLUCOSA: ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE UNA POBLACIÓN ADULTA NO DIABÉTICA

M. Vernet Vernet, M. Sender Palacios, R. Casals Riera, E. Tor Figueras, E. Jovell Fernández y J. Anglada Barceló

CAP Terrassa Nord, Consorcio Sanitario de Terrassa. Terrassa. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: mjsender@csdt.es

**Objetivos.** Determinar la aparición de diabetes mellitus (DM) y glucosa basal alterada (GBA) a los cinco años de seguimiento de una población no diabética conocida.

**Tipo de estudio.** Estudio, en dos fases, de casos-control anidado de una cohorte.

**Ámbito de estudio.** Centro Atención Primaria.

**Sujetos.** Muestra de población no diabética (40-75 años).

**Mediciones e intervenciones.** Fase Descriptiva (inicio estudio): determinación glucemia e insulina basal (IB), hemoglobina glucosilada y cálculo (programa HOMA) de resistencia a insulina (RI) y función célula  $\beta$  pancreática (FBP). Fase Seguimiento (5 años): de población considerada caso (IB > 13,6 mU/ml), de grupo control (IB < 13,6 mU/ml) y de población con GBA no perteneciente a los dos grupos anteriores.

**Resultados.** Finalización seguimiento: 103 personas: 28 casos, 56 controles, 9 GBA. Pérdidas 15% (18). Evolución a DM 9,7% (10) (60% hombres): 20% casos, 80% controles, 100% GBA. Total GBA 25,2% (26) (50% hombres): 31% casos, 69% controles. La edad de los pacientes con DM ( $68 \pm 9$ ) fue superior a la de población sin alteraciones del metabolismo hidrocárbónico ( $57 \pm 9$ ) ( $p = 0,02$ ). La FBP fue inferior en pacientes con DM ( $p = 0,001$ ) y GBA ( $p = 0,01$ ) (DM:  $70,1 \pm 35,9$ ; GBA:  $102,2 \pm 53,2$ ; Resto población:  $150,2 \pm 87,8$ ). Los pacientes con GBA tenían una RI ( $3 \pm 1,7$ ) superior al resto de población ( $2,3 \pm 1,3$ ) ( $p = 0,045$ ).

**Conclusiones.** Evolución a DM y GBA en más de un tercio de población estudiada, presentando todos los diabéticos una GBA previa. La aparición de éstas alteraciones no se relacionó con la IB al inicio estudio pero sí con la FBP y con la RI.

#### IMPACTO EN SALUD DE UN PROGRAMA AUTOFORMATIVO DE DIABETES MELLITUS DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Salinero Fort, A. García Matas, J. Abanades Herranz, F. Arrieta Blanco, B. Álvarez Embarba y L. Sánchez Perruca

Unidad de Investigación Atención Primaria Área 4. Madrid. Correo electrónico: msalinero.gapm04@salud.madrid.org

**Objetivos.** Analizar el efecto de un programa de autoformación de diabetes mellitus (DM), basado en las recomendaciones de "Standards of Medical Care in Diabetes" de la ADA, sobre los resultados intermedios de salud.

**Tipo de estudio.** Estudio de intervención longitudinal y prospectivo del tipo antes-después.

**Ámbito de estudio.** Centro de salud urbano docente que atiende una población de 38.340 ciudadanos.

**Sujetos.** Universo completo de pacientes diagnosticados de DM (N: 2.348).

**Mediciones e intervenciones.** Variables sociodemográficas, comorbilidad asociada (HTA, dislipemia), estrategia terapéutica, y resultados intermedios de salud (HbA1c, Glucemia, Colesterol LDL, TA, IMC); Intervención: 8 sesiones monográficas (primer trimestre de 2004).

**Resultados.** Edad:  $69,6 \pm 14,21$  años. Mujeres: 56,6%. Mediana de seguimiento: 2,62 años. DM2: 95,3%; Evolución DM:  $6 \pm 6,1$  años; estrategia terapéutica: 90,6% tomaban medicamentos: metformina (56,6%), glibenclamida (28,8%), insulina (27,9%) y glicacida (25,9%); Comorbilidad previa a DM: hipertensión ( $n = 1761$ ) y dislipemia ( $n = 940$ ) eran los trastornos más frecuentes, hecho que se repetía al valorar la incidencia de nuevos eventos tras el diagnóstico de DM (hipertensión,  $n = 529$ ; dislipemia,  $n = 420$ ) Respecto a los parámetros clínicos, antes y después de la

intervención, los niveles de HbA1c ( $8,05$  vs  $7,55$ ), glucemia ( $158$  vs  $153$ ), TAS ( $137$  vs  $132$ ), TAD ( $76$  vs  $72,6$ ), colesterol total ( $208$  vs  $197$ ), LDL-colesterol ( $131$  vs  $122$ ) y el IMC ( $31,3$  vs  $30,5$ ) se reducen después de la intervención, alcanzando significación estadística ( $p < 0,001$ ) en todos excepto en HbA1c ( $p: 0,153$ ).

**Conclusiones.** La aplicación de un programa autoformativo en DM, en el seno de un EAP, tiene impacto en salud tras más de 2 años de seguimiento.

#### INSUFICIENCIA RENAL OCULTA EN DIABÉTICOS SIN COMPLICACIONES MICROVASCULARES CONOCIDAS

J. Ibarra Amarica, F. Martín San Román, G. Gil Romero, L. Del Val Queralt, J. Urraca Madinabeitia y R. Ayuso Blanco

CS Zaramaga. Vitoria. País Vasco.

Correo electrónico: josui@infonegocios.com

**Objetivos.** Parece que la esclerosis glomerular producida por la evolución diabética no es el único mecanismo de daño renal en pacientes con diabetes tipo 2. En este estudio queremos conocer la prevalencia de insuficiencia renal oculta en pacientes diabéticos con microalbuminuria negativa, creatinina normal y ausencia de complicaciones microvasculares.

**Tipo de estudio.** Descriptivo transversal.

**Ámbito de estudio.** Diabéticos de un centro de atención primaria urbano.

**Sujetos.** 286 pacientes registrados como diabéticos en un centro de atención primaria urbano. Criterios de inclusión: mayores de 40 años, no microalbuminuria, creatinina < 1,3 mg/dl, sin complicaciones microvasculares. Se excluye a los pacientes en situación Terminal, en tratamiento quimioterápico o en periodo postoperatorio.

**Mediciones e intervenciones.** Determinaciones: Tasa de filtración glomerular, calculada por los métodos de Cochruff y MDRD abreviada. Se considera IR crónica si es menor de 60 ml/minuto/1,73 m. Variables de ajuste: edad, sexo, creatinina, IMC, tabaquismo, HTA, complicaciones macrovasculares, uso de IECAs, uso de AINEs, colesterol total, HDL-C, años duración de diabetes.

**Resultados.** De los 286 pacientes, 14 (4,9%) tenían IR oculta (TFG < de 60 ml/min/1,73) según la fórmula MDRD abreviada y 22 (7,7%) usando la fórmula de Cochruff. Entre los 49 pacientes con un IMC > 35 las prevalencias respectivas eran 6,1% (MDRD) y 2,0% (Cochroff), no diferentes significativamente de las globales. Los identificados como IR por cualquiera de los métodos eran significativamente mayores y tenían más complicaciones macrovasculares. No se comprobó asociación con el resto de variables estudiadas.

**Conclusiones.** Debe calcularse la TFG en esta población, por las implicaciones pronósticas y terapéuticas que suponen en estos pacientes no sospechosos de afectación renal.

#### EVOLUCIÓN DE LA COMORBILIDAD, TERAPIA PRESCRITA Y COMPLICACIONES DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 (DM2), TRAS TRES AÑOS DE SEGUIMIENTO EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

R. Calvo Arregui, G. Tena Ortega, R. Ferreras Eleta, C. López Gutiérrez, F. Endrino Gómez y M. Salinero Fort

Unidad de Investigación Atención Primaria Área 4. CS Dr. Cirujas. Madrid.

Correo electrónico: msalinero.gapm04@salud.madrid.org

**Objetivos.** Analizar la incidencia de complicaciones de una cohorte de pacientes con DM2 tras 3 años de seguimiento (enero 2004 a diciembre 2006) y describir la evolución de la comorbilidad y de los grupos terapéuticos prescritos.

**Tipo de estudio.** Cohorte, dinámica y prospectiva.

**Ámbito de estudio.** Centro de salud urbano, docente que atiende a 19.000 pacientes.

**Sujetos.** Cohorte inicial de 326 pacientes, que sufre 70 pérdidas y 87 entradas durante los 3 años de seguimiento. Todos los pacientes fueron reclutados de 8 consultas de medicina y firmaron el consentimiento informado.

**Mediciones e intervenciones.** Variables sociodemográficas, comorbilidad, grupos terapéuticos prescritos, complicaciones clásicas (neuropatía, retinopatía, nefropatía), complicaciones cardiovasculares y mortalidad.

**Resultados.** Edad  $73 \pm 10,7$  años; Mujeres 51,6%; Evolución DM2  $10,6 \pm 8,8$  años; HTA\_2004: 72%, HTA\_2006: 75,8% ( $p: 0,3$ ); Dislipemia\_2004: 46,6%, Dislipemia\_2006: 53,7% ( $p: 0,07$ ); Obesidad\_2004: 45%, Obesidad\_2006: 47% ( $p: 0,5$ ); ADO\_2004: 64,1%, ADO\_2006: 69,8% ( $p: 0,12$ );

Insulina\_2004: 20,5%, Insulina\_2006: 20,9% (p: 0,9); ADO + Insulina\_2004: 12,3%, ADO + Insulina\_2006: 13,1% (p: 0,7); Neuropatía\_2004: 2,4%, Neuropatía\_2006: 2,4% (p: 1); Retinopatía\_2004: 4,6%, Retinopatía\_2006: 5,1% (p: 0,7); Nefropatía\_2004: 10,7%, Nefropatía\_2006: 10,6% (p: 0,9); Cardiopatía isquémica\_2004: 14,1%, Cardiopatía isquémica\_2006: 11% (p: 0,2); Ictus (2004): 6,1%, Ictus (2006): 5,3% (p: 0,6); Arteriopatía periférica\_2004: 5,5%, Arteriopatía periférica\_2006: 5% (p: 0,7); Mediana de seguimiento: 3 años; Pérdidas de seguimiento: 21,4% (n: 70; mayoritariamente por traslado); Densidad Incidencia de mortalidad: 0,013 personas-año.

**Conclusiones.** Elevado número de pérdidas, compensado por similar número de entradas. Incremento de la prevalencia de período de HTA, dislipemia, obesidad, así como estabilización de las complicaciones clásicas y disminución de las complicaciones cardiovasculares, lo que en parte puede explicar la reducida mortalidad.

### MEJORA EN EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADOS A LOS DIABÉTICOS TIPO 2. VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN SENCILLA. EVALUACIÓN A UN AÑO

C. González Núñez, A. Sanz Rosado, M. Álvarez Pasquín y R. Sastre De la Fuente

Santa Hortensia. Madrid.

Correo electrónico: asr1@wanadoo.es

**Objetivos.** Resulta difícil en la clínica conseguir controlar los factores de riesgo cardiovascular (FR) en los diabéticos tipo 2 (DM2). Presentamos los resultados obtenidos al incluir un recordatorio informático (flash) en la historia clínica para avisar al profesional del alto riesgo cardiovascular del paciente con DM2. El objetivo principal es valorar la efectividad de nuestra medida al año de su implantación. Además comprobar si su efecto se agota en el tiempo.

**Tipo de estudio.** Descriptivo trasversal de cumplimiento de criterios con 3 cortes antes, a los 4 y 12 meses de la implantación del flash.

**Ámbito de estudio.** Atención primaria, centro de salud (CS).

**Sujetos.** Muestra aleatoria de 220 DM2 incluidos en la cartera de servicios del CS.

**Mediciones e intervenciones.** Se valora antes, a los 4 y 12 meses la adecuación a la Guía ADA 2005 de presión arterial (PA), colesterol LDL (LDL), no fumar, antiagregación plaquetaria (AP) y bloqueo del sistema renina-angiotensina (BRA).

**Resultados.** PA: 39,1%/42, 7%/44, 1%. LDL: 14,5%/20%/20,5%. No fumar: 33,6%/41,8%/78,2%. AP: 33,6%/47,3%. BRA: 49,1%/60%/63,6%.

**Conclusiones.** Con la aplicación de nuestra medida se consigue mejorar el grado de control de los 5 FR estudiados siendo estadísticamente significativa para no fumar, AP y BRA. Al valorar el comportamiento en el tiempo el recordatorio, aunque parece ser efectivo sólo alcanza significación estadística en no fumar.

### POBLACIÓN DIABÉTICA DE UN ÁREA DE SALUD CON NECESIDAD DE INTENSIFICAR EL TRATAMIENTO

R. Aguilar Hernández, M. Fábrega Valverde, F. Agüera Mengual, M. Sánchez De las Matas Garre, P. Gea Fernández y J. García Román

CS Pozo Estrecho, CS Mazarrón, CS Barrio Peral, CS San Antón CS Cartagena Casco, CS Molinos Marfagones. Cartagena. Murcia.

Correo electrónico: mjsmatas@hotmail.com

**Objetivos.** 1.- Conocer características y factores de riesgo cardiovascular (FRCV) de población diabética (PD) tipo 2 de nuestra área de salud. 2.- Valorar el grado de control de FRCV. 3.- Determinar relación entre tipo de tratamiento y efectividad.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo multicéntrico.

**Ámbito de estudio.** Nuestra Área de salud.

**Sujetos.** 250 pacientes diabéticos mayores de 45 años obtenidos por muestreo aleatorio estandarizado.

**Mediciones e intervenciones.** Recogimos datos demográficos y del control de DM y FRCV asociados. Medidas descriptivas para variables demográficas y chi cuadrado para variables cualitativas.

**Resultados.** Edad media 66 años. IMC 30,7, dislipemia: 59,9%, HTA: 68%. Sulfonilureas 46,2%, biguanidas 39,9% e insulina 17%. Las mujeres son más jóvenes\* (p < 0,05) y niveles de TAG inferiores\*. Control y seguimiento: 53,4% tienen HbA1c último semestre; 74,9% glucemia basal últimos dos meses;

31,6% fondo de ojo último año; 11,6% colesterol último semestre; 48,8% detección microalbuminuria último año; 99,6% tabaquismo recogido. 48,2% antiagregados. HbA1c < 6,5: 22,5%, glucemia < 140: 59,6%. No fumadores 84%. LDL < 100: 35,7%. TAS < 130: 54,2%. TAD < 80: 81,3%. Insuficiencia renal 7,1%. Los tratados con un solo antidiabético oral (ADO) consiguen HbA1c < 6,5 26,1% frente tratados con dos ADO 7,4%\*. 58,3%\* insulinizados: HbA1c > 7,5. 60%\* insulinizados: glucemia basal > 140.

**Conclusiones.** Nuestra PD es OBESA. Registramos 75% o más de glucemia basales y tabaquismo. En el control y seguimiento debemos incidir en fondo de ojo y dislipemias. El tratamiento es insuficiente para alcanzar un buen control aunque asociemos varios ADO o insulincemos no lo hacemos lo suficiente para mejorar el grado de control.

### EN BUSCA DEL CONTROL DE NUESTROS DIABÉTICOS: HBA<sub>1c</sub> VENOSA, CAPILAR Y PERFILES

G. Alejandre Lázaro, A. Díez Sánchez, A. García Muñoz, F. Jiménez Torres, C. López Squillaris y C. Maldonado García

GAP de Toledo, EAP Toledo-Palomarejos, EAP Mora, EAP Toledo-Santa Mª de Benquerencia, EAP Camarena, EAP Torrijos. Castilla-La Mancha.

Correo electrónico: galejandre@sescam.jccm.es

**Objetivos.** Determinar la correlación entre HbA<sub>1c</sub> y glucemia media en diabéticos tipo 2, y en que momento del día ésta es mejor. Valorar utilidad de la HbA<sub>1c</sub> capilar en diabéticos tipo 2 en Atención Primaria.

**Tipo de estudio.** Descriptivo transversal.

**Ámbito de estudio.** Atención Primaria.

**Sujetos.** Pacientes > 18 años diabéticos tipo 2, con glucómetro Medisense-Optium. Criterios de exclusión: hemoglobinopatías, afectación sistémica grave, anemia, embarazo.

**Mediciones e intervenciones.** Variables: sexo, edad, IMC, años de evolución, perfiles glucémicos, HbA<sub>1c</sub> venosa/capilar, tratamientos (antidiabético, crónico concomitante), afectación órganos diana, presencia de hipertensión, dislipemia o enfermedad tiroidea. Se recogieron 3 perfiles completos por paciente. A los 45 días del primero se extrajeron simultáneamente HbA<sub>1c</sub> venosa y capilar.

**Resultados.** Participaron 108 diabéticos, el 57,8% hombres. Edad media 68,4 ± 12,1 años. La correlación entre HbA<sub>1c</sub> venosa y capilar es buena: r = 0,94 p < 0,0001 (IC 95% 0,96-0,91), siendo peor entre glucemia media y HbA<sub>1c</sub> venosa: r = 0,7 (IC 95% 0,79-0,59) r<sup>2</sup> = 0,49 p < 0,0001. La glucemia que mejor se correlaciona con la HbA<sub>1c</sub> es la basal: r = 0,72 (IC 95% 0,80-0,61) r<sup>2</sup> = 0,51 p < 0,0001. Un aumento del 1% de HbA<sub>1c</sub> supone un incremento en la glucemia de 20 mg/dl. La concordancia entre HbA<sub>1c</sub> y glucemia basal para valorar grado de control fue moderada/baja (kappa = 0,47 (IC 95% 0,55-0,39)).

**Conclusiones.** La correlación entre la glucemia media y la HbA<sub>1c</sub> no sigue el estándar habitual. Las glucemias con mejor correlación con HbA<sub>1c</sub> son las preprandiales, especialmente la basal. La determinación de la HbA<sub>1c</sub> capilar puede ser útil en AP. Para establecer el grado de control de un paciente hemos de utilizar tanto la HbA<sub>1c</sub> como la glucemia basal.

### PREVALENCIA DE DIABETES, DISLIPEMIA E HIPERURICEMIA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES EN UN CENTRO DE SALUD

A. Sisó Almirall, M. Ramos Casals, P. Díez-Cascón González, P. Brito Zerón, J. Mitjavila López y J. Benavent Areu

CS Les Corts. Gselclinic. Servicio de EAS del Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: asiso@clinic.ub.es

**Objetivos.** Analizar la prevalencia y significado clínico de alteraciones metabólicas como la diabetes (DM-2), dislipemia e hiperuricemia, en pacientes con síndrome de Sjögren (SS).

**Tipo de estudio.** Estudio de casos y controles.

**Ámbito de estudio.** Centro de salud (CS) urbano y su hospital de referencia.

**Sujetos.** Analizamos 254 pacientes con SS seguidos durante al menos 5 años consecutivos. El grupo control estaba formado por 254 pacientes seguidos durante el mismo periodo en su CS y sin evidencia de enfermedad autoinmune sistémica o reumática.

**Resultados.** Los pacientes con SS mostraron una elevada prevalencia de dislipemia (47% vs 33%; p = 0,002), DM-2 (28% vs 18%; p = 0,006), e hiperuricemia (9% vs 4%; p = 0,007), comparados con el grupo control.

La edad media al diagnóstico de SS fue 10 años superior en los pacientes con DM-2 ( $p < 0,001$ ) e hiperuricemia ( $p = 0,009$ ). La presencia de hipercolesterolemia se asoció a menor frecuencia de marcadores inmunológicos como anticuerpos anti-Ro/SSA ( $p = 0,001$ ), anti-La/SSB ( $p = 0,005$ ), disminución de las fracciones del complemento C3 ( $p = 0,047$ ), y C4 ( $p = 0,030$ ), mientras que la presencia de hipertrigliceridemia y la DM-2 se asociaron una mayor prevalencia de manifestaciones clínicas renales, hepáticas, y vasculitis. Se observó una elevada prevalencia de DM-2 en pacientes tratados con corticoides (40% vs 18%;  $p = 0,001$ ).

**Conclusiones.** Los pacientes con SS presentan una elevada prevalencia de dislipemia, DM-2 e hiperuricemia comparados con pacientes de su misma edad y sexo. Estas alteraciones metabólicas se asocian a una expresión clínico-inmunológica diferente en los pacientes con SS. Estos resultados deben alertarnos en la detección precoz de alteraciones metabólicas en pacientes con SS (generalmente infradiagnosticado) y abren un amplio campo de investigación entorno a estas enfermedades.

### RETINOGRAFÍA DIGITAL: HERRAMIENTA PARA LA DETECCIÓN DE RETINOPATÍA DIABÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

O. Romero Sevilla, I. Beltrán Rubio, P. Rojo De Pablos y J. Rodríguez Quecedo

CS Mairena del Aljarafe. Mairena del Aljarafe. Andalucía.  
Correo electrónico: olrose3@hotmail.com

**Objetivos.** Describir la incidencia de Retinopatía Diabética (RD), detectada mediante retinografía digital, en Atención Primaria y su correlación con el tiempo de evolución de diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

**Tipo de estudio.** Estudio transversal.

**Ámbito de estudio.** Zona Básica de Salud Periurbana.

**Sujetos.** Pacientes con DM2 sin RD conocida.

**Mediciones e intervenciones.** Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, tiempo de evolución de la DM2 y diagnóstico de RD. Los datos obtenidos se presentan en forma de porcentaje para las variables cualitativas y en forma de media  $\pm$  desviación estándar en caso de variables cuantitativas.

**Resultados.** Se incluyen 515 pacientes con un rango de edad entre 26 y 88 años (media 62,8 con una desviación estándar  $\pm$  10,7 años), siendo el 48% mujeres y 52% hombres. Diagnóstico de RD: A) sin anomalías 371 (72%); B) con anomalías 134 (26%), de las cuales, con RD 57 (43%) y 77 (57%) con otras retinopatías; C) no valorables 10 (2%). Correlación Tiempo de Evolución/RD: de los 505 pacientes con retinografía digital valorable, 410 contaban 10 años o menos de evolución de DM2, de los cuales 37 (9%) habían desarrollado RD. 70 pacientes tenían entre 10 y 20 años de evolución de DM2, desarrollando RD 11 (16%). 25 pacientes tenían más de 20 años de evolución de DM2, habiendo aparecido RD en 9 (36%).

**Conclusiones.** Se encuentra una alta incidencia de RD no diagnosticada previamente, apreciándose un aumento exponencial, en relación con el tiempo de evolución de la DM2.

## Sesión 5

Jueves 8 de noviembre - 15.00-17.30 h

Sala 1, Institución Ferial de Castilla y León

Valladolid

## Enfermedad cardiovascular/ factores de riesgo

### MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN GALICIA. ESTUDIO GALICAP

L. Fransi Galiana, F. Otero Raviña, L. Grigorian-Shamagian, y J. González Juanatey

CS Calle Cuba. Vigo. Galicia.  
Correo electrónico: lfransi@munido-r.com

**Objetivos.** La insuficiencia cardíaca (IC) es un importante problema de salud en nuestro medio. El objetivo de este estudio es describir la morbi-

mortalidad contemporánea de pacientes ambulatorios con IC en Galicia, así como sus principales determinantes.

**Tipo de estudio.** Estudio prospectivo, multicéntrico con seguimiento medio de  $6,5 \pm 1,5$  meses.

**Ámbito de estudio.** 149 médicos de atención primaria distribuidos por todo el territorio de Galicia.

**Sujetos.** 1195 pacientes con diagnóstico hospitalario de insuficiencia cardíaca.

**Mediciones e intervenciones.** Se midió la mortalidad y su causa e ingresos hospitalarios y causas de los mismos. La probabilidad de supervivencia se calculó por el método de Kaplan-Meier y se utilizó el modelo de regresión de Cox para evaluar los factores predictores de supervivencia libre de ingreso cardiovascular.

**Resultados.** Pacientes (48% varones) con edad media de 76 años, 82% con antecedentes de hipertensión arterial y 32% con cardiopatía isquémica. Al 67% se les ha realizado ecocardiograma, el 61% con función sistólica preservada. Durante el seguimiento fallecieron 92 pacientes (8%), 74 (80%) de ellos por causa cardíaca, y reingresaron 313 (29%), 230 (20%) de los mismos por causa cardiovascular. En el análisis multivariado, resultaron determinantes independientes de mortalidad y/o ingreso cardiovascular las siguientes variables: etiología isquémica [hazard ratio (HR) 1,76; intervalo de confianza del 95% (IC) 1,29-2,40], ictus (HR: 1,79; IC: 1,18-2,73), edemas (HR: 1,49; IC: 1,10-2,03), anemia (HR: 1,66; IC: 1,21-2,27), función sistólica deprimida (HR: 1,62; IC: 1,19-2,20), hospitalizaciones cardiovasculares previas (HR: 2,33; IC: 1,67-3,24) y residencia en la zona del Barbanza (HR: 0,56; IC: 0,37-0,86).

**Conclusiones.** La mortalidad y morbilidad actual de la IC en Galicia son elevadas, constituyendo la hospitalización previa su principal determinante.

### PERFIL CLÍNICO Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA Y CARDIOLOGÍA: ¿HAY DIFERENCIAS?

C. Brotons, B. De Rivas, J. Aznar, G. Permanyer-Miralda, E. Sobreviela y R. Fernández

CAP Sardenya. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: rivassotero@yahoo.es

**Objetivos.** Describir las posibles diferencias (clínicas y de calidad de vida relacionada con la salud-CVRS-) entre pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (ICC) atendidos en distintos ámbitos asistenciales en España.

**Tipo de estudio.** Estudio transversal.

**Ámbito de estudio.** Atención Primaria (AP) y consultas externas de cardiología de toda España.

**Sujetos.** Pacientes con ICC.

**Mediciones e intervenciones.** La CVRS se evaluó con el cuestionario EQ-5D (índice y escala visual analógica -EQ-VAS-) y el de Minnesota (MLWHF).

**Resultados.** Datos válidos de 2161 pacientes (1412 AP; 749 Cardiología). Los pacientes atendidos en Cardiología eran significativamente más jóvenes ( $68,5 \pm 11,1$  vs  $72,2 \pm 10,1$ ); había más varones (63,32% vs 51,158%), tenían mejor clase funcional (NHYA III-IV 23,54% vs 34,47%); menor fracción de eyección ( $44,2 \pm 13,5$  vs  $49,5 \pm 13,9$ ) y presentaban menos comorbilidad (88,79 vs 96,74%) La tasa de respuesta de los cuestionarios fue  $> 98\%$ . Los pacientes de Cardiología referían una mejor CVRS: Media índice EQ-5D (mín-máx CVRS: -0,594 - 1):  $0,68 \pm 0,24$  vs  $0,60 \pm 0,25$ ,  $p < 0,0001$ ; Media EQ-VAS (mín-máx CVRS: 0 - 100):  $61,0 \pm 16,4$  vs  $55,8 \pm 16,6$ ,  $p < 0,0001$ ; Media MLWHF (mín-máx CVRS: 105 - 0):  $38,1 \pm 20,2$  vs  $40,8 \pm 20,7$ ,  $p = 0,0025$ . Las diferencias desaparecen en el Minnesota y se atenúan en el EQ-5D cuando se ajusta la CVRS por variables clínicas (edad, sexo, clase funcional, enfermedades no cardiovasculares). Los pacientes atendidos en cardiología reciben mayor número de fármacos para la ICC ( $2,9 \pm 1$  vs  $2,5 \pm 0,9$ ) y utilizan significativamente más IECAs, betabloqueantes, diuréticos de asa y espironolactona.

**Conclusiones.** A pesar de que la CVRS es peor en los pacientes atendidos en AP que en medio hospitalario, las diferencias están muy relacionadas con el diferente perfil clínico.

## UTILIDAD DE VARIAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN LA DETECCIÓN DE ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA DE EXTREMIDADES INFERIORES EN ATENCIÓN PRIMARIA

G. Rebassa Bennasar, L. Cinca Travesset, A. Carles Velázquez, B. Oliva Fanlo, G. Palmer Florit y R. Díaz

CS de Calvià, IBSalut. Unidad Docente de Mfyc de Mallorca. Calvià. Illes Balears.

Correo electrónico: bolivaf@gmail.com

**Objetivos.** 1. Comparar la validez de cuatro pruebas diagnósticas para la detección de arteriopatía periférica (AP): presencia de claudicación intermitente (CI), ausencia de pulsos periféricos, índice tobillo-brazo (ITB) y pulsioximetría (SatO<sub>2</sub>). 2. Establecer el punto de corte óptimo para el uso de la pulsioximetría.

**Tipo de estudio.** Estudio de evaluación de pruebas diagnósticas.

**Ámbito de estudio.** Centro de Salud y Servicio Cirugía Vascular.

**Sujetos.** 143 sujetos, con 145 extremidades inferiores enfermas y 141 sanas.

**Mediciones e intervenciones.** Datos epidemiológicos, cuestionario clínico de CI, palpación pulsos EEII, ITB, SatO<sub>2</sub> y análisis de la onda Doppler (prueba-oro). Se evaluaron la sensibilidad (S), especificidad (E) y coeficientes de probabilidad positivos y negativos (CP+, CP-). Se evaluaron las curvas ROC de 4 puntos de corte de diferencias de SatO<sub>2</sub> entre extremidad superior e inferior (1%, 2%, 3% y 4%).

**Resultados.** CI: S 80,7%; E 87,8%, CP+ 6,61, CP- 0,22. Ausencia de pulso tibial posterior, femoral o poplíteo: S 65,5%, E 96,4%, CP+ 18,19, CP- 0,36. Ausencia de pulso tibial posterior, femoral, poplíteo o pedio: S 67,6%, E 95%, CP+ 13,52, CP- 0,34. ITB: S 74,1%, E 87%, CP+ 5,7, CP- 0,30. SatO<sub>2</sub>: Para diferencias de 1% 2% 3% y 4%, la pulsioximetría presenta una sensibilidad de 57,2%, 44%, 35%, 30%; especificidad de 76%, 90,8%, 92,9%, y 94,3%; CP+ de 2,4, 4,7, 4,9, 5,3 respectivamente. Las curvas ROC eran de 0,669, 0,675, 0,640 y 0,623.

**Conclusiones.** La clínica y exploración física ofrecen los mejores resultados. La pulsioximetría presenta baja sensibilidad y buena especificidad; el mejor punto de corte es la diferencia del 2%.

## ADECUACIÓN Y MOTIVOS DE LAS ECOGRAFÍAS CARDÍACAS

J. Hoyo Sánchez, L. Benito Serrano, X. Otero Serra, S. Bermúdez Chillida, G. Fluxà Terrasa y M. Pinyol Martínez

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: jordihoyo@yahoo.es

**Objetivos.** Conocer la adecuación y motivos de las ecografías cardíacas (EC) solicitadas por médicos de familia (MF) y cardiólogos en un centro de salud.

**Tipo de estudio.** Estudio transversal.

**Ámbito de estudio.** Centro de salud urbano.

**Sujetos.** Todas las solicitudes de EC realizadas durante 2006.

**Mediciones e intervenciones.** Se realizó una guía junto a los cardiólogos del hospital de referencia para adecuar las solicitudes. Se recogieron las variables: edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, profesional que realiza la solicitud, motivo y adecuación de la EC.

**Resultados.** Se recogieron 385 solicitudes. La edad media fue de 66,5 (DE 15,3) el 55,6% eran varones, el 11,7% fumadores, el 21,3% ex fumadores, el 69,8% hipertensos, el 21,8% diabéticos, el 49% dislipémicos y un 14% habían presentado cardiopatía isquémica. El 63% de las peticiones fueron realizadas por MF. El 36,2% de las solicitudes de los MF correspondieron al estudio de hipertrofia de ventrículo izquierdo por alteraciones en el electrocardiograma y un 25,7% al estudio de un soplo cardíaco. El 33,1% de las solicitudes de los cardiólogos fue para estudio de valvulopatías y un 27,5% para la valoración de la función ventricular postinfarto. El 89,3% y el 66,2% de las solicitudes realizadas por MF y cardiólogos respectivamente fueron correctas (p < 0,05).

**Conclusiones.** Los MF solicitan más EC que los cardiólogos. La mayoría de las solicitudes realizadas por MF fueron por sospechas de hipertrofia cardíaca y estudio de soplos mientras que los cardiólogos fue para estudio de valvulopatías y función ventricular postinfarto. La adecuación fue más elevada en los MF.

## EFICACIA DE 3 TIPOS DE AUDIT Y FEEDBACK EN LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ISQUÉMICA

F. Flor Serra, S. Calero Muñoz, J. Torradella Fabrega, G. Rodríguez Palomar, Y. García Fernández y L. Alcocer Morte

SAP LHospitalet Institut Català de la Salut/Centres d'Atenció Primària

Consorci Sanitari Integral. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: ferran.flor@sanitatintegral.org

**Objetivos.** Evaluar la efectividad de 3 métodos de audit/feedback en la prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular isquémica (ECV).

**Tipo de estudio.** Ensayo clínico aleatorizado en grupos.

**Ámbito de estudio.** Atención primaria (AP) reformada de 8 centros de salud.

**Sujetos.** Población de estudio: 54 Unidades Básicas Asistenciales-un profesional médico y uno de enfermería-(UBA). 1051 pacientes con ECV, seleccionados al azar, de entre 30-80 años, visitados por estas UBA.

**Mediciones e intervenciones.** Variable principal: control conjunto de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) (presión arterial, tabaco, LDL-colesterol y HbA1c en diabéticos). Intervención 1 (audit-equipos): Auditoria de historias clínicas con retorno anual de los resultados de los pacientes del equipo. Intervención 2 (audit-UBA): Intervención 1 más retorno anual de los resultados de los pacientes visitados por cada UBA. Intervención 3 (audit-UBA-individualizado): intervención 2 más retorno anual de los resultados personalizados para cada paciente con recuerdo de los objetivos de control de los FRCV, según las guías de práctica clínica. Seguimiento: 3 años.

**Resultados.** El 7,7% de los pacientes cuyos profesionales reciben el audit-UBA-individualizado controlan todos los FRCV, el 7,41% de los que reciben el audit-equipos y el 6,29% de los que reciben el audit-UBA (diferencias no significativas estadísticamente). Obtenemos diferencias (p < 0,001) en el consumo de tabaco. El 84,94% de los pacientes cuyos profesionales reciben el audit-UBA-individualizado eran ex fumadores o no han fumado nunca, mientras que el resultado para el audit-equipos es de 70,88% y para el audit-UBA es de 77,33%. El audit-UBA individualizado presenta una OR = 0,758 respecto al audit-equipos (Intervalo Confianza 95% = 0,6-0,9).

**Conclusiones.** Los pacientes cuyos profesionales reciben el audit-UBA-individualizado presentan una probabilidad superior de ser ex fumadores > 1 año o no fumadores que aquellos cuyos profesionales reciben el audit-equipos.

## PREVALENCIA DE ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA EN POBLACIÓN GENERAL: ESTUDIO ARTPER

M. Alzamora Sas, Y. Herreros Herreros, M. Sorribes Capdevila, G. Pera Blanco, J. Baena Bueno y Grupo de estudio ARTPER

ABS Riu Nord-Riu Sud/ABS Numancia/ABS La Marina/USR Barcelonès

Nord-Maresme. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona. Mataró. Cataluña.

Correo electrónico: maiteal2007@gmail.com

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de arteriopatía periférica (AP) en población general.

**Tipo de estudio.** Transversal descriptivo de prevalencia de AP.

**Ámbito de estudio.** Pacientes de 24 Centros de Salud urbanos-semiurbano.

**Sujetos.** Muestra aleatoria de 2093 personas de ambos sexos > 49 años

**Mediciones e intervenciones.** Variable principal: medición del ITB. Criterio diagnóstico de AP: ITB < 0,9 (Doppler portátil, sonda de 8 MHz). Variables secundarias: sexo, edad, factores de riesgo vascular, colesterol total (LDL, HDL), triglicéridos y glucemia. Cálculo riesgo cardiovascular: REGICOR y Framingham. Análisis descriptivo en porcentajes de variables cualitativas, medidas de tendencia central y dispersión para cuantitativas. Medidas de frecuencia: prevalencia. Comparación de variables: t-test o ANOVA (cuantitativas),  $\chi^2$  (cualitativas) y pruebas no paramétricas cuando sea necesario.

**Resultados.** 2093 sujetos [60,7% mujeres, edad media de 65,3 (rango 49-97)]. Arteriopatía periférica: 315 personas [(prevalencia: 15,1% (IC95% = 13,5%-16,6%)]. Solamente en 25 individuos el diagnóstico era conocido previamente. La prevalencia muestra diferencias significativas en relación a la variable género (17% en hombres y 13,8% en mujeres, p < 0,001). Riesgo cardiovascular: REGICOR: 6,0% y Framingham: 14,7%, mayor en afectados de AP que en no afectados (7,7% (REGICOR) y 19,0% (Framingham) en afectados y 5,7% y 13,9% en no afectados. p < 0,0001. Prevalencia AP: más alta entre fumadores (20,6%) que en ex fumadores

(17,2%) o no fumadores (12,8%),  $p = 0,001$ . Factores de riesgo vascular: 48,0% hipertensos, 47,8% de dislipémicos y 16,4% de diabéticos. Eventos vasculares previos: ictus (2,8%), accidente isquémico transitorio (2,8%), ángor (4,1%) e infarto agudo de miocardio (3,2%).

**Conclusiones.** La prevalencia de AP en población general es alta y está infradiagnosticada en nuestra población. El ITB es una prueba sencilla al alcance de los profesionales de Atención Primaria.

### UTILIDAD CLÍNICA DE DIVERSOS MÉTODOS DE CÁLCULO DE RIESGO CEREBROVASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. Cabré Vila, B. Costa Pinel, J. Piñol Moreso, F. Martín Luján, J. Basora Gallisà y J. Saumell Boronat J

Instituto de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol. Ámbito de Atención Primaria Tarragona-Reus. Institut Català de la Salut. Reus. Tarragona. Cataluña. Correo electrónico: jcabre.tarte.ics@gencat.net

**Objetivos.** El riesgo cerebrovascular (RCBV) tiene múltiples métodos de cálculo. Su aplicación no es uniforme en atención primaria. Objetivo: Estimar qué método predice mejor el RCBV en pacientes atendidos en atención primaria.

**Tipo de estudio.** Estudio de cohortes, seguido durante 8 años partiendo de una muestra urbana aleatoria representativa.

**Ámbito de estudio.** Atención Primaria.

**Sujetos.** De una muestra aleatoria formada en 1998 para estudiar prospectivamente el Síndrome Metabólico (SM) (criterios NCEP (National Cholesterol Education Program);  $n = 1500$ ) seleccionamos sujetos entre 54-85 años (margen aplicable) sin enfermedad cerebrovascular.

**Mediciones e intervenciones.** RCBV estimado según: tablas de Framingham; algoritmo del estudio ARIC (Atherosclerosis Risk In Communities) y UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study). Evaluando criterios sociodemográficos, componentes del SM y factores de RCBV: presión sistólica, tratamiento hipotensor, enfermedad cardiovascular (angina, IAM, isquemia periférica), fibrilación auricular, hipertrofia ventricular izquierda, diabetes y tabaquismo. Análisis estadístico: comparación entre puntuaciones medias de cada método según eventos cerebrovasculares confirmados, mediante ANOVA.

**Resultados.** Se analizaron 719 sujetos ( $64,9 \pm 7,3$  años), 402 (55,9%) mujeres. De ellos, 175 eran diabéticos (24,3%), cumpliendo 227 (31,6%) criterios de SM. En los 8 años de seguimiento actual se llevan contabilizados 43 casos de enfermedad cerebrovascular (22 mujeres). La comparación de medias del resultado del RCBV entre el subgrupo con ictus frente al subgrupo sin, fue, respectivamente: ARIC 5,1/2,9 ( $p < 0,01$ ) (rango: 1,4-13,4); UKPDS 20,2/13,6 (NS) (rango: 2,9-83,1) y Framingham 17,4/10,8 ( $p < 0,001$ ) (rango: 4,0-79,0).

**Conclusiones.** En Atención Primaria, las tablas de Framingham y ARIC son las que predicen mejor el RCBV. La tabla UKPDS también predice el RCBV pero por ahora sin significación estadística.

Agradecimientos: FIS-PI060379/Beca REAP-2007/Ayuda CAMFiC-2007.

### RIESGO CARDIOVASCULAR: FRAMINGHAM, REGICOR E ÍNDICE TOBILLO-BRAZO EN EL ESTUDIO ARTPER

M. Alzamora Sas, G. Pera Blanco, C. Vela Vallespir, G. Acosta Soto, A. Sancho Perpiñán, Grupo de estudio ARTPER

ABS Riu Nord-Riu Sud/USR Barcelonès Nord-Maresme/ABS Barri Llatí/ABS Can Mariné. Santa Coloma de Gramenet/Mataró. Cataluña. Correo electrónico: maiteal2007@gmail.com

**Objetivos.** Evaluar el riesgo cardiovascular de población general > 50 años con y sin arteriopatía periférica (AP).

**Tipo de estudio.** Transversal descriptivo.

**Ámbito de estudio.** 24 Centros de Salud.

**Sujetos.** 2056 personas > 49 años.

**Mediciones e intervenciones.** Variable principal: Cálculo del riesgo cardiovascular (Framingham, REGICOR e ITB). Criterio diagnóstico AP: ITB < 0,9.

**Resultados.** 2056 sujetos [60,9% mujeres, edad media 65,3 (rango 49-97)]. 308 AP (prevalencia = 15,0%, IC95% = 13,4%-16,5%; 16,9% en hombres, 13,7% en mujeres.  $p < 0,001$ . REGICOR: 990 (48,2%) sujetos con RCV < 5%, 805 (39,2%) con riesgo 5-10% y 261 (12,7%) RCV > 10%. Framingham: 862 personas (41,9%) con RCV < 10%, 756 personas

(36,8%) con RCV10-20% y 438 personas (21,3%) RCV > 20%. El Framingham presenta un RCV superior al REGICOR (correlación entre los dos índices muy alta. Rho de Spearman = 0,98. 10,8% de los sujetos con RCV bajo (REGICOR < 5%), 16,3% con riesgo intermedio (REGICOR 5-10%) y el 26,8% con RCV alto (REGICOR > 10%) ya presentaban AP (ITB < 0,9). Framingham: 11,0% de los sujetos con riesgo bajo (< 10%), 14,4% con riesgo intermedio (10-20%) y 23,7% con riesgo alto (> 20%) presentaban AP. Modelo multivariante de regresión logística: mayor edad, ser mujer y fumar se asociaron positivamente a AP. Asociación más fuerte para tabaco y género, en niveles bajos de RCV.

**Conclusiones.** Un índice tobillo-brazo < 0,9 además de ser diagnóstico de arteriopatía periférica, significa alto riesgo cardiovascular. En el estudio ARTPER encontramos que 13,3% de los sujetos con ITB < 0,9 estaban clasificados de riesgo bajo o intermedio según el REGICOR y 12,6% según el Framingham. Esto significaría un cambio de estrategia terapéutica en cuanto al tratamiento intensivo de los factores de riesgo y el inicio de tratamiento antiagregante.

### INCIDENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR MAYORES EN POBLACIÓN ANDALUZA: ESTUDIO DECA-2

J. Santos Lozano, E. Mayoral Sánchez, J. Lapetra Peralta, C. Lama Herrera, M. Ramos Molina y V. Urbano Fernández

Servicio Andaluz de Salud y Ciber Fisiopatología Obesidad y Nutrición (cb06/03) Instituto de Salud Carlos III. Sevilla. Andalucía. Correo electrónico: jlapedra@supercable.es

**Objetivos.** Estimar la incidencia de factores de riesgo cardiovascular mayores (FRCV) (hipertensión arterial, dislipemia, diabetes, tabaquismo y obesidad) en una cohorte de población andaluza.

**Tipo de estudio.** Estudio observacional de cohorte.

**Ámbito de estudio.** Centros de Salud andaluces.

**Sujetos.** 1.148 individuos pertenecientes a una cohorte representativa de población andaluza, entre 20 y 74 años actualmente, seguida durante 15 años (1992-2007). 54,1% mujeres y 45,9% varones. Edad media: 45,2 años (mujeres 45,6 y varones 44,8).

**Mediciones e intervenciones.** Variables analizadas: edad, sexo, antecedentes de FRCV, presión arterial, índice masa corporal, glucemia basal y lípidos. Se calculó la incidencia acumulada (IA) anual de: hipertensión, tabaquismo, diabetes, dislipemia y obesidad, expresada como número de casos nuevos por 1.000 personas.

**Resultados.** IA de hipertensión: 12,7 (49,1% mujeres y 50,9% varones; edad media: 53,8 años). IA de tabaquismo: 10,7 (52,4% mujeres y 47,6% varones; edad media: 28,1 años). IA de diabetes: 4,4 (39,1% mujeres y 60,9% varones; edad media: 56,9 años). IA de dislipemia: 12,2 (59% mujeres y 41% varones; edad media: 47,1 años). IA de obesidad: 12,4 (48,5% mujeres y 51,5% varones; edad media: 46,7 años).

**Conclusiones.** Aunque son escasos y de carácter local los estudios realizados en España, la incidencia de diabetes en nuestra cohorte es similar a la referida en dichos trabajos y en otros europeos. No se dispone en la actualidad de estudios nacionales, amplios, de base poblacional, que analicen la incidencia de los restantes FRCV mayores y nos permita conocer en términos comparativos la situación de nuestra población.

### ANTIAGREGACIÓN Y RIESGO CARDIOVASCULAR

A. Linares Pardo, J. Arenas Alcaraz, A. García Alonso, M. Delgado Rodríguez, C. Paniagua Merchán y C. Carvajal Lucerga

CS La Unión. La Unión. Murcia. Correo electrónico: tiki1994@hotmail.com

**Objetivos.** Evaluar el grado de adecuación de profilaxis tromboembólica en los pacientes diagnosticados de patología cardiovascular en nuestra zona básica de salud.

Examinar la distribución por patología cardiovascular, edad, género y factores de riesgo.

**Tipo de estudio.** Estudio observacional descriptivo transversal.

**Ámbito de estudio.** Zona básica de salud semiurbana, con una población mayor de 14 años de 13.934 habitantes.

**Sujetos.** Pacientes mayores de 14 años diagnosticados de enfermedad cardiovascular en nuestra zona básica de salud a fecha del 31 de marzo de 2007 (N: 999). Para un nivel de confianza del 99% (n: 185).

**Mediciones e intervenciones.** Edad, género, factores de riesgo cardiovascular, patología cardiovascular, tratamiento, y su adecuación o no, según los criterios de la Sociedad Española de Cardiología. Dispositivo estadístico: SPSS versión 12.0.

**Resultados.** Edad media: 70,34, con desviación típica de 15,21. Género: hombres: 104 y mujeres: 81. Factores de riesgo: HTA: 69,19%; dislipemia: 42,7%; obesidad: 27,3%; diabetes mellitus: 29,19%; tabaco: 7%; no consumía en 19 pacientes. Patologías cardiovasculares: cardiopatía isquémica (37,84%); fibrilación auricular (20%); miocardiopatía hipertensiva (13,51%); ACV (5,4%); valvulopatía aórtica (3,24%); miocardiopatía dilatada (2,16%); valvulopatía mitral (1,62%); otras cardiopatías (flutter auricular, bradicardia, taquicardia supraventricular, marcapasos, etc.): 12,43%. Llevaban profilaxis antitrombótica el 77,29% (antiagregación: 60,54% y anticoagulación: 16,75%). Con respecto a los antiagregantes: AAS (44,3%); Clopidogrel (9,2%); Trifusil (4,3%); asociación AAS + Clopidogrel (2,7%). El 70,3% lleva tratamiento antitrombótico adecuado.

**Conclusiones.** La terapia antitrombótica se ajusta al protocolo de la Sociedad Española de Cardiología en un 70,3%. La asociación más frecuente entre patologías cardiovasculares existe entre la cardiopatía isquémica y fibrilación auricular. Conforme aumenta la edad, se produce mayor inadecuación en el tratamiento. La HTA es el factor de riesgo más numeroso.

## Enfermedad renal

### ES VÁLIDA LA CREATININA SÉRICA PARA ESTIMAR EL ESTADIO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS

J. Martín Rodrigo, I. Salguero Bodes, M. García Cáceres, S. Díaz Herranz, M. Anselmo Díaz y M. García Reina

CS La Paz. Badajoz. Extremadura.

Correo electrónico: jluis\_es@hotmail.com

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de Enfermedad Renal Crónica estimada mediante las dos ecuaciones basadas en la creatinina sérica en la población hipertensa mayor de 60 años sometida a monitorización ambulatoria de la presión arterial.

**Tipo de estudio.** Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

**Ámbito de estudio.** Pacientes procedentes de los cupos de medicina de familia de un Centro de Salud, remitidos a consulta de MAPA de dicho centro.

**Sujetos.** Se analiza una muestra 113 pacientes mayores de 60 años (55,8% mujeres), hipertensos, sin registro en su historia clínica de enfermedad renal crónica.

**Mediciones e intervenciones.** Se les realizó una sesión de monitorización ambulatoria de presión arterial durante 24 horas y para la estimación del filtrado glomerular se utilizaron las ecuaciones MDRD abreviada y la de Cockcroft-Gault.

**Resultados.** El aclaramiento renal estimado fue similar para las dos ecuaciones. La prevalencia de ERC encontrada fue: Cockcroft-Gault: 37,3%; MDRD: 27%. El índice de concordancia de ambas ecuaciones fue excelente en la catalogación de los pacientes con enfermedad renal crónica estadio 2 ( $\kappa$  de 0,9) y aceptable ( $\kappa$  de 0,5) para el estadio 3.

**Conclusiones.** Un tercio de los pacientes hipertensos mayores de 60 años, con cifras normales de creatinina y sin historia previa de insuficiencia renal, presentan cifras de FG compatibles con ERC en estadio 2 ó 3. La estimación del FG debiera ser preceptiva en la evaluación global de pacientes de edad avanzada con HTA. Esta evaluación podría hacerse rutinaria en las consultas de atención primaria mejorando la calidad asistencial.

### PREVALENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL OCULTA EN 5 CENTROS DE SALUD. LA PUNTA DEL ICEBERG

B. Raspall Coromina, X. Frías Garrido, J. Cruz Doménech, Y. Cánovas Zaldua, M. Álvarez Martínez y S. Sánchez Fibla

Ambulatorio La Riera. Badalona. (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: blancaraspall@hotmail.com

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de Insuficiencia Renal Oculta (IRO) en 5 centros de salud y proponer al laboratorio de referencia el cálculo del Filtrado Glomerular (FG) de forma automática en todos los pacientes.

**Tipo de estudio.** Estudio multicéntrico retrospectivo transversal en una población durante el mes de marzo 2007.

**Ámbito de estudio.** Urbano.

**Sujetos.** 110. habitantes.

**Mediciones e intervenciones.** Variables estudio: edad, sexo, creatinina sérica (Cr) mg/dl, FG estimado mediante la fórmula MDRD-4, factores de riesgo cardiovascular (Hta, dislipemia, microalbuminuria...) y enfermedades clínicas asociadas. Análisis mediante Chi cuadrado, ANOVA y regresión logística para la corrección del modelo. Programa SPSSWIN con  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Se realizaron 2774 extracciones. Edad media 55,9 (DE: 17,9), mujeres 56,8%, Cr: 0,92 y FG: 87,88. Prevalencia de Insuficiencia Renal Crónica: 9,9% (275) y de IRO: 8,1% (226). Los pacientes sin IRO presentan una edad media de 53,9 (DE: 17,5) Cr: 0,86 y FG: 92,34 y con IRO edad media 73,7 (DE: 10,81) Cr: 1,48 (DE: 0,8) y FG: 47,34 (DE: 11,44), con una  $p < 0,0001$ . También diferencias significativas en relación a la enfermedad renal previa y edad avanzada pero siendo el resto de variables estudiadas no significativas. Sensibilidad 99% y especificidad 10%.

**Conclusiones.** La prevalencia de IRO en nuestro medio es del 8,1%, lo que ha supuesto 226 diagnósticos nuevos no conocidos previamente con la importancia que ello supone como medida preventiva. Más prevalente en pacientes ancianos mayores 73 años. El hecho de disponer de dicho cálculo de forma automática facilitará el conocimiento de la IRO y una actuación más intensiva en el control de estos pacientes.

## Sesión 6

Jueves 8 de noviembre - 15.00-17.30 h

Sala 2, Institución Ferial de Castilla y León

Valladolid

## Enfermedades infecciosas

### COMPARACIÓN DE LA MORTALIDAD POR CAUSAS EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE VIH Y EN POBLACIÓN GENERAL

P. Aldaz Herce, J. Castilla Catalán, C. Moreno Iribas, N. Egües Olazábal, F. Irisarri Samarbide y J. Sola Boneta

CS San Juan-Instituto de Salud Pública de Navarra-Hospital de Navarra. Pamplona. Navarra.

Correo electrónico: paldazhe@cfnavarra.es

**Objetivos.** Comparar la mortalidad por causas entre una cohorte poblacional de personas infectadas por el VIH y la población general de igual edad y sexo. Valorar la sobremortalidad por causas ajenas al SIDA.

**Tipo de estudio.** Obtención de las causas de mortalidad de una cohorte VIH (+) entre los años 1999-2003 en el grupo entre 20 y 59 años. Del registro de mortalidad obtuvimos las defunciones por sexo, edad y causa (CIE-10) en la población general.

**Ámbito de estudio.** Todas las personas VIH+ en una Comunidad Autónoma y fallecidas entre 1999-2003.

**Sujetos.** 143 fallecidos en la cohorte poblacional HIV+. Comparación con la población general.

**Mediciones e intervenciones.** Se calcularon razones de mortalidad estandarizada (RME) para VIH (+) tomando como referencia al resto de la población.

**Resultados.** Se produjeron 143 defunciones, 114 varones y 29 mujeres. En personas VIH+ la mortalidad fue mucho mayor que en la población general de igual edad: Hombres RME = 17,6; IC95%, 14,6-21,2. Mujeres RME 22,5; IC95%, 15,1-32,4. La mortalidad por Causas distintas del SIDA también fue superior: Hombres RME = 8,5; 6,4-11,1. Mujeres RME 13,9; 8,3-22,1. El análisis por causas arrojó un exceso de mortalidad estadísticamente significativo en muertes por hepatopatía (RME = 60 en hombres y RME = 254 en mujeres), en muertes relacionadas con drogas (RME = 112 en hombres y RME = 276 en mujeres) y en suicidios (RME = 7,9 en hombres y RME = 32,4 en mujeres).

**Conclusiones.** Las personas VIH + presentan una sobremortalidad por causas distintas al SIDA, destacando hepatopatías, sobredosis, enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

## DIFERENCIAS ENTRE GÉRMEENES CAUSANTES DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO Y ANTIBIOGRAMA ENTRE MUJERES INMIGRANTES Y ESPAÑOLAS

B. Colom Canals, E. Llodrà Moll, J. Palmer Simó, B. Hernando Campins, C. Larraz Jimeno y M. Esteve Cantó

Centro de Salud Escuela Graduada-IBsalut. Palma de Mallorca. Illes Balears.  
Correo electrónico: mellodra@hotmail.com

**Objetivos.** Evaluar si existen diferencias entre gérmenes causantes de Infección del tracto urinario (ITU) y sensibilidad a antimicrobianos entre mujeres españolas e inmigrantes.

**Tipo de estudio.** Descriptivo transversal.

**Ámbito de estudio.** Zona básica de salud.

**Sujetos.** Mujeres > 15 años atendidas por clínica miccional entre julio 2006/abril 2007 que cumplieran criterios inclusión.

**Mediciones e intervenciones.** Antecedentes urológicos y personales, variables sociodemográficas, clínica, resultados tira reactiva, urocultivo pretratamiento y tratamiento empírico.

**Resultados.** Se incluyeron 145 mujeres, 108 españolas y 37 inmigrantes. Edad media 50 años (DE 22,4). Cultivo+ en españolas 66,4 % y en inmigrantes 35,1% P = 0,002. En ambos grupos el germen más frecuente es la Escherichia coli, un 70,8% en españolas y un 53,8% en inmigrantes. El segundo es la Klebsiella pneumoniae 8,3% en españolas, y en inmigrantes son por igual la Klebsiella pneumoniae, Sp. Agalactiae y Enterococcus faecalis (15,4%). Un 17,9% no recibió tratamiento antibiótico. El norfloxacino (29%) y la fosfomicina (22,1%) fueron los antibióticos más prescritos, seguidos de ciprofloxacino (9,7%) y cefuroxima (8,3%). En inmigrantes, los cuatro antibióticos más prescritos eran 100% sensibles a los dos gérmenes más frecuentes (E. coli y klebsiella); en españolas hubo resistencia para E. coli del 27% al norfloxacino y cipro y un 3,9% para cefuroxima y una resistencia para klebsiella del 20% a fosfomicina.

**Conclusiones.** No hubo diferencias respecto al germen más frecuente causante de ITU en ambos grupos. La sensibilidad a antibióticos para los dos gérmenes más frecuentes fue del 100% en inmigrantes, en españolas se detectaron resistencias. No existieron diferencias en el tipo de antibiótico prescrito.

## PRESCRIPCIÓN ANTIMICROBIANA EN LAS INFECCIONES MÁS PREVALENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA: PERTINENCIA Y GASTO FARMACÉUTICO

C. Hernández Sanz, D. Niño Sintés, R. Segura Borrás, F. Díaz Gallego, A. Santiveri Villuendas y S. Barro Lugo

CAP Larrard. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: sbarro@caplarrard.net

**Objetivos.** -Evaluar la prescripción de antibióticos en las infecciones más frecuentes en un centro de atención primaria (CAP), comparándola con el tratamiento de elección (TE) según las guías terapéuticas de la SEMFYC. -Evaluar el gasto farmacéutico antibiótico real realizado en el tratamiento de estas infecciones y compararlo con el gasto del tratamiento teórico de elección según las guías terapéuticas.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo retrospectivo.

**Ámbito de estudio.** Centro urbano con una población adscrita de 35.229 pacientes.

**Sujetos.** Se incluyen todos los pacientes (n = 3029) con procesos infecciosos tratados con antimicrobianos en 2005: faringoamigdalitis (n = 1349), sinusitis (n = 131), otitis media aguda (n = 333), neumonía (n = 231) y cistitis (n = 985).

**Mediciones e intervenciones.** Variables: -Tipo de proceso infeccioso -Tratamiento antimicrobiano recibido -Gasto farmacéutico por patología Los tratamientos recibidos se comparan con la Guía Terapéutica en Atención Primaria de la SEMFYC.

**Resultados.** -Faringoamigdalitis. TE: penicilina o amoxicilina. 40% de las infecciones correctamente tratadas (540/1349). Gasto añadido por antimicrobianos de no elección 6529,443 €. -Otitis media. TE: amoxicilina. 20,4% de las infecciones correctamente tratadas (68/333). Gasto añadido 1807,88 €. -Cistitis TE: amoxicilina-clavulámico o norfloxacino. 38,9% de las infecciones correctamente tratadas (383/985). Gasto añadido 1814,29 €. -Sinusitis TE: amoxicilina, 18,3% de las infecciones correctamente tratadas (24/131). Gasto añadido 917,05 €. -Neumonías TE: amoxicilina o eritromicina. 14,7% de las infecciones correctamente tratadas (34/231). Gasto añadido 2945,85 €.

**Conclusiones.** En la mayor parte de los casos no se prescribe el tratamiento de elección según las guías terapéuticas de la SEMFYC. El porcentaje de tratamientos correctos total es del 34,6%. Este hecho provoca un mayor gasto económico para la sanidad pública siendo el gasto añadido total de 14014,5 €.

## CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES VHC POSITIVOS

M. Planella Abella, J. Solà Ortigosa, M. Tomàs Bertran, M. Pedrol Llinós, O. Garín Boronat y M. Ferrer Forés

CAP Sant Llätzer. Terrassa. (Barcelona). Cataluña.  
Correo electrónico: 38725jsocomb.es

**Objetivos.** Valorar el impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de la infección por el VHC.

**Tipo de estudio.** Descriptivo transversal.

**Ámbito de estudio.** Centro de salud urbano de 40.000 habitantes.

**Sujetos.** Pacientes con serología VHC positiva (n = 134).

**Mediciones e intervenciones.** Datos sociodemográficos, clínicos y dos cuestionarios de CVRS: El genérico SF-36, contiene 8 dimensiones con puntuación 0-100 (de peor a mejor CVRS) y el específico Chronic Liver Disease Questionnaire-Hepatitis C Virus (CLDQ-HCV) que contiene 4 dimensiones (Energía/Actividad, Emocional, Preocupación y Sistémica) con puntuación 0-7 (de peor a mejor CVRS).

**Resultados.** Edad media de 58 años (DE: 12,8), 54% (73) mujeres, media de años desde el diagnóstico 14 (IC95%: 12,7-15,2), 39% (52) genotipo1, 7% (9) cirrosis, 51% (68) transaminitis, 35% (47) con tratamiento antirretroviral realizado, de los cuales un 43% (20) con respuesta viral sostenida (RVS) y 73% (98) presentaban comorbilidad. Las puntuaciones medias de las dimensiones del SF-36 fueron similares a la población española, excepto en dolor corporal 68,8 (IC95%: 61,8-78,7) y 51,5 (IC95%: 44,1-58,8) comparado con 77,6 y 66,7 en hombres y mujeres de 55-64 años, respectivamente. Las puntuaciones medias (IC95%) del CLDQ-HCV fueron: energía/actividad 5,3 (5,1-5,5), emocional 4,9 (4,7-5,0), preocupación 6,1 (5,9-6,2) y sistémica 5,1 (4,9-5,3). Entre los tratados, aquellos con RVS presentaron mejores resultados en preocupación (6,5 vs 5,9; p = 0,042). Ambos cuestionarios mostraron peor CVRS (p < 0,01) en mujeres, en pacientes con diagnóstico clínico de depresión y en pacientes con comorbilidad.

**Conclusiones.** Comparados con la población general, nuestros pacientes presentaron peores puntuaciones en dolor corporal. Los pacientes VHC-positivos con comorbilidad y/o diagnóstico de depresión presentaron peor CVRS. Los pacientes con RVS están menos preocupados por las consecuencias de la infección.

## HEPATITIS EN POBLACIÓN INMIGRANTE EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿CRIBADO A TODOS?, ¿QUÉ MARCADORES?, ¿MEJOR VACUNAR?

M. Badenes Mezquita, L. Valerio Sallent, S. Barro Lugo, B. Pérez Rodríguez, C. Roca Saumell y J. Fernández Velázquez

Unidad de Salud Internacional del BNIM. ABS Sant Gervasi. ABS Tarragona-4. ABS El Clot. ABS Besòs. ABS Florida Nord. Santa Coloma de Gramanet. Barcelona. Tarragona. Sant Adrià del Besòs. L'Hospitalet de Llobregat. (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: mariabad@camfic.org

**Objetivos.** Principal: Determinar prevalencia marcadores hepatitis crónica vírica (VHB o VHC) en población inmigrante reciente. Secundarios: Valorar punto corte prevalencia anticuerpos contra core VHB (HBcAc) a partir del cual cribado prevacunación VHB resulta coste-efectivo. Determinar utilidad transaminitis o HBcAc+ aisladamente como indicadores de enfermedad vírica hepática.

**Tipo de estudio.** Estudio observacional prospectivo, multicéntrico.

**Ámbito de estudio.** Atención Primaria: siete áreas básicas urbanas.

**Sujetos.** Inmigrantes sanos, menos 5 años residencia en Unión Europea (UE), no vacunados VHB.

**Mediciones e intervenciones.** Variables evaluadas: sexo, edad, tiempo residencia en UE (de llegada a analítica), procedencia, resultados analíticas cribado habitual: HBcAc, HBsAc, antígeno superficie (HBsAg), antígeno soluble (HBcAg), anticuerpo VHC (HcAc), transaminitis. Cálculo valor crítico coste-efectividad cribado. Propuesta vacunación VHB a individuos HBcAc negativo.

**Resultados.** 791 individuos. Hombres 55,9%. Edad media: 33,71 años (DE 10,13). Residencia UE: 30,65 meses (DE 18,77). Procedencia: La-

tinoamérica 41,6%, Indostán 20,5%, Magreb 12%. HbAc+ 32,86% (53,35% HbAc+); HbAg+ 5,94% (15,62% HbAg+). Mayor prevalencia HbAc+ y HbAg+ subsaharianos ( $p < 0,0001$ ); latinoamericanos, menor ( $p < 0,001$ ). Cribado HbAc previo vacunación: coste-efectivo población cuya prevalencia HbAc+  $> 48,74\%$ . HbAc+ 6,05%, superior colectivo Europa Oriental ( $p < 0,0001$ ); latinoamericanos, menor ( $p < 0,0001$ ). Coinfección VHB - VHC: 2 casos (0,25%). Indicadores enfermedad hepática vírica: Transaminitis: poco sensible aunque bastante específico para detectar VHB y/o VHC. HbAc+ aislado: muy útil para VHB: S: 100%; E: 64,9%; VP: 100%.

**Conclusiones.** Las altas prevalencias de marcadores HbAg y HbAc en población inmigrante hacen recomendable cribado (excepto colectivo latinoamericano), marcador VHC especialmente en población de Indostán o Europa del Este. Posible HbAc aislado: recomendable en Primaria, así como vacunación si negatividad. Determinación serológica previa a vacunación protocolizada VHB: sólo coste-efectiva en subsahariano.

## Hipertensión arterial

### EVALUACIÓN DE UN SERVICIO BASADO EN TELEMEDICINA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES HIPERTENSOS DE RIESGO BAJO-MEDIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Carmona, M. Pascual, P. Sagredo, J. Fragua, M. González e I. Urgoiti

Unidad de Bioingeniería y Telemática. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Área 6. Unidad de Hipertensión. Hospital Clínico San Carlos, Área 7. Unidad de Docencia e Investigación. Gerencia Atención Primaria Área 2. Madrid. Correo electrónico: montse@bioing.cph.es

**Objetivos.** Evaluar si un sistema de telemedicina en Atención Primaria mejora el control y seguimiento de la hipertensión arterial.

**Tipo de estudio.** Aleatorizado.

**Ámbito de estudio.** 38 médicos de Atención Primaria de 4 Áreas de Salud. **Sujetos. Mediciones e intervenciones.** hipertensión arterial, pulso y peso durante 6 meses: a) grupo de telemedicina (GTm) enviaba los datos a un equipo informático mediante teléfono móvil. El médico examinaba esa información y le enviaba mensajes cortos para modificar el tratamiento si lo creía conveniente. b) grupo control (GC) registraba los datos en papel y los entregaban al médico en sus consultas presenciales habituales.

**Resultados.** En el GTm fueron mejores, pero no significativamente: a) grado de control de la hipertensión -en porcentaje de pacientes no controlados en visita final (31,7 vs 35,6;  $p = 0,47$ ); b) reducción de la hipertensión durante el seguimiento, tensión sistólica (15,5 vs 11,9;  $p = 0,13$ ) y diastólica (9,6 vs 4,4;  $p = 0,40$ ), medidas por profesional en visitas inicial y final; y c) adherencia al protocolo ( $p = 0,053$ ). Son iguales en ambos grupos: a) valores promedio de las automedidas de tensión sistólica, diastólica y pulso; b) aceptabilidad del protocolo medido con los cuestionarios de calidad de vida SF-36 y ansiedad STAI; y c) número de consultas medias y hospitalizaciones.

**Conclusiones.** Por sí sola, la interacción paciente-profesional apenas modifica el grado de control de la hipertensión en este tipo de pacientes; no obstante, de los resultados obtenidos se deduce que los pacientes del GTm: son menos vulnerables al efecto bata-blanca, su adherencia al protocolo es mejor casi significativamente, no se modifica su calidad de vida ni se genera ansiedad adicional.

### DIFERENCIAS EN EL PATRÓN CIRCADIANO Y CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL ENTRE LOS HIPERTENSOS CON AFECTACIÓN DE ÓRGANO DIANA Y/O LESIÓN CLÍNICA ASOCIADA Y SIN ELLA

M. Gómez Marcos, L. García Ortiz, L. González Elena, N. Toral Lara, D. Méndez Soto y S. Cascón Pérez-Tejón

Unidad de Investigación La Alamedilla. Salamanca. Castilla y León. Correo electrónico: magomez@usal.es

**Objetivos.** Análisis de la afectación orgánica y/o lesión clínica asociada y su relación con el patrón circadiano y control de la PA.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo trasversal.

**Ámbito de estudio.** Dos Centros de Atención Primaria.

**Sujetos.** 351 hipertensos incluidos por muestreo consecutivo a los que se le ha realizado una MAPA, 180H (51,3%).

**Mediciones e intervenciones.** Edad, sexo, presencia de lesión de órgano diana (LOD), lesión clínica asociada (LCA). Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA). Criterios: Buen control MAPA: PA media  $<$

125/80 mmHg, PA actividad  $<$  135/85 mmHg y PA reposo  $<$  120/75 mmHg. **Resultados.** Edad media 62,83 (IC95% 61, 46-64,21 años) (M: 60,88; H: 64,69,  $p > 0,05$ ). Presentan LOD y/o LCA el 43,9%; LCA 37,6% y LOD 15,7%. PA media 24h: 125,23/74,38 mmHg, PA media actividad: 128,92/77,98 mmHg, PA reposo: 116,28/66,03 mmHg. Están controlados con los criterios anteriores en conjunto (46,6%, 61,4% y 52,4%) siendo entre los que presentan LOD y/o LCA (48,1%, 64,9% y 49,4%) y en los que no lo presentan (45,4%, 58,7% y 54,9%) respectivamente utilizando la PA media de 24 horas, en actividad y en reposo ( $p < 0,05$ ). Patrón Circadiano: Dipper (45,8%, 38,3% y 51,8%) No Dipper (37,5%, 43,5% y 32,8%), Extreme Dipper (6,9%, 2,6% y 10,3%) Riser (9,7%, 15,6% y 5,1%) respectivamente en conjunto en los que presentan LOD y/o LCA y los que no la presentan, mostrando un patrón no reductor más frecuente los pacientes que tienen LOD o LCA ( $p > 0,05$ ).

**Conclusiones.** Presentan mayor proporción de patrón Riser y No Dipper los pacientes que tienen n LOD y/o LCA. Sin que exista diferencia en el control de la PA mediante MAPA.

### ¿CONTROLAMOS EN ATENCIÓN PRIMARIA LA HIPERTENSIÓN EN PACIENTES TRATADOS CON TRES O MÁS FÁRMACOS? ESTUDIO HIPERFRE

J. Gómez Vázquez, J. Fernández Villaverde, M. Lado López, J. Domínguez López, V. Turrado Turrado y F. Otero Ravina

CS Ribeira, CS Rianxo, CS Santiago. Ribeira, Rianxo. Santiago de Compostela. Galicia.

Correo electrónico: jose.luis.gomez.vazquez@sergas.es

**Objetivos.** Se define como HTA-R la persistencia del mal control de la presión en pacientes tratados con tres o más fármacos, entre los que se encuentra un diurético. Pretendemos conocer prevalencia y características de los pacientes con HTA-R en el ámbito de Atención Primaria.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico.

**Ámbito de estudio.** Participaron 35 investigadores de 14 Centros de Salud. **Sujetos.** Pacientes hipertensos que acudieron a sus consultas durante el tiempo del estudio, registrando características demográfico-antropométricas, clínicas y terapéuticas.

**Mediciones e intervenciones.** Se analizaron 1724 pacientes (41,5% varones) con edad media de  $67 \pm 11$  años.

**Resultados.** El 41,6% tienen la presión controlada y la prevalencia de HTA-R es del 13,2%. En este grupo la edad media es significativamente mayor (69 vs 67 años,  $p < 0,01$ ) y son más frecuentes la obesidad (62% vs 43%,  $p < 0,001$ ), diabetes 55% vs 11%,  $p < 0,001$ , dislipemia (68% vs 59%,  $p < 0,05$ ) y el síndrome metabólico (68% vs 22%,  $p < 0,001$ ). Al menos en la mitad de los pacientes hay afectación de algún órgano diana. El 3% de los pacientes no recibe tratamiento farmacológico y el 37% está con monoterapia; los hipertensos controlados toman una media de 1,8 fármacos, los no controlados, 1,5 y los refractarios, 3,2. En el grupo de HTA-R hay una mayor prescripción de ARA-II, antagonistas del calcio, bloqueadores beta y bloqueadores alfa. La HTA-R se asocia de forma independiente y directamente con la edad, el sexo masculino, la presencia de diabetes, obesidad y síndrome metabólico, e inversamente con la presencia de cardiopatía isquémica.

**Conclusiones.** La HTA-R en el ámbito de la Atención Primaria tiene una prevalencia del 13% y se asocia con la edad, el sexo masculino y los factores metabólicos.

### EVALUACIÓN DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS CLÍNICAS EN EL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO

V. Castrillo Escobar, I. Maynar Mariño, A. Márquez Velázquez, E. Maciá Botejara, M. Maynar Mariño y R. Nieto Ramírez

Centro de Salud El Progreso. Badajoz. Extremadura.

Correo electrónico: castrillina@yahoo.es

**Objetivos.** Valorar si cumplimos las recomendaciones de las guías clínicas en el tratamiento y control de la tensión arterial (TA) de pacientes hipertensos con síndrome metabólico (SM).

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo trasversal.

**Ámbito de estudio.** Atención primaria (AP).

**Sujetos.** Pacientes hipertensos con SM (según ATP III), sin evento cardiovascular, ni seguimiento por segundo nivel, incluidos en consultas programadas de AP.



**Mediciones e intervenciones.** Cálculo de RCV por ecuación de Framingham y división de nuestra cohorte en tres subgrupos según riesgo bajo, medio o alto. Estudiamos si el tratamiento pautado en cada subgrupo y las cifras tensionales son las indicadas según las recomendaciones de las guías clínicas. Resultados expresados porcentualmente.

**Resultados.** Del total (241) presentaron RCV bajo: 34,85%; RCV medio: 48,96%; RCV alto: 16,18%. RCV bajo: 92,85% presentan TAS > 130 mmHg; 45,23% TAD > 85 mmHg y 36,90% TA > 130/85 mmHg. 94,03% en tratamiento (55,94% con un IECA/ARAII). RCV medio: 94,05% TAS > 130; 42,73% TAD > 85 y 34,45% TA > 130/85. 93,68% tratados (70,57% con IECA/ARAII). RCV alto: 100% TAS > 130; 35,89% TAD > 85 y 28,20% TA > 130/85. 94,55% en tratamiento (70,77% con IECA/ARAII).

**Conclusiones.** Los pacientes con RCV alto representa un porcentaje bajo. A pesar de estar la mayoría con hipotensores es muy alto el número de ellos que no presentan controles óptimos de la TA según las guías clínicas. La utilización de IECA/ARAII se incrementa cuanto mayor sea el RCV, pero llama la atención que en los de RCV alto no estén el 100% tratados.

### CONDUCTA TERAPÉUTICA DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LOS HIPERTENSOS MAL CONTROLADOS DE MAYOR EDAD: ESTUDIO PRESCAP 2006

J. Santos Rodríguez, G. Rodríguez Roca, D. González-Segura Alsina, J. Llisterri Caro, F. Alonso Moreno y V. Barrios Alonso

CS de Rianxo. A Coruña; CS de La Puebla de Montalbán. Toledo; Departamento Médico. Almirall. Barcelona; CS Joaquín Benlloch. Valencia; CS de Sillera. Toledo. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. Galicia. Correo electrónico: cristinagarrido@adknoma.com

**Objetivos.** Analizar las características del tratamiento y la conducta terapéutica del médico ante el mal control de la presión arterial (PA) en una población hipertensa > 80 años asistida en Atención Primaria (AP).

**Tipo de estudio.** Estudio transversal y multicéntrico.

**Ámbito de estudio.** Consultas de Atención Primaria de las 17 CCAA de España.

**Sujetos.** Pacientes hipertensos > 80 años que recibían tratamiento farmacológico antihipertensivo.

**Mediciones e intervenciones.** La PA se midió siguiendo normas estandarizadas y se consideró bien controlada cuando fue < 140/90 mmHg (< 130/80 en pacientes con diabetes, insuficiencia renal o enfermedad cardiovascular). El análisis estadístico se realizó con el paquete SAS versión 9.1.

**Resultados.** Se incluyeron 885 pacientes (edad media 83,3 ± 3,3 años; 62,9% mujeres). El 64,8% presentaba sedentarismo, 42,7% dislipemia, 41,3% antecedentes de enfermedad cardiovascular, 28,6% diabetes y el 23% antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura. El 39,3% (IC 95%, 36,2-42,5) padecía hipertensión sistólica aislada. El 35,6% (IC 95%; 32,6-38,7) mostró buen control de la PA. La antigüedad media del tratamiento antihipertensivo era de 11,2 ± 7,5 años. El 64,0% recibía terapia combinada (68,8% de 2 fármacos, 26,6% de 3 y 4,7% de más de 3 fármacos). El médico decidió modificar el tratamiento antihipertensivo en el 26,1% (IC 95%, 22,3-29,9) de los pacientes con mal control tensional (29,1% asociación de fármaco, 20,9% aumento de dosis y 7,5% sustitución).

**Conclusiones.** El número de fármacos antihipertensivos que recibe la población hipertensa > 80 años parece escaso para lograr los objetivos de control tensional. El médico de AP muestra una elevada inercia terapéutica ante el mal control de la PA en los hipertensos de mayor edad.

### RIESGO CARDIOVASCULAR Y CONDUCTA TERAPÉUTICA DEL MÉDICO EN UNA POBLACIÓN HIPERTENSA ASISTIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO PRESCAP 2006

G. Rodríguez Roca, J. Llisterri Caro, F. Alonso Moreno, V. Barrios Alonso, González-D. Segura Alsina y J. Banegas Banegas

Centro de Salud de La Puebla de Montalbán. Toledo; Centro de Salud Joaquín Benlloch. Valencia; Centro de Salud de Sillera. Toledo. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. Departamento Médico. Almirall. Barcelona; Facultad de Medicina, Universidad Autónoma. Madrid. Castilla-La Mancha. Correo electrónico: cristinagarrido@adknoma.com

**Objetivos.** Analizar el riesgo cardiovascular (RCV) y la conducta terapéutica del médico según las diferentes categorías de riesgo en una población hipertensa asistida en Atención Primaria (AP).

**Tipo de estudio.** Estudio transversal y multicéntrico.

**Ámbito de estudio.** Consultas de Atención Primaria de las 17 CCAA de España.

**Sujetos.** Pacientes hipertensos > 18 años que recibían tratamiento farmacológico antihipertensivo.

**Mediciones e intervenciones.** El RCV se calculó con la tabla de la Guía de las Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología de 2003. El análisis estadístico se realizó con el paquete SAS versión 9.1.

**Resultados.** Se incluyeron 10.520 pacientes (edad media 64,6 ± 11,3 años; 53,7% mujeres). El 3,3% no presentaba RCV añadido, el 22,6% mostraba RCV bajo, 22,2% moderado, 33,5% alto y el 18,4% muy alto. Se utilizaba terapia combinada (2 o más fármacos) en el 39,5% cuando no había RCV añadido, en el 44,4% cuando el RCV era bajo, 49,9% cuando era moderado, 59,5% cuando era alto y en el 71,7% cuando era muy alto. El médico modificó el tratamiento antihipertensivo en los pacientes con mal control tensional en el 26,8% (IC 95%, 19,8-33,8) de los casos cuando el RCV era bajo, 28,3% (IC 95%, 26,1-30,5) cuando era moderado, 29,7% (IC 95%, 27,8-31,6) cuando era alto y en el 34,1% (IC 95%, 31,7-36,5) cuando era muy alto. La adición de otro fármaco fue la acción más frecuente (31,3%).

**Conclusiones.** Más de la mitad de los hipertensos presentan RCV alto o muy alto. El médico modifica el tratamiento en una tercera parte de los pacientes con RCV muy alto que muestran mal control tensional.

## Sesión 7

Jueves 8 de noviembre - 18.00-20.30 h

Sala 1, Institución Ferial de Castilla y León

Valladolid

## Gestión, atención y calidad asistencial

### PARA UN DESARROLLO INTEGRAL DE LAS FUNCIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD A TRAVÉS DE UN SISTEMA SANITARIO PARTICIPADO

M. Maynar Mariño, P. Montero De Espinosa Pérez, M. Madueño García, A. Márquez Velázquez, B. López Herrero y D. Fernández López

CS El Progreso. Badajoz. Extremadura. Correo electrónico: angelesmaynar@gmail.com

**Objetivos.** Orientar la organización del Equipo de Atención Primaria (EAP) hacia un desarrollo proporcionado entre funciones de prevención y promoción de la salud con participación de la ciudadanía; tareas asistenciales y de docencia e investigación.

**Descripción.** En octubre de 2005 se crea una nueva Zona de Salud caracterizada por una notable riqueza de tejido asociativo ciudadano. Los profesionales del EAP entienden el cambio como una oportunidad para romper la inercia asistencialista con que se viene trabajando, aprovechando el momento para articular un equipo que trabaje con una visión de desarrollo integral del modelo de Atención Primaria de Salud. Reproduciendo la metodología de trabajo comunitario preconizada por el sociólogo Marco Marchioni hemos seguido las siguientes fases: -Constituir una Comisión Comunitaria de Salud, con representantes de los colectivos ciudadanos y recursostécnicos. -Campaña de sensibilización con la propuesta del Centro en los diferentes colectivos. -Elaborar análisis de la situación de salud de la zona con participación de la población. -Priorizar las intervenciones sobre problemas de salud detectados. -Diseñar programas de salud de los problemas priorizados. -Promover la continuidad organizada de grupos educativos en grupos de ayuda mutua. -Facilitar el apoyo inicial a los grupos hasta que funcionen de manera autónoma.

**Conclusiones.** Este modelo de trabajo permite impulsar entre todos una participación continuada en el tiempo que garantice el fortalecimiento del tejido asociativo, con un compromiso educador capaz de alcanzar la necesaria transformación de los factores determinantes de salud (medio ambiente, estilos de vida, servicios sanitarios...).

### VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA Y DEMANDA DERIVADA. HACIA UN INDICADOR AJUSTADO QUE PERMITA SU ANÁLISIS

Á. Alberquilla Menéndez-Asenjo, M. Gil De Pareja Palmero, A. López Gutiérrez, A. Camacho Hernández y R. Iglesias Rodríguez

Dpto. Sistemas de Información Sanitaria. Gerencia de Atención Primaria. Área 11. Madrid.

Correo electrónico: aalberquilla.gapm11@salud.madrid.org

**Objetivos.** Desarrollar un indicador ajustado válido para monitorizar la demanda derivada desde Atención Primaria. Comprobar su comportamiento entre centros de salud.

**Tipo de estudio.** Estudio transversal observacional descriptivo.

**Ámbito de estudio.** Un área sanitaria en el año 2006. Unidad de análisis: centro de salud (CS).

**Sujetos.** Todas las derivaciones realizadas. Fuente: historia clínica electrónica (HCE) y registros de citas de atención especializada.

**Mediciones e intervenciones.** Establecemos un estándar empírico. Utilizando el método indirecto se calculan las tasas estandarizadas de derivación (TED) por edad y sexo para la población atendida y el índice ajustado de capacidad resolutoria (IACR), respecto al estándar, globales y por especialidad para cada centro. Se calculan estadísticos de variabilidad: razones de variación depurada (RV5-95) e intercuartílica (RV25-75).

**Resultados.** Se estudian 299.224 derivaciones generadas por 35 CS que supone una tasa cruda de 427,32 por mil pacientes atendidos. Principalmente correspondieron a las especialidades de traumatología (61,70%) y oftalmología (61,20%). Por centros las TED oscilaron entre 423,78% y 623,33% para el global (RV5-95 = 1,38 y RV25-75 = 1,17). Por especialidades la mayor variabilidad se produjo en ginecología (RV5-95 = 2,46 y RV25-75 = 1,58) y la menor en oftalmología (RV5-95 = 1,38 y RV25-75 = 1,13). El IACR por centro para el conjunto de derivaciones osciló entre 0,85 y 1,25.

**Conclusiones.** Objetivamos una importante variabilidad en los indicadores considerados no atribuible a diferencias de distribución por edad y sexo de los pacientes atendidos. Disponer de esta información permite establecer perfiles de derivación e identificar desviaciones. Es preciso mejorar la validez del indicador estableciendo sistemas de ajuste por casuística. Disponer de HCE hace accesibles este tipo de indicadores.

### CAUSAS MÁS FRECUENTES DE INCAPACIDAD TEMPORAL EN UN CENTRO DE SALUD DEL ÁREA 1 DE MADRID

A. Sevilla Aguerrea, M. López Lacalle, M. Rúa Guillermo, I. García-Heras Carretero, R. Ruiz Vargas y M. Domingo Nieto

Artilleros-Área 1. Madrid.

Correo electrónico: mariajose\_lopez\_lacalle@yahoo.es

**Objetivos.** Principal: describir las causas más frecuentes de baja en el centro de salud. Secundarios: analizar su distribución en función del sexo, edad, duración y bajas de un día susceptibles de prolongar fines de semana (lunes y viernes).

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo, retrospectivo.

**Ámbito de estudio.** Bajas emitidas en el Centro de Salud del 1-01-2005 al 31-12-2005 por enfermedad común, excluyendo las bajas por accidente laboral (emitidas por la mutua), las recaídas y contabilizando como un sólo episodio las emitidas para distintas empresas.

**Sujetos.** Población activa adscrita al centro (16.387 titulares de tarjeta sanitaria: 7.998 mujeres y 8.389 hombres).

**Mediciones e intervenciones.** Nuestras variables fueron: causa (CIAP-2), días de baja, fecha de nacimiento, sexo y días de la semana.

**Resultados.** Se analizaron 476 episodios (Incidencia: 2,92%). La distribución fue de 50% en varones y 50% en mujeres. La edad media fue 36,99 años. La patología del aparato locomotor fue la causa más frecuente (25% del total), con una distribución algo mayor en hombres, seguida de la del aparato respiratorio, sin diferencia entre sexos. La duración media fue 39,10 días. La patología con mayor duración fue la del aparato circulatorio (123 días de media). De los episodios de un día, un 24,44% fueron lunes y otro 24,44%, viernes.

**Conclusiones.** La distribución de las bajas por sexo está igualada. La patología del aparato locomotor es la causa más frecuente de IT, con predominio de lumbalgia y lumbociática. Casi la mitad de las bajas de un sólo día son susceptibles de ser usadas para prolongar el fin de semana. Las IT supusieron la pérdida de 18.622 jornadas laborales.

### PROYECTO INSTITUCIONAL DE EXCELENCIA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN UN CENTRO DE SALUD. RESULTADOS TRAS DOS AÑOS DE EXPERIENCIA

G. Tamborero Cao, M. Caldentey Tous, S. Cibrián Sánchez, A. Fe Pascual, M. Servera Gornals y A. Gómez Nadal

CS del Coll d'en Rebassa. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Palma de Mallorca. Illes Balears.

Correo electrónico: gtamborero@terra.es

**Objetivos.** Presentar los resultados de un proyecto piloto, aplicado a un centro de salud (CS), para alcanzar la excelencia en la calidad de los servicios.

**Descripción.** Ámbito: CS docente, urbano (25.000 habitantes), con 47 profesionales. Participantes: Todos los profesionales del CS con el apoyo de la Gerencia (GAP) y de una empresa externa. El proyecto se inició a principios del 2005, tras obtener el aval de los profesionales, por una fase de negociación en que se presentó el proyecto a la GAP. Tras su aceptación y consecución de fondos financieros, se formalizó el proyecto incluyéndolo en el contrato de gestión GAP-CS.

**Resultados.** -Obtención de Certificación de Calidad ISO 9001:2000 (AENOR) y Certificate IQ-NET, el 7-7-2006. -Inclusión del CS en el Catálogo de Empresas Excelentes 2006/2007, al superar la evaluación EFQM (agosto 2006). -Consolidación de línea de investigación propia sobre calidad, con más de 20 comunicaciones a congresos (incremento del 500%), y la publicación de un libro sobre nuestra experiencia. -Cambios en el contrato de gestión GAP-CS, extendiendo nuestra experiencia a otros CS de la isla.

**Conclusiones.** Nuestra experiencia ha generado sinergias entre el CS y la GAP, ha permitido la obtención de resultados tangibles y evaluables. Asimismo, ha demostrado la factibilidad de implantación en un entorno real de AP, habiéndose puesto en marcha en otros CS de nuestra isla.

### LOS ÁRBOLES NOS IMPIDEN VER EL BOSQUE. DETECCIÓN DE SITUACIONES ORGANIZATIVAS MEJORABLES POR UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

J. Blasco Alvarado, M. Aizpún Sara, D. Lleixà Lleixà, M. Nadal Ríos, M. Roig Queralt y M. Fischer Cid

ABS Ulldedecona-La Senia. Ulldedecona. Cataluña.

Correo electrónico: maizsar@alumni.unav.es

**Objetivos.** Elaborar un listado priorizado de situaciones mejorables en un equipo. Realizar propuestas de intervención por la dirección del EAP. Evaluar resultados a los 3 meses.

**Descripción.** Durante 3 semanas se realizan reuniones por estamentos (médicos/enfermeras/administrativas), para consensuar listados priorizados de problemas. Se realiza una jornada de trabajo, de todo el EAP, con puesta en común y discusión, fuera del centro (se cierra el centro manteniendo personal de guardia). La dirección del EAP, sintetiza una lista de problemas que presenta al equipo y realiza propuestas de intervención. A los 3 meses evaluamos resultados. Se detectan 17 problemas que no dependen del EAP: 9 dependientes de gerencia y 8 de la normativa vigente. A los 3 meses están solucionados el 23%. Se detectan 51 problemas, dependientes del EAP, que clasificamos en 11 categorías (6 de ellas prioritarias). A los 3 meses se solucionan el 52% (el 78% de los prioritarios). Las categorías mejor resultas: gestión de agendas, recepción de incidencias, disponibilidad de administrativas, falta de material. Las peor resultas: exceso de analíticas, formación continuada, imagen...

**Conclusiones.** La presión asistencial cotidiana dificulta la reflexión pausada sobre los problemas organizativos. La mayoría de situaciones mejorables dependen de la propia organización del EAP. La participación de todo el equipo en la detección de problemas, no está exenta de tensiones, pero favorece la resolución y mejora el ambiente laboral.

### TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN DEL PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL (PCAT) AL CASTELLANO: UN INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

A. González-Viana, M. Pasarín, S. Berra, A. García-Altés, A. Segura y B. Starfield

Agència de Salut Pública de Barcelona; Agència de Qualitat, Recerca i Avaluació en Salut de Catalunya (ex AATRM); Institut d'Estudis de la Salut; Johns Hopkins University. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: agoviana@yahoo.com

**Objetivos.** Realizar la adaptación transcultural y el análisis de fiabilidad de un cuestionario específico para proveedores de la Atención Primaria de

Salud (APS) que permita evaluar el grado en que la APS es puerta de entrada preferente al sistema sanitario, provee continuidad de cuidados, ofrece una atención global y coordinada con otros niveles asistenciales, tiene una orientación familiar y comunitaria y es culturalmente competente.

*Tipo de estudio.* Adaptación y validación de un cuestionario.

*Ámbito de estudio.* Cataluña.

*Sujetos.* Directores EAP.

*Mediciones e intervenciones.* Fases: 1) Adaptación: traducción directa por dos traductoras independientes; panel de expertos para adaptación del cuestionario al sistema sanitario español; entrevistas cognitivas a 6 directores de EAP para valorar la claridad; retrotraducción. 2) Fase piloto: a 84 directores de EAP de Cataluña para evaluar la fiabilidad del cuestionario (frecuencia de respuesta, correlación ítem-escala y entre escalas, alfa de Cronbach).

*Resultados.* Tras la fase de adaptación 16 ítems sufrieron una modificación importante y 26 fueron añadidos para adaptar el instrumento al sistema sanitario. La prueba piloto obtuvo respuesta del 79%. El patrón de respuesta fue homogéneo excepto para las dimensiones de orientación familiar, comunitaria y competencia cultural. El alfa de Cronbach de las escalas fue > 0,7 para todas las dimensiones excepto coordinación. La fiabilidad entre escalas fue óptima. Tras fase piloto 7 ítems fueron eliminados, 1 añadido y 6 modificados.

*Conclusiones.* Se obtuvo un instrumento adaptado al sistema de salud que permitirá la evaluación de la APS desde la perspectiva de los gestores de EAP y la comparación intra/inter comunidad autónoma. En próximas fases se obtendrá la versión corta de este instrumento.

#### EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN

M. Pasarín, S. Berra, M. Rodríguez-Sanz, C. Borrell y B. Starfield

Agència de Salut Pública de Barcelona. Agència de Qualitat, Recerca i Avaluació en Salut de Catalunya. Johns Hopkins University. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: mpassarin@aspb.cat

*Objetivos.* Evaluar la APS en cuanto acceso, continuidad y globalidad de la atención, coordinación con la atención especializada y competencia cultural, según la población de la ciudad de Barcelona.

*Tipo de estudio.* Estudio transversal. Encuesta de salud de Barcelona del año 2006.

*Ámbito de estudio.* Ciudad de Barcelona.

*Sujetos.* Muestra de residentes en la ciudad de Barcelona, no institucionalizados, mayores de 14 años (5.394 personas).

*Mediciones e intervenciones.* Variables: sexo, edad, clase social, acceso a la APS (visita el mismo día, acceso telefónico), continuidad de la atención (profesional de referencia estable y accesible), globalidad de la atención (vacunación antigripal, control de tensión arterial), coordinación, competencia cultural (recomendación del médico/a a un amigo o familiar). Análisis: prevalencias por edad, sexo y clase social, y multivariado (modelos de regresión logística, OR e intervalos de confianza del 95%).

*Resultados.* El 89% identificaron un médico/a de cabecera. El 45,7% de hombres y 49,8% de mujeres tienen la seguridad de que los atenderán el mismo día. El 34,2 y 39,35 respectivamente creen que les podrán aconsejar por teléfono. Un 25% afirman que seguro que por teléfono pueden hablar con el profesional que mejor les conoce (27% y 31,5% de hombres y mujeres de clase social I-II frente el 20,8 y 24,5% de clases IV-V. OR CS I-II respecto a IV-V en hombres de 1,51 (IC95% 1,15-1,98) y en mujeres OR 1,69 (IC95%: 1,30-2,21)).

*Conclusiones.* La población aporta información útil para la evaluación de servicios. También es necesario vigilar la posible existencia de desigualdades sociales en aspectos como la continuidad de la atención.

#### DISEÑO DE UN INDICADOR SINTÉTICO DE CALIDAD ASISTENCIAL (ECA 2007)

B. Iglesias Pérez, M. Medina Peralta, L. Méndez Boo, F. Fina Avilés y M. Ferran Mercadé

SISAP Institut Català de la Salut. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: biglesias@ambitep.catsalut.net

*Objetivos.* Diseñar un indicador sintético que permita estimar una medida de calidad asistencial de la población asignada a los profesionales de Atención Primaria (AP).

*Tipo de estudio.* Cualitativo.

*Ámbito de estudio.* Atención Primaria.

*Sujetos.* Participaron 107 profesionales (MF, pediatras, enfermeras, técnicos de salud, trabajadoras sociales y odontólogos).

*Mediciones e intervenciones.* El ECA incorpora problemas de salud frecuentes en AP, en que ha sido posible definir un indicador de calidad, obtenido desde la historia clínica (HC) informatizada. Los indicadores los definieron profesionales asistenciales, mínimo dos por problema (habitualmente MF y enfermera). Los indicadores se sometieron a revisión estructurada con criterios de calidad estándar. La evaluación fue por pares y discutidos por dos grupos asesores consecutivos. El último realizaba la ponderación (peso del indicador en ECA). El ECA de EAP y profesional, tiene una meta individualizada, según situación de partida y esfuerzo. *Resultados.* El ECA proporciona una puntuación única, sumatorio de todos los indicadores (0-1000 puntos). La distribución de puntos es proporcional al porcentaje de población asignada (85% adulta/15% infantil). Incluye 61 indicadores, 39 de adultos (21 problemas de salud) y 22 pediátricos (preventivos; patología aguda; crónica; capacidad resolutoria; problemas sociales). En el cálculo del ECA individual, los indicadores son comunes para MF y enfermeras, variando la ponderación.

*Conclusiones.* La alta participación de profesionales, el número elevado de problemas incluidos y el acceso a interpretar fácilmente la información, creemos que favorece el reconocimiento del ECA como una medida válida del trabajo de los profesionales. Posibles mejoras serían incorporar patología relevante no incluida y sistemas de aviso/ayuda a la decisión en la HC.

#### EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN BARCELONA, 3 AÑOS DESPUÉS DE FINALIZADA SU REFORMA

M. Pasarín, S. Berra, A. González-Viana, A. García-Altés, I. Vallverdú y B. Starfield

Agència de Salut Pública de Barcelona. Agència de Qualitat, Recerca i Avaluació en Salut de Catalunya, Regió Sanitària de Barcelona. Institut d'Estudis de la Salut. Johns Hopkins University. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: mpassarin@aspb.cat

*Objetivos.* Evaluar el grado de adecuación de la provisión de servicios de APS en la Región Sanitaria de Barcelona en cuanto a accesibilidad, continuidad y globalidad de la atención, coordinación con otros niveles asistenciales, orientación familiar y comunitaria y competencia cultural.

*Tipo de estudio.* Estudio descriptivo transversal.

*Ámbito de estudio.* Región sanitaria de Barcelona (Cataluña).

*Sujetos.* Equipos de APS (EAP), 202 Zonas Básicas de Salud.

*Mediciones e intervenciones.* Variables: A) índices de accesibilidad, continuidad y globalidad de la atención, coordinación con otros niveles asistenciales, orientación familiar y comunitaria y competencia cultural, B) tipo de proveedor de APS y tipo de integración a la reforma de la APS (% de profesionales del EAP integrados). Análisis: descriptivo a partir de la media (con el IC95%), desviación estándar, valores mínimo y máximo, de cada uno de los índices. La comparación de medias entre las categorías de proveedores de APS se realizó mediante el análisis de la variancia. *Resultados.* Se obtuvo respuesta del 69% de EAP. El área con un índice menor fue la de competencia cultural (2,6 IC95%: 2,49-2,68), seguida de la de coordinación (2,9 IC95%: 2,85-2,97). Las áreas con un índice mayor fueron las de globalidad (3,53 en servicios proporcionados y 3,34 en servicios disponibles) y la de coordinación referente a los sistemas de información (3,33). Continuidad de la atención obtuvo un índice de 3,15, y la orientación familiar y comunitaria de 3,08 y 3,04 respectivamente.

*Conclusiones.* Según el análisis realizado, son áreas de mejora de la APS la competencia cultural y la coordinación con los servicios especializados.

#### ¿CÓMO MEDIR RESULTADOS ASISTENCIALES EN ATENCIÓN PRIMARIA?

F. Caballero Martínez, O. Gómez Martín, S. Herrero Hernández, M. Alcaraz Borrajo, M. Lacalle Rodríguez-Labajo y A. Payá Pardo

Unidad Investigación Área 6. Dirección Médica Área 6. Majadahonda. Madrid. Correo electrónico: fcaballero.gapm06@salud.madrid.org

*Objetivos.* 1. Identificar en la literatura científica las principales intervenciones sanitarias de AP que mejoran la salud de la población. 2. Definir indicadores para la medición del grado de consecución de los resultados, intermedios o finales, esperados con dichas intervenciones. 3. Seleccionar y priorizar los indicadores apropiados para su uso en el Área, logrando la

participación mayoritaria de los clínicos, y promoviendo la aceptación de su futura implementación.

*Tipo de estudio.* 1ª fase: Revisión sistemática de la literatura y lectura crítica de las evidencias 2ª fase: Consenso no presencial mediante una encuesta Delphi modificada (dos rondas) a la plantilla facultativa del área sanitaria.

*Ámbito de estudio.* Un área sanitaria de Atención Primaria (24 equipos de AP).

*Sujetos.* 200 médicos (todos los facultativos asistenciales del área).

*Mediciones e intervenciones.* 1ª fase: Grupo de Discusión formado por miembros de la Dirección Médica y facultativos de AP expertos definen una propuesta preliminar de indicadores tras la revisión sistemática de la evidencia disponible. 2ª fase: Encuesta Delphi modificada (dos rondas) en formato electrónico (portal Intranet) a todos los facultativos del AP, para lograr un consenso sobre los indicadores que se propondrán para ser monitorizados en el Área.

*Resultados.* Participa voluntariamente más de la mitad ( $n = 121$ ) del colectivo profesional de facultativos de Atención Primaria del Área, aceptando por consenso, y priorizando entre ellos, 19 de los 21 indicadores propuestos.

*Conclusiones.* El método de consenso no presencial empleado ha permitido consensuar, con una amplia participación de los facultativos clínicos, los indicadores de resultados de intervenciones clínicas que se consideran apropiados en nuestro entorno asistencial.

### COMPARACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE CONFIDENCIALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA Y EN HOSPITAL

R. De Dios Del Valle, J. Gutiérrez Martínez, J. Garzón Hernández, E. García-Sastre García, E. Badallo León y R. Mesa Pandal

Gerencia del Área Sanitaria I. Jarrio-Coaña. Asturias.

Correo electrónico: ricardo.dedios@sespa.princast.es

*Objetivos.* Comparar los conocimientos, comportamientos y valoraciones del personal sanitario de Atención Primaria y del Hospital.

*Tipo de estudio.* Descriptivo transversal.

*Ámbito de estudio.* Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE) de un Área Sanitaria.

*Sujetos.* Médicos de familia, enfermería de atención primaria, facultativos especialistas de área y enfermería de hospital.

*Mediciones e intervenciones.* Encuesta anónima (21 preguntas cerradas). Valoran conocimientos, comportamientos sobre confidencialidad. Se registran variables sociodemográficas.

*Resultados.* 169 encuestados (tasa respuesta: 57,1%). Edad media: 42,44 (DE: 7,49). 58,6% (IC95%: 50,9-66,3) pertenecen al hospital. 69,2% son mujeres. 56,2% profesionales de enfermería. Conocimientos: sólo encontramos diferencias significativas en el conocimiento de la ley 41/2002 (el personal de atención primaria la conoce mejor; 11,4% vs 1%;  $p < 0,001$ ). Comportamientos: Si quiere información de lo que le pasa a un amigo por iniciativa propia el 35,7% en AP lo preguntarían al médico frente al 51,5% en AE ( $p: 0,045$ ); si un familiar suyo le pide información sobre su paciente, el 98,6% en AP no se la daría frente al 88,9% de AE ( $p: 0,025$ ). La información se da en un lugar reservado en un 64,3% en AP, 10,1% en AE ( $p < 0,001$ ); hablar de casos en los controles o unidades administrativas no ocurre nunca en 54,3% en AP frente al 18,4% en AE ( $p < 0,001$ ), al presentar una sesión se ocultan los datos siempre en 91,4% en AP y en 59,8% en AE ( $p < 0,001$ ). El 2,9% en AP consideran que se trata mal la confidencialidad en su centro frente al 31,3% en AE ( $p < 0,001$ ).

*Conclusiones.* No existen diferencias entre AP y AE en los conocimientos pero sí en los comportamientos, produciéndose un mejor trato de la confidencialidad en AP en todos los ítems encuestados.

### LA FORMACIÓN DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA EN UROLOGÍA, ¿MEJORA LA ADECUACIÓN DE LAS DERIVACIONES DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA?

M. Fábregas Ecurriola, A. Vall-Llossera Moll de Alba, M. Zamora Sánchez, A. Torné Coromina, C. Gutiérrez Aparcero y F. Ramos Pérez

EAP Gòtic, Bon Pastor, Ronda Cerdanya, SAP Alt Penedès-Garraf. Barcelona.

Cataluña.

Correo electrónico: nanipalermo@hotmail.com

*Objetivos.* Establecer si una formación específica en urología mejora la adecuación de las derivaciones en AP.

*Tipo de estudio.* Ensayo clínico aleatorizado.

*Ámbito de estudio.* Equipos de AP.

*Sujetos.* Derivaciones de las 3 patologías más frecuentemente derivadas a urología por los MF: hiperplasia benigna de próstata (HBP), disfunción eréctil (DE) e infecciones del tracto urinario (ITU). Muestreo polietápico por conglomerados estratificados por nivel de derivación.

*Mediciones e intervenciones.* El grupo intervención recibió una intervención mínima (guías de práctica clínica) y sesiones interactivas en grupos reducidos. El grupo control recibió la intervención mínima. Se auditaron las historias clínicas (HC) con derivaciones efectuadas post-intervención (05/2005-05/2006), recogiendo: fecha derivación, patología derivada y datos clínicos para definir adecuación. Los criterios fueron definidos basándose en GPC y evidencia disponible. Establecida la comparabilidad inicial de los grupos por características de población, EAP y profesionales, se aplicó el chi-cuadrado para comparar la adecuación de las derivaciones.

*Resultados.* Fueron auditadas 1442 HC de 10 EAP (4 intervención + 6 control). No constaba realizada la derivación en el 33,2% (479; IC95%: 30,8-35,7). De las 963 en que constaba: 18,8% (181; IC95%: 16,5-21,4) eran HBP, 10,2% (98; IC95%: 8,4-12,2) ITU y 7,7% (74; IC95%: 6,2-9,5) DE. La adecuación global de la derivación a urología fue 32,0% (64; IC95%: 25,9-38,8) en el grupo intervención y 34,6% (53; IC95%: 27,6-42,5) en el grupo control ( $p > 0,05$ ). Tampoco aparecieron diferencias al analizar las patologías individualmente.

*Conclusiones.* La intervención formativa realizada, evaluada a través de las HC, no ha demostrado mejorar la adecuación de las derivaciones de AP a Urología en comparación con la intervención mínima.

Financiado por un FIS PI031403. Autorizado por el Comité Ético de la Fundación IDIAP.

### IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD UNE-EN-ISO 9001-2000

M. Ortega Cutillas, S. González Torrente, V. Juan Verger, A. Bosch, B. Munar y A. Roca Casas

CS Es Trencadors. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Palma de Mallorca. Illes Balears.

Correo electrónico: masuaf@telefonica.net

*Objetivos.* El objetivo del proyecto fue implantar la norma ISO 9001-2000 como sistema de gestión de calidad en un EAP.

*Descripción.* Lanzamiento: En julio 2006 reunión de planificación del proyecto. Entrenamiento de las personas: Tres jornadas de formación para explicar a los participantes la Norma ISO 9001:2000 y la metodología de documentación de los procesos. Desarrollo de la documentación del Sistema: Mapa de Procesos: Fotografía de las actividades que se realizan en una organización y se reflejan las relaciones horizontales y la cadena de valor. Documentación Procedimientos Específicos: Se eligieron aquellos profesionales con más conocimiento en cada proceso identificado en el Mapa para documentarlo. Documentación Procedimientos Generales: Presentación de los Procedimientos Generales que emanan de la norma necesarios para su implantación. Manual de Funciones: Se desarrolló un Manual, donde se recoge para cada puesto de trabajo, perfil, funciones y responsabilidades. Implantación del Sistema: Seguimiento de los procedimientos documentados así como de los otros requisitos documentales. Optimización del Sistema: En abril se desarrolló la auditoría interna para verificar el proyecto. Certificación del sistema En mayo la auditoría de AENOR, con sólo 5 no conformidades menores que han sido subsanadas.

*Conclusiones.* La implantación de un sistema de gestión de calidad en un Centro de Salud optimiza los recursos, aumenta la satisfacción del usuario, del profesional, y la productividad.

## Sesión 8

Jueves 8 de noviembre - 18.00-20.30 h

Sala 2, Institución Ferial de Castilla y León

Valladolid

## Osteoporosis/aparato locomotor

### INFILTRACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA

D. Gosálbez García, D. Moll, B. Fernández Fernández y B. Fontoba

ABS Vinyets. Sant Boi 4. Sant Boi de Llobregat. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: dgosálbez.cp.ics@gencat.net

**Objetivos.** Las enfermedades osteoarticulares tienen una gran importancia en AP debido a su prevalencia así como sus repercusiones sobre nuestros pacientes (dolor, incapacidad...), representando un elevado porcentaje de nuestras visitas, pruebas diagnósticas y prescripción. El progresivo envejecimiento de la población produce un incremento de las enfermedades crónicas incurables tales como la artrosis, dando lugar a una elevada prescripción farmacéutica y aumentando así el riesgo de iatrogénica. La infiltración articular es una técnica rápida, sencilla y barata con una efectividad ampliamente demostrada que mejora el dolor y la movilidad articular.

**Descripción.** Después de realizar una exploración física y revisar la historia clínica, se realiza la infiltración en pacientes con un claro diagnóstico de una de las siguientes patologías: epicondilitis, enfermedad de Dequervain, hombro doloroso, rizoartrosis, fascitis plantar y trocanteritis. El dolor se mide usando la escala analógica visual del dolor (VAS) y en los casos de hombro doloroso se mide la movilidad del hombro. Se realiza una revalorización a las 3 semanas y otra a los 5 meses donde se vuelve a cuantificar el dolor (VAS) así como la movilidad del hombro.

**Resultados.** Aún estamos trabajando en nuestro proyecto pero para la fecha del congreso ya podemos presentar nuestros resultados. Revisando la bibliografía esperamos obtener una importante reducción en el dolor así como una mejoría en la movilización del hombro en nuestros pacientes.

**Conclusiones.** Con este proyecto nos gustaría demostrar que el uso de infiltraciones en AP puede mejorar la calidad de vida así como aumentar la satisfacción de nuestros pacientes (reduciendo el dolor y las limitaciones funcionales).

### MAGNITUD MÍNIMA DE LOS CAMBIOS DEL DOLOR Y LA INCAPACIDAD QUE RESULTAN RELEVANTES PARA LOS PACIENTES CON LUMBALGIA

C. Fernández Fernández, F. Kovacs, A. Royuela, J. Corcoll y L.R. Alegre

CS Arquitecto Bennisar, Palma de Mallorca. Departamento Científico de la Fundación Kovacs, Palma de Mallorca. Unidad de Bioestadística Clínica del Hospital Ramón y Cajal, Madrid. Dirección General de Planificació i Finançament, Conselleria de Palma de Mallorca. Illes Balears.  
Correo electrónico: cfernandez@caralmar.com

**Objetivos.** Estimar la magnitud mínima de los cambios (MMC) en el dolor e incapacidad que resultan clínicamente relevantes para los pacientes atendidos por lumbalgias subagudas o crónicas.

**Tipo de estudio.** Prospectivo de cohortes.

**Ámbito de estudio.** Comunidad autónoma.

**Sujetos.** 1349 pacientes atendidos por lumbalgia.

**Mediciones e intervenciones.** La MMC se determinó mediante tres métodos: media del cambio de la puntuación (MMP), mínimo cambio detectable (MCD) y punto óptimo de corte en las curvas ROC (POC). Se usó como criterio externo el efecto global percibido por el paciente. Se analizó la influencia sobre la MMC de la puntuación inicial, duración del dolor y existencia de dolor referido.

**Resultados.** Los valores de la MMC para el dolor oscilaron entre 1,5 y 3,2 puntos en una escala visual numerada (PI-NRS) en los pacientes con intensidad basal inferior a 7 puntos, y entre 2,5 y 4,3 para aquellos con intensidad basal de 9 o más puntos. La MCC para incapacidad varió entre 2,5 y 6,8 puntos de la escala de Roland-Morris (RM) en aquellos con una

incapacidad basal < 10 puntos, y entre 5,5 y 13,8 en los que > 15. Los valores son similares en pacientes con dolor referido y no varían con la duración del dolor.

**Conclusiones.** En pacientes subagudos y crónicos, resultan clínicamente irrelevantes mejorías del dolor de < 1,5 puntos PI-NRS, y < 2,5 en RM. Por encima de estos valores el umbral depende de las características de los pacientes y del método de estimación usado. Los valores son similares a otros entornos culturales.

### CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO Y MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN OSTEOPOROSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

R. Belenguer Prieto

CS de Algemés. Algemés. (Valencia). Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: rbelenguer@gmail.com

**Objetivos.** Evaluar el impacto de un refuerzo educativo en el cumplimiento terapéutico de la osteoporosis y la mejora de la calidad de vida en pacientes tratados con raloxifeno y seguimiento en AP.

**Tipo de estudio.** Se desarrolló un estudio longitudinal prospectivo sobre una muestra de 486 mujeres. La permanencia en el estudio fue de 12 meses con 4 controles. Se obtuvieron 441 mujeres que cumplieron los criterios de inclusión. Se establecieron dos grupos: "Con intervención educativa" (CI), 285 mujeres; "Sin intervención educativa": (SI) 156 mujeres. Se aplicó el cuestionario: calidad de vida Qualefo al inicio y el final del estudio. Los datos se recogieron en una base de datos Access, se procesaron con SPSS.

**Resultados.** El rango de edad fue: 55-84 años, los grupos de comparación no presentaron diferencias. El mayor efecto observado del cumplimiento terapéutico fue la reducción del dolor (Media IC: 9,47/SI: 16,50, t-Student: -10,11 p < 0,01). De igual modo los valores de "mejora de la vida cotidiana" y "movilidad" se mostraron asociados al cumplimiento terapéutico. la mejora del "estado de ánimo" se presenta asociada claramente a la intervención educativa y la adherencia al tratamiento (Media IC: 23,32/SI: 30,18, t-Student: -8,37, p < 0,01).

**Conclusiones.** La adherencia al tratamiento conseguida mediante intervención educativa produce una mejora de la calidad de vida de las pacientes en aquellos ítems relacionados directamente con osteoporosis. Parece claro que un pequeño esfuerzo educativo en AP reporta un beneficio en términos de calidad de vida del paciente al mejorar el cumplimiento terapéutico.

### MANEJO ACTUAL DE LA OSTEOPOROSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

D. Martínez Laguna, F. Sancho Almela, E. Cano Collado, J. Gardñes Morón, J. Morró i Pla y F. Cos Claramunt

ABS Sant Martí. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 34859dml@comb.es

**Objetivos.** Conocer el abordaje del médico de familia(MF) frente a la osteoporosis, en cuanto a sospecha, diagnóstico y tratamiento. Valorar la adecuación de la prescripción.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito de estudio.** Centro de atención primaria urbano.

**Sujetos.** Se estudió una muestra de 411 pacientes entre todos los que tomaban un fármaco antireabsortivo (FA) y/o constaba diagnóstico de osteoporosis. Se excluyeron los que lo tomaban por otro motivo (13), errores diagnósticos (8), exitus (3) y falta de historia clínica (16).

**Mediciones e intervenciones.** Se recogieron las variables: edad, sexo, antecedentes personal (APF) y familiar (AFF) de fractura, edad menopausia, T y Z scores densitométricas, tipo FA, suplementos de calcio y vitamina D y que especialista indicó inicialmente el tratamiento. Se valoró la adecuación de la prescripción según si cumplía o no criterios de la guía SEMFyC.

**Resultados.** 371 cumplían criterios de inclusión. 96,5% eran mujeres. La edad media fue de 68 años (DE 9,4). En 288 (77,6%) pacientes se valoró el APF, en 21 (5,7%) el AFF y en 103 (30,5%) se recogió edad de menopausia. En el 65,5% constaba densitometría. 72,8% recibían suplementos de vitamina D y 76% de calcio. 65,2% tomaban bifosfonatos y 14,8% raloxifeno. En 30,5% el MF inició el tratamiento, 21% reumatólogo y 14,3% ginecólogo. En 204 (55%) la prescripción del FA era adecuada, 113 (30,5%) no se pudo determinar y en 51 (13,7%) inadecuada.

**Conclusiones.** El APF es el principal factor de riesgo que valoramos. En un tercio de los pacientes no consta densitometría. Los bifosfonatos son

los FA más usados. El MF es el principal prescriptor. En menos del 15% la prescripción de FA es inadecuada.

### FACTORES MENORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS Y VARONES MAYORES DE 50 AÑOS INCLUIDOS EN UN ESTUDIO DE OSTEOPOROSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

*E. Pariente Rodrigo, D. Nan Nan, E. Obregón Gómez, I. Pérez Pajares, G. Pinedo López y J. Hernández Hernández*

CS José Barros. Camargo. Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander. Cantabria.

Correo electrónico: cramos@gap01.scsalud.es

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de factores menores de riesgo de osteoporosis en mujeres posmenopáusicas y varones mayores de 50 años en una muestra de pacientes obtenida de una cohorte para estudio de detección de osteoporosis y otras enfermedades de metabolismo óseo en población general.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito de estudio.** Atención Primaria. Centro de Salud semi-urbano.

**Sujetos.** Los pacientes, con criterios de inclusión, son reclutados a medida que acuden a la consulta de forma oportunista (caso finding).

**Mediciones e intervenciones.** Se realizó una historia completa que incluía variables demográficas, clínicas y antropométricas y factores de riesgo mayores y menores. Se les realizó un estudio analítico, radiológico y densitométrico.

**Resultados.** Se han estudiado un total de 819 sujetos (163 varones y 656 mujeres). La edad media fue  $64,9 \pm 8,3$  en varones y  $62,5 \pm 8,9$  en mujeres. Los resultados de los factores estudiados fueron en varones y mujeres respectivamente: artritis reumatoide (0,6%/0,9%), estilo de vida sedentario (0,6%/5,1%), hipertiroidismo clínico (1,2%/2,4%), tratamiento anti-convulsivante (1,8%/1,4%), tabaquismo (17,2%/12,7%), consumo de alcohol (39,3%/9,6%), IMC < 19 Kg/m<sup>2</sup> o peso < 57 kg (3%/4%), tratamiento anticoagulante (6%/3%), ingesta baja de calcio (62%/75%) ingesta excesiva de cafeína (21%/30%). Se estudiaron asimismo factores mayores de riesgo de osteoporosis.

**Conclusiones.** Después de la edad los factores menores de riesgo más prevalentes han sido la ingesta baja en calcio, consumo de alcohol y tabaco y la ingesta excesiva de café. Todos ellos modificables y abordables en AP. FIS: PI05 0125.

### ESTUDIO DE PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS REGISTRADA EN ATENCIÓN PRIMARIA

*E. Carné Rovira, R. Azagra Ledesma, N. Moreno Milán y N. Puchol Ruiz*

CAP Sant Andreu. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: emma4508@yahoo.es

**Objetivos.** Principal: Conocer la prevalencia de osteoporosis registrada en la historia clínica informatizada de Atención Primaria (e-CAP), en una población de mujeres de Barcelona ciudad. Secundarios: Conocer el porcentaje de pacientes con tratamiento para osteoporosis. Conocer la prevalencia de fracturas registradas y porcentaje de densitometrías (DXA) realizadas y relación de ambas con la edad de las pacientes.

**Tipo de estudio.** Observacional retrospectivo.

**Ámbito de estudio.** Población urbana atendida en un CAP de Barcelona de 58.992 habitantes con 32.037 mujeres.

**Sujetos.** 2.106 pacientes, 2.026 (96,2%) mujeres, con media de edad de  $68,1 (\pm 10,4)$ , con diagnóstico de osteoporosis con/sin fractura y/o tratamiento específico y/o DXA realizada en el periodo 2001-2006.

**Mediciones e intervenciones.** Porcentaje de mujeres diagnosticadas de osteoporosis con/sin fractura, con/sin tratamiento específico y DXA realizada o no. Porcentaje de pacientes que reciben tratamiento específico sin diagnóstico de osteoporosis ni fracturas registradas.

**Resultados.** El 51,72% (1048) tienen diagnóstico de osteoporosis con/sin fractura, y el 55,7% (584) presentan DXA registrada. El 66,7% (391) reciben tratamiento específico. El 48,3% (978) reciben tratamiento específico sin diagnóstico registrado aunque el 54,6% (534) presentan DXA realizada. No existe relación significativa entre tener fractura y/o tener DXA realizada, y/o recibir tratamiento. Existe tendencia significativa a tratar más y solicitar DXA a pacientes de menor edad.

**Conclusiones.** Existe elevado porcentaje de mujeres con tratamiento específico sin diagnóstico de osteoporosis registrado. Elevado porcentaje de pacientes con diagnóstico de osteoporosis sin DXA realizada. Tendemos a tratar y a realizar DXA a las pacientes de menor edad.

### CREENCIAS, EXPERIENCIA Y EXPECTATIVAS DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA Y DE SUS MÉDICOS DE FAMILIA

*R. Sequera Requero, A. Girona Amores, C. González Berbería, M. Toribio, R. Cabello y A. Martínez*

ABS Badalona-6 (ABS de Llefia). Badalona. Cataluña.

Correo electrónico: rosa\_maria\_sequera@hotmail.com

**Objetivos.** Explorar creencias de pacientes y médicos sobre origen, experiencia con el tratamiento, el sistema sanitario y expectativas en relación a la fibromialgia (FM).

**Tipo de estudio.** Estudio cualitativo a pacientes siguiendo la técnica del grupo focal. Encuesta a médicos de familia (MF).

**Ámbito de estudio.** ABS urbana.

**Sujetos.** 20 mujeres diagnosticadas de fibromialgia, seleccionadas por muestreo aleatorio.

**Mediciones e intervenciones.** Variables: creencias sobre origen de la FM, satisfacción con el sistema sanitario (SS), valoración de la eficacia de los tratamientos actuales, expectativas de aparición de tratamiento eficaz, reconocimiento por entorno y SS, profesional de referencia para el control de los pacientes Estadística: SPSSv13.

**Resultados.** Grupo focal (20 pacientes): -94,11% presentaban estrés emocional previo; pero el 73% consideraban que la FM eminentemente física. -La menopausia, alteraciones del sueño, falta de comprensión por médicos y entorno, la discapacidad laboral, alteraciones de memoria, trastornos del ánimo, empeoran la sintomatología. -El tratamiento farmacológico poco o nada eficaz. Tratamientos más eficaces: relajación, balnearioterapia-fisioterapia. -Valoración baja de atención recibida por reumatólogos. Encuestas a MF: -Derivan inicialmente a reumatología y a psiquiatría, el control ulterior es por propio. La duración de las visitas es superior a la media por otras patologías.

**Conclusiones.** Acontecimientos vitales previos a la enfermedad en el 94,11%, tratamiento farmacológico no eficaz, estado de ánimo modula la intensidad de sintomatología. El control es a cargo de los MF, quienes refieren sentimientos de impotencia, frustración y desesperanza por la falta de respuesta al tratamiento.

## Medicamentos/medicina alternativa

### REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS: ETIOPATOGENIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

*T. Portalés Quiles, A. Peña Sanromà, E. Salazar Igual, E. Simó Cruzet, M. Vernet Vernet y M. Sender Palacios*

CAP Terrassa Nord. Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa. (Barcelona) Cataluña.

Correo electrónico: mjsender@csdt.es

**Objetivos.** Valorar la proporción, características clínicas y fármacos implicados en las reacciones adversas medicamentosas (RAM).

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito de estudio.** Centro de Atención Primaria.

**Sujetos.** Muestra aleatorizada de pacientes mayores de 14 años visitados durante el año 2005.

**Mediciones e intervenciones.** Revisión de RAM registradas en pacientes adultos visitados durante el año 2005. Variables: número de RAM total y por paciente, fármacos responsables, etiopatogenia, afectación clínica y actitud terapéutica.

**Resultados.** De 386 pacientes evaluados, 85 (22%) habían presentado RAM, de los cuales 23 (27%) presentaron más de una (17 pacientes 2 y 6 pacientes, 3). Número total de RAM: 114. Grupo farmacológico: 34% (39) antibióticos (penicilina 82%), 22% (25) analgésicos y antiinflamatorios y 10,5% (12) fármacos de efecto cardiovascular. Etiopatogenia: 36%

(41) efectos secundarios, 22,8% (26) reacciones alérgicas y 3,5% (4) efectos colaterales. No consta en el 38% (43). Afectación clínica más frecuente: 26% (30) cutánea (57% urticaria, 17% dermatitis de contacto, 17% prurito, 10% angioedema), 12% (14) digestiva (50% dolor abdominal o dispepsia, 21% diarrea, 14% estreñimiento) y 6% (7) neurológica. No consta en el 40% (46). Actitud terapéutica: retirada del fármaco en 50% de casos (no consta en 38,6%). Precizaron tratamiento sintomático: 21% de las RAM (no consta en 41%). Recibieron atención hospitalaria: 5% de las RAM.

**Conclusiones.** La proporción observada de RAM es similar a la descrita en la literatura, siendo los antibióticos el grupo farmacológico responsable con mayor frecuencia. Sería necesaria una mayor sensibilización de los profesionales para mejorar el registro de las características de las RAM a fin de facilitar la prescripción terapéutica.

### ¿EXISTEN INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS?

A. Isach Subirana, M. Sánchez-Oro Vallès, P. Luque Martí, E. Tàpia Barranco, F. Pallarès Jiménez y M. Torres Sentís

ABS Reus 2. Reus. (Tarragona). Cataluña.  
Correo electrónico: pcluque@gmail.com

**Objetivos.** Valorar la existencia de interacciones farmacológicas con la medicación crónica prescrita al paciente en tratamiento anticoagulante oral (TAO). Saber si los pacientes en TAO son bebedores de riesgo.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito de estudio.** Atención Primaria de salud.

**Sujetos.** 32.892 habitantes, ABS urbana.

**Mediciones e intervenciones.** edad, sexo, interacciones farmacológicas con el TAO: inhibidores, potenciadores de su metabolismo y consumo de alcohol.

**Resultados.** De 178 pacientes revisados, presentan interacciones farmacológicas el 42,9% (78 pacientes). Un 41,8% son fármacos potenciadores de los anticoagulantes y el 1,6% son fármacos inhibidores. Las estatinas y los inhibidores de la bomba de protones son los potenciadores más prescritos. El 6,1% de pacientes son bebedores de riesgo, con diferencia estadísticamente significativa entre sexos ( $p = 0,034$ ), más frecuente en hombres.

**Conclusiones.** Muchos fármacos interactúan con los anticoagulantes orales, frecuentemente estos pacientes presentan patologías que requieren tratamientos asociados. Hemos observado que un 42,9% de la medicación crónica puede presentar interacciones farmacológicas que pueden producir complicaciones hemorrágicas o trombóticas, los fármacos que más interacciones producen son las estatinas y el omeprazol. El alcohol también interacciona, sobretodo en las variaciones de su consumo habitual. Una vez ajustado el control del TAO con la medicación crónica, hay que tener en cuenta los tratamientos de la patología aguda para intentar evitar interacciones.

### TOMA DE SUSTANCIAS NATURALES EN UN CENTRO DE SALUD DEL INTERIOR DE LA PROVINCIA DE ALICANTE. CARACTERIZACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA

P. Lafuente Sanchís, V. Giner Galvañ, R. Beltrán, E. Pappalardo, L. Tomás Gil y J. Jover

CS de Cocentaina. Alicante. Servicio de Medicina Interna. Hospital Verge dels Lliris. Alcoi. (Alicante). Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: docer4@hotmail.com

**Objetivos.** Desvelar la relevancia real de la toma de productos naturales (PN) y realizar un primer acercamiento al paciente tomador y creencias al respecto.

**Tipo de estudio.** Estudio observacional transversal.

**Ámbito de estudio.** Centro de Salud.

**Sujetos.** Mayores de edad que acuden a consulta de rutinaria.

**Mediciones e intervenciones.** A los pacientes que voluntariamente aceptan responden una encuesta elaborada por nuestro grupo de trabajo.

**Resultados.** Se han incluido 40 pacientes, 75% mujeres con  $46 \pm 18$  años. La toma media de fármacos/día fue  $1,5 \pm 1,1$ . La mayoría (54%) tenía estudios básicos, trabajaba en Servicios (37,5%) o Ama de casa (33,5%), con residencia habitual en ámbito urbano (87%), con ningún agricultor. La frecuencia de toma de PN fue: 25%, 37,5%, 12,5% y 25% para "Nunca", "A veces", "Sí, habitualmente" y "Sí, actualmente los tomo". Un 16,7% opinó que los PN no sirven. Los tomadores argumen-

taron como razones para ello: "complementan a los fármacos que tomo" (75%), "provocan menos efecto secundarios" (17%), "son digestivos" (8%). La mitad de pacientes dice que su médico sabe que toma estos productos, obteniéndolos por cultivo o recolección el 38%, herboristerías 21%, supermercados 8% y farmacias 4%. Los tomadores de PN son más ancianos (56 vs 41 años,  $p 0,041$ ) y toman más fármacos (0,9 vs 1,1 fármacos/día,  $p 0,040$ ).

**Conclusiones.** El consumo de PN es frecuente, fundamentalmente como complemento a los fármacos, respecto de los cuales serían menos tóxicos, una situación conocida por su médico. El tomador de PN es de mayor edad y está más medicado, probablemente expresando la existencia de mayor patología crónica.

### TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO EN TENDINITIS CALCIFICANTE DE HOMBRO

A. Sacristán Rubio, M. Villanueva Martínez, A. Ríos Luna, H. Fabandez-Saddi, D. López Canapé y L. Palma Bellido

CS Ibiza, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.  
Correo electrónico: albertoasr@hotmail.com

**Objetivos.** La tendinitis calcificante del hombro es el proceso originado por la formación de depósitos cálcicos en la región del manguito de los rotadores. Los depósitos actúan como irritantes mecánicos o químicos. La homeopatía está considerada como una medicina complementaria y presenta un principio en el que en su patogenesia describe la resolución de las calcificaciones de hombro. Valorar los resultados de un estudio piloto con tratamiento homeopático en la tendinitis calcificante de hombro.

**Tipo de estudio.** Descriptivo prospectivo.

**Ámbito de estudio.** consulta de traumatología de un Hospital terciario.

**Sujetos.** Se evaluaron 32 pacientes (19 mujeres y 13 hombres) con dolor en hombro, por 36 casos de tendinitis calcificante (4 bilaterales, 19 derechos 9 izquierdos) con edad media de 49 años.

**Mediciones e intervenciones.** El tratamiento homeopático fue: solanum compositum<sup>®</sup> y solanum malacoxinom<sup>®</sup>. La mitad de los pacientes recibieron una pauta asociada de aines durante la primera semana. Se evaluaron clínica (test de Constant) y radiológicamente (clasificación de Gärtner y Bosworth), a los 2, 4, 6, 12 y 24 meses.

**Resultados.** El 85% (17) presentaban una exploración física normal (indolora o mínimamente dolorosa). El test de Constant pasó de 64,7 a 97 puntos. Radiológicamente la calcificación desapareció en 12 casos (60%), disminuyó en 7 (35%) no se modificó en 1 caso (5%). Un caso requirió intervención artroscópica.

**Conclusiones.** La homeopatía puede tener un papel importante en el tratamiento de las tendinitis calcificantes del hombro. Sus resultados son comparables a los de las ondas de choque. Se requieren nuevos estudios para conocer la eficacia de este tratamiento.

### USO DE MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS ENTRE LOS PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD

A. Lois Díaz, E. Olmos y L. Benito Ortiz

CS San Fernando II. Madrid.  
Correo electrónico: alilois@hotmail.com

**Objetivos.** Averiguar prevalencia de uso de MAC, mediante entrevista dirigida con cuestionario propio, en la población adscrita a un centro de salud. Secundarios: Características poblacionales. Terapias usadas. Motivos de salud. Quién recomienda.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo transversal. Muestreo aleatorio sistemático. Evaluación: encuesta telefónica. Cuestionario dirigido por médico. Diseño propio basado en literatura.

**Ámbito de estudio.** CS.

**Sujetos.** pacientes 18 y 90 años adscritos al Centro de Salud.

**Mediciones e intervenciones.** Estudio estadístico mediante SPSS v 13.0 de las diferentes terapias, relación con beneficio buscado, quién lo recomendó, etc.

**Resultados.** Llamados: 321. Contestaron 50,5%. Saben qué son: -No: 10,5% -Sí: 89,5%. Usan: -No: 54,9% -Sí: 45,1% (IC 37,5%- 52,7%). No encontramos diferencias de consumo respecto a la Nacionalidad, Ingresos, E. civil, Edad, y Estudios. Relación: Fitoterapia-digestivo OR = 5,017 (IC 1,173-21,447) Complementos alimenticios: -Neurológico OR = 3,295 (IC

1,049-10,346) –Estético OR = 5,833 (IC 1,356-25,088) –Salud general OR = 2,735 (IC 1,011-7,399). Quiropraxia/osteopatía: –Psicológico OR = 3,675 (IC 1,044 -12,932). –Reumatológico OR = 9,854 (2,431-39,948). Acupuntura: –Endocrino OR = 6,375 (IC 1,067-38,102) –Respiratorio OR = 13 (IC 1,354-124,8) terapias de meditación- B. general: OR = 6,5 (IC 1,273-33,201). Terapias utilizadas: Fitoterapia: 17,3% (población general), 37% (de usuarios MAC). Complementos alimenticios: 15,4% (34,2%) Hidroterapia: 14,2% (30,1%) Acupuntura: 12,3% (27,4%) Homeopatía: 8,6% (19,2%) Quiropraxia: 8,6% (19,2%) Meditación: 6,2% (13,7%) Recomendado por: 67,1% conocido 19,2 % MAP 15,1%: medios comunicación. Lo dice al MAP 64,4% (35,6% no).

**Conclusiones.** Prevalencia de nuestra población que usa MAC es del 45,1%. Mujeres usan más. Mayoría recomendado por conocido. > 1/3 no se lo diría al MAP. Pendientes de ampliar estudios.

## Sesión 9

Viernes 9 de noviembre - 9.00-11.30 h

Sala 1, Institución Ferial de Castilla y León

Valladolid

## Medicina y medios de comunicación

### INTERVENCIÓN COMUNITARIA DESDE LA TELEVISIÓN: HABLAMOS DE TU SALUD

Y. Cánovas Zaldúa, A. Girona Marcé, B. Rasppall Coromina, M. Álvarez Martínez, M. García Pérez y A. Gil Santiago

ABS La Riera. Badalona. (Barcelona). Cataluña.  
Correo electrónico: 37442ycz@comb.es

**Objetivos.** Abordar la prevención y promoción de la salud de una forma integral a través de un programa de televisión. Utilización de ésta como medio que permite llegar a gran número de personas de nuestro entorno.  
**Descripción.** Experiencia comunitaria entre el centro de salud y una televisión de ámbito local en una población de 200.000 habitantes. Participación de dos médicos de familia cada dos semanas en un magazine de una hora de duración en el que se realiza una intervención de 15 minutos de duración. Seguimiento medio de 30.000 telespectadores, mayor porcentaje sexo femenino, edad 35-70 años y nivel de instrucción medio. En nuestras intervenciones damos respuesta a cuestiones que nos plantea el presentador. Cada día se aborda un tema de salud de interés general: gripe, cefaleas, depresión, ansiedad, osteoporosis, tabaquismo, protección solar, anorexia, vacunaciones, obesidad, etc. Ofrecemos información en un lenguaje coloquial y cercano, corrigiendo creencias erróneas y explicando los recursos existentes. Hacemos énfasis en las posibilidades de prevención e intentamos potenciar la toma de decisiones positivas para la salud.

**Conclusiones.** Detectamos un gran interés por los temas abordados y un mayor conocimiento de las enfermedades y los recursos. Creemos que hemos conseguido una visión más cercana del médico de familia, y que esta experiencia ha ayudado a romper la barrera entre el centro de salud y nuestra población. La comunidad, la cadena de televisión y el centro de de salud, estamos satisfechos con la experiencia. Creemos que los medios de comunicación pueden ser un instrumento más para promover hábitos saludables.

### PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN DE NUESTRA LOCALIDAD

M. Noguero Álvarez, V. Royo Martínez, M. Miguel Abanto, A. Góngora Marín, M. Sanz Bayona y R. Albañil Ballesteros

CS Cuzco. Fuenlabrada. Madrid.  
Correo electrónico: marnoguero@wanadoo.es

**Objetivos.** Utilizar los medios de comunicación más cercanos a nuestra población para promocionar la salud, fomentar hábitos saludables y dar información rigurosa y adecuada.

**Descripción.** En nuestra localidad funciona hace tiempo una emisora de radio y una cadena de TV de la Comunidad, con programaciones específicas para municipios. Colaboramos todos los Centros de Salud habitualmente en ambas hace años, en programas semanales tipo magazines, que entre otros abordan temas de salud, fundamentalmente preventivos, pero también de información sencilla sobre algunas enfermedades. Nos centramos en lo que queremos que la población conozca bien y nos pueda ayudar para prevenirlas o tratarlas. Creemos que pacientes bien informados van a ser más protagonistas de su salud.

En nuestro centro hemos desarrollado diversos temas, como artrosis, osteoporosis, incontinencia urinaria, enfermedad celíaca, síndrome del túnel carpiano, varices, obesidad infantil, asma, estreñimiento, derechos y deberes de los pacientes, enfermedades tropicales... Y temas de carácter preventivo como ETS y SIDA, sexualidad en jóvenes, en mayores, higiene del sueño, impacto de nuevas tecnologías en niños, maltrato, accidentes en mayores, primeros auxilios, reacciones familiares ante un nacimiento... Participamos profesionales de todos los estamentos del centro.  
**Conclusiones.** El creciente interés de la población en temas de salud justifica que los profesionales de los centros dediquemos una parte de nuestro trabajo a la divulgación. La comunicación masiva permite trasladar a sectores amplios ideas que en la consulta nos impedirían los límites de tiempo. La necesidad de comunicar fomenta una reflexión sobre las necesidades de la población, el lenguaje a utilizar y los mensajes esenciales a transmitir.

### SER SALUDABLE: 2 AÑOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD A TRAVÉS DE LA RADIO

F. Del Río Fernández y M. Hernández Collado

CS Estación, Cadena Ser Ávila. Ávila. Castilla y León.  
Correo electrónico: friof@telefonica.net

**Objetivos.** Conseguir un entorno de difusión sobre salud a través de la radio. Reunir entretenimiento y mensaje saludable en una propuesta atractiva para el oyente.

**Descripción.** Programa de radio de emisión semanal en formato entrevista donde se abordan temas sobre salud. Con el título de SER SALUDABLE se han emitido más de 70 programas con contenidos distintos durante un periodo de casi 2 años, salvo 2 meses en verano. La duración de cada programa varía entre 10 y 15 minutos. El ámbito de difusión del programa es provincial. El día de emisión es el domingo a las 12 y media. El programa se desarrolla conversando entre periodista y médico de familia, ocasionalmente acuden invitados que pueden ser sanitarios o usuarios del Sistema público de Salud. Los temas incluyen: problemas de salud individual y comunitaria y situaciones de salud individual y comunitaria. La perspectiva biopsicosocial aparece en la mayoría de los programas. La filosofía del programa pretende aportar recursos de autocuidado, abundando en la prevención como medio para permitir y estimular la autonomía y la autoresponsabilidad en el cuidado de la propia salud.

**Conclusiones.** Satisfacción por la continuidad de casi 2 años en un programa de radio sobre Salud. No se ha podido medir el impacto de audiencia ni el impacto sobre conocimientos o actitudes en los oyentes, pero de forma indirecta, sí hemos recibido el aliento de los usuarios de nuestro Centro de Salud y de muchas personas que, en una ciudad y provincia pequeñas, nos expresan su satisfacción por la cita semanal que tenemos con ellos.

### LA HORA SALUDABLE: RETRATO DE LA BUENA RELACIÓN MEDICINA DE FAMILIA Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

B. Martínez Lechuga, R. Castillo Castillo, J. Rodríguez Toquero, M. Cantón Ponce, R. García Hernández y J. Castro Campos

Distrito Sanitario Jaén Norte. Linares. Jaén. Andalucía.  
Correo electrónico: mariab.martinez.sspa@juntadeandalucia.es

**Objetivos.** Acercar la medicina de familia de nuestro día a día al ciudadano/usuario. Plasmar mediante una serie de ocho programas televisivos de salud, la realidad diaria del médico de familia, evitando el concepto "negativo de enfermedad" e incidiendo en la promoción y protección de salud y prevención de enfermedad. Participación de nuestros profesionales sanitarios, y otros expertos de nuestro distrito, mediante un proceso de ensayo y entrenamiento previo, y búsqueda bibliográfica específica. Coordinación y participación activa por parte del área de *Descripción*. Se han desarrollado ocho programas de unos 40 minutos de duración cada uno, con emisión semanal, en horario de máxima audiencia. Para el diseño de



los mismos, se ha encuestado a diversos y representativos grupos focales de nuestro entorno (asociaciones de padres de alumnos, de cuidadoras de grandes discapacitados, federación de asociaciones de vecinos, etc.) surgiendo como propuesta los temas que más interés suscitaban: Actividad física, Alimentación Saludable, Educación para la salud en primera y segunda infancia, Factores de riesgo cardiovascular, factores de riesgo prevenibles y/o evitables para reducir presencia de cáncer, conductas adictivas, hábito tabáquico y alcohólico, accesibilidad a los servicios y prestaciones del sistema sanitario.

**Conclusiones.** Aprovechar el impacto social de los medios de comunicación en nuestra realidad de salud ha sido muy positivo. Se ha aprovechado la figura del "referente" sanitario del usuario. La audiencia y aceptación han sido positivas. Hemos comprobado tangiblemente la utilidad en cuanto a los objetivos planteados de esta herramienta comunicativa.

## Miscelánea (I)

### DIAGNÓSTICO DE SALUD EN UN BARRIO CON ALTO PORCENTAJE DE INMIGRACIÓN

E. Martín Correa, O. Pérez Quílez, J. Milozzi Berrocal, L. Valerio Sallent, M. Isnard Blanchar y R. López Linares

CAP El Fondo y Unidad de Salud Internacional del BNIM. Santa Coloma de Gramenet. (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: espemartin7@terra.es

**Objetivos.** Alcanzar el diagnóstico de salud de un barrio inmigrante de la periferia de Barcelona. Conocer las necesidades de salud percibidas y opiniones sobre morbi-mortalidad. Identificar problemas socio-demográficos y recursos comunitarios.

**Tipo de estudio.** Estudio cualitativo interpretativo etnográfico.

**Ámbito de estudio.** Centro de Atención Primaria y Unidad de Salud Internacional (USAI) de la zona.

**Sujetos.** 14 informadores clave. 2 grupos focales. Criterios segmentación: comunidad y edad.

**Mediciones e intervenciones.** Análisis cuantitativo (fuentes secundarias). Análisis cualitativo: entrevistas a informadores clave y grupos focales. Muestreo intencional hasta saturación. Realización de 12 entrevistas a informadores y 2 grupos focales. Análisis del contenido de las transcripciones literales. Codificación, categorización, triangulación.

**Resultados.** El 29% de la población es extranjera distribuida en > 50 comunidades distintas. Se percibe una presencia de inmigrantes (INM) superior a la de autóctonos (AUT) y un conflicto latente entre ambas subpoblaciones. Morbilidad: alto porcentaje de interrupciones voluntarias del embarazo en < 19 años, aumento de incidencia de tuberculosis, prevalencia de diabetes y del consumo y tráfico de drogas. El Centre d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (CASSIR) es valorado negativamente. Los AUT manifiestan temor a enfermedades importadas por INM. Se percibe falta de coordinación y conocimiento de recursos sociales del barrio.

**Conclusiones.** INM y AUT observan una presencia de INM superior a la de los registros asociada a masificación de viviendas. La salud no es una preocupación fundamental aunque sí el miedo a enfermedades importadas por INM. Las drogas y el CASSIR se identifican como importantes problemas de salud. Se perciben dificultades de convivencia que pueden estar provocando un desplazamiento de AUT.

### LOS RESÚMENES CON TÍTULOS LARGOS Y/O INFORMATIVOS SE ACEPTAN MÁS EN LOS CONGRESOS DE SEMFYC

C. Llor, J. Pujol, M. Navarro, C. Bayona, S. Hernández y A. Moragas

CS Jaume I, Tarragona. Unidad Docente de MFyC, Lleida. CS Balaguer. CS Valls Urbà. Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: carles.llor@urv.cat

**Objetivos.** Analizar la asociación entre el tipo de título de los resúmenes enviados a los Congresos de semFYC con su aceptación o rechazo.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo observacional transversal.

**Ámbito de estudio.** Atención primaria.

**Sujetos.** Todos los resúmenes enviados a los Congresos de semFYC en los años 2004, 2005 y 2006.

**Mediciones e intervenciones.** Se valoró el tipo de título en indicativo (des-

cribe el trabajo efectuado) o informativo (no sólo describe el trabajo sino también incluye el resultado principal o mensaje principal en el mismo título), longitud, tipo de oración (interrogativa, exclamativa, dos o más frases, dos puntos, puntos suspensivos), interés del título mediante la media de las puntuaciones (de 0 a 3) de 5 revisores y aceptación o rechazo del resumen. Se efectuó estadística descriptiva y pruebas de chi cuadrado y t de Student, considerándose significativo si  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Se evaluaron 2.736 títulos correspondientes a otros tantos resúmenes, de los cuales fueron aceptados 1.627 (59,5%). Los resúmenes con títulos más largos se aceptaron más (63% para los títulos de más de 100 caracteres, 60% para los títulos de 51 a 100 caracteres y 52% para los más cortos;  $p < 0,01$ ). De los 40 títulos informativos, 30 (75%) fueron aceptados, significativamente más que los títulos indicativos (con un 59,3% de aceptación;  $p < 0,05$ ). En cambio, no se observó ninguna asociación entre interés del título ni tipo de oración con la aceptación del resumen.

**Conclusiones.** Los resúmenes con títulos largos y/o informativos se aceptan más que los cortos y/o indicativos en nuestros Congresos.

### EVOLUCIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES HIPOTIROIDEOS. SEGUIMIENTO DE CINCO AÑOS

M. Mangrané Ferrando, Y. Ortega Vila, A. Caballero Alias, C. Poblet Calaf, M. García Vidal y F. Ramos Herrera

ABS Reus 4. Reus. (Tarragona). Cataluña.

Correo electrónico: yortega.tarte.ics@gencat.net

**Objetivos.** Evaluar la evolución analítica y clínica de los pacientes diagnosticados de hipotiroidismo subclínico, tratamiento, y pruebas complementarias realizadas.

**Tipo de estudio.** Estudio observacional. Cohorte retrospectiva.

**Ámbito de estudio.** Ámbito: ABS urbana de 23000 usuarios.

**Sujetos.** Pacientes diagnosticados de hipotiroidismo subclínico en SIAPWIN (entre 1998 y 2005) y nuevos casos diagnosticados durante 2006 y registrados en E-CAP.

**Mediciones e intervenciones.** Variables: edad, sexo, antecedentes patológicos, valores TSH y T4 (diagnóstico y seguimiento a los cinco años), inicio o no de tratamiento y realización de pruebas complementarias.

**Resultados.** 88% mujeres, Edad media  $54 \pm 16$  años. TSH al diagnóstico es de  $13,4 \pm 19,8$  y T4 de  $9,9 \pm 22$ . Seguimiento al menos durante un año: 97% de los pacientes. Derivados a endocrinología 39%. Se realiza ecografía tiroidea al 39%; de ellas 80% patológicas (patrón multinodular 54%, nódulo único 14%, tamaño aumentado 32%). Anticuerpos antitiroideos 35%, 62% positivos. 68% recibieron tratamiento hormonal. Siguiendo la evolución analítica primero, tercero y quinto año, la normalización analítica aparecía en el 38%, 58% y 70%, respectivamente. Diferencias significativas entre tratados y no tratados al tercer año, a favor de los no tratados, que normalizaban al 80% frente al 48%, que si recibieron tratamiento.

**Conclusiones.** Observamos evolución a normalización en la mayoría de los pacientes, predominando los no tratados. Destacar el sesgo existente, que no ha relacionado la severidad, los anticuerpos o ecografía para evaluar estos casos. Suponemos evolución a la normalidad de los más leves. El predominio de ecografías patológicas hace pensar que estaría justificada su realización ante alteraciones del perfil tiroidal.

### TRATAMOS LAS DISLIPEMIAS DE FORMA SIMILAR A NUESTRO ENTORNO, ¿SEGUIMOS LAS GUÍAS?

M. Bernad Vallés, E. Sánchez Casado, M. Asensio Calle, A. Funcia Barrueco, J. Maderuelo Fernández y J. Cambra Mora

CS San Juan. Gerencia de Atención Primaria. Salamanca. Castilla y León.

Correo electrónico: mercedes.bernad@comsalamanca.es

**Objetivos.** Conocer y comparar los tratamientos farmacológicos del subgrupo terapéutico de dislipemia registrados en el estudio (E), con los datos del sistema de información de farmacia de la Gerencia Regional de Salud (GR).

**Tipo de estudio.** Descriptivo retrospectivo comparativo entre E y GR.

**Ámbito de estudio.** Centro salud urbano. Datos de consumo de fármacos facilitados por GR.

**Sujetos.** 1124 pacientes incluidos en registro informático de dislipemia (309) en octubre de 2006.

**Medicaciones e intervenciones.** Analizamos tratamientos en historia clínica informática (dietético y farmacológico) tipo de fármacos por subgrupo terapéutico y principio activo. Comparamos con datos de consumo de fármacos facilitados por la GR en Dosis Diaria Definida (DDD) de GR, Gerencia Área (GA), Centro Gasto (CG) y E.

**Resultados.** 69,1% utilizan fármacos, 7,9% dos fármacos. Por subgrupos el consumo es similar a nuestro entorno: estatinas 93,2% (GR94,18%, GA93,84%, CG93,44%), fibratos 3,6%, secuestradores 0,1% y otros 2,2%. Las diferencias entre E y CG podrían deberse a que no todos los profesionales utilizan el registro informático. Por principios activos hay mayor adherencia a las guías en el tratamiento de primera elección. Menor consumo de fibratos y una discreta mayor utilización de fármacos de reciente comercialización. Más de 78 millones de DDD se consumen al año en la GR, el 14,45% en GA, 5,17% en CG.

**Conclusiones.** El sistema sanitario, en los últimos años, ha visto incrementado el consumo de recursos en este subgrupo terapéutico. La valoración de la dislipemia en función del riesgo cardiovascular total y la utilización de fármacos según las guías terapéuticas podría ayudar a mejorar la eficiencia del sistema sanitario en este problema de salud.

### ANÁLISIS SOCIAL. LOS AGENTES SOCIALES COMO FORMA INNOVADORA DE PREVENCIÓN. SEGUIMIENTO DE ONCE AÑOS

F. Fernández Rosado, A. Ouaridi Dadi, R. Navarro López, M. Torres Prieto y S. Sosa González

UGC Zona Norte y UGC El Puerto de Santa María y Jerez de la Frontera. Andalucía.

Correo electrónico: stell80544@wanadoo.es

**Objetivos.** Nuestros objetivos fueron: 1. Conseguir una práctica clínica coherente con las necesidades reales de los ciudadanos. 2. Encontrar errores en el entramado social que busca mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. 3. Conseguir una mayor efectividad y eficiencia en todas las administraciones. 4. Crear hipótesis y soluciones innovadoras en la prevención de la morbimortalidad. 5. Buscar una posible explicación a las patologías de los conciudadanos de zonas con necesidades de transformación social.

**Tipo de estudio.** Estudio observacional descriptivo.

**Ámbito de estudio.** 3 ciudades de nuestro entorno.

**Sujetos.** 123 reuniones, durante once años en que se buscara mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

**Medicaciones e intervenciones.** Los datos lo presentamos mediante la aplicación del modelo PRECEDE de L.W. Green modificado por A. Bandura y J.L. Bimbela.

**Resultados.** Describimos los factores predisponentes, facilitadores y reforzantes a favor y en contra de una mayor calidad de vida. Hicimos campañas publicitarias innovadoras costo-eficientes, con perspectivas biopsicosociales, se analizó el funcionamiento social de nuestras localidades. Nos desplazamos a las ZNTS para educar y promocionar este tipo de salud.

**Conclusiones.** 1. Existen déficits muy característicos en los diferentes agentes sociales. 2. La intersectorialización presenta diversos obstáculos. 3. Las estructuras sociales están en muchos casos deshumanizadas. 4. Se analizan las subvenciones.

5. La calidad de vida y su modificación por acciones concretas sociales. 6. Existe pánico al empoderamiento. 7. Las estadísticas y su difusión. 8. Las barreras entre intereses propios y ajenos. 9. A nivel sanitario los problemas sociales se abarcan según el modelo biomédico. 10. Se formulan diferentes hipótesis de mejora. 11. Los ciudadanos son el verdadero motor del cambio hacia una sociedad más justa y saludable. 12. Fisiopatología de la desigualdad.

### VACUNACIÓN AL PACIENTE DESPLAZADO: OPORTUNIDAD U OPORTUNISMO

M. Sánchez De las Matas Garre, R. Martínez Legaz, R. Aguilar Hernández, R. Berlanga Cañada, A. Muñoz Ureña y R. Armenteros Rodríguez

CS Costa Cálida, CS San Antón, CS Pozo Estrecho, Gerencia AP Cartagena. Cartagena. Murcia.

Correo electrónico: mjsmatas@hotmail.com

**Objetivos.** Definir el perfil del paciente que demanda vacunación antigripal y antineumocócica fuera de su centro de salud y el motivo de esta demanda.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo longitudinal.

**Ámbito de estudio.** Población desplazada en un área de Salud.

**Sujetos.** 193 pacientes desplazados que solicitan vacunación durante periodo vacunal 2006/2007.

**Medicaciones e intervenciones.** Recogimos datos demográficos, tiempo de estancia y motivo de vacunación fuera de su área. Medidas descriptivas variables demográficas y chi cuadrado variables cualitativas.

**Resultados.** Edad media 70 años, 51% varones. Origen: Murcia 8,8%, Madrid 33,7%, 40,9% extranjeros y 16,6% otras comunidades autónomas (CCAA). La edad media de los varones, 71,8, significativamente mayor que las mujeres, 69,4. El 30% de los vacunados les restan < 15 días de estancia, al 71% < un mes. El 26% se vacunan porque coincide todo el periodo vacunal con estancia. El 68,4% lo hacen por comodidad. Motivo de vacunación según origen: los de Madrid el 86,2% se vacunan por comodidad y coincidencia de parte del periodo vacunal\* (p < 0,05). El 64,7% de los vacunados porque coincide todo el periodo son de otras comunidades\*. En cuanto al origen y tiempo total de estancia los de la CCAA Madrid son los que con más frecuencia permanecen más de 4 meses 63,1%\* seguidos de los extranjeros 53%\*. El 50% de los que están menos de 15 días pertenecen a CC AA de Madrid\*.

**Conclusiones.** El motivo principal de vacunación fuera de su área es la comodidad. Realizamos un mal uso de los recursos sanitarios incrementando el gasto sanitario de nuestra CCAA. ¿Se registran esas vacunaciones en su área?

### XAREPS: RED DE ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD DE LA RIBERA, UN PROYECTO INTERSECTORIAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

S. Pastor Vicente, V. Palop Larrea, J. Paredes Carbonell, X. Torremocha Vendrell, R. Peiró Perez y J. Zafrilla

CS Publica de Alzira, Hospital de La Ribera. Alzira. (Valencia). Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: pastor\_san@gva.es

**Objetivos.** Desarrollar contenidos y metodología de trabajo en red en las "Escuelas Promotoras de salud" (EPS). Ampliar, consolidar y dar visibilidad en la población a la Red de EPS como proyecto intersectorial de Promoción de la Salud (PdS).

**Descripción.** Desde febrero de 2006 se elabora en el Departamento de Salud 11 (31 municipios, 250000 h) de la C.V. un Proyecto de PdS y Participación Comunitaria. Se inició con la constitución de una comisión intersectorial, estudio cuantitativo y cualitativo sobre necesidades y problemas de salud, identificación de recursos y actividades comunitarias de PdS. Se priorizó la actuación en el entorno escolar. Se inició el proyecto elaborando un vocabulario común, a partir del glosario de PdS de la OMS. El objetivo fue la construcción de la capacidad de trabajo conjunto, facilitar actividades en red, compartir los preconceptos sobre los términos utilizados y generar un consenso sobre su significado y aplicabilidad en el entorno escolar. Se constituyeron cinco grupos de trabajo con distintos sectores (atención primaria, educación, ayuntamientos, salud pública) sobre alimentación y actividad física, salud bucodental, movilidad, salud sexual y reproductiva y adicciones. Cada grupo ha formalizado un guión de trabajo, revisado el vocabulario, identificado los actores implicados y realizado propuestas de acción.

**Conclusiones.** Este proceso ha creado iniciativas que se implantaran en el futuro. Destaca la alta participación de los sectores iniciales y la incorporación de nuevos actores. La movilización de los distintos sectores a través de la participación y trabajo en red apoya la sostenibilidad en este proceso de ganancia en salud.

### OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

P. González Romero, S. Farrais Villalba, A. Valle Sánchez, S. Galindo Barragán, M. Marco García y M. Rufino Delgado

Unidad Docente de Santa Cruz de Tenerife, Zona 1. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias.

Correo electrónico: sarafarrais@hotmail.com

**Objetivos.** El Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) surge para dar a los pacientes la posibilidad de elegir los cuidados que quieren recibir al final de la vida. Considerando que los profesionales de Atención Primaria ofrecen una asistencia integral al individuo, se incluye en su labor el procurar una muerte digna. El objetivo de nuestro trabajo es conocer la opinión de estos profesionales sobre el DVA.

**Tipo de estudio.** Descriptivo transversal.

**Ámbito de estudio.** Atención Primaria.

**Sujetos.** Profesionales de AP de 6 centros de salud.

**Mediciones e intervenciones.** Cuestionario diseñado específicamente (6 preguntas) junto con información escrita sobre el DVA. Análisis estadístico: estimación de frecuencias y descriptivos mediante el programa SPSS. Contraste de hipótesis mediante Chi-Cuadrado.

**Resultados.** Participaron 113 profesionales (38,7% médicos, 22,6% residentes de Medicina Familiar y 38,7% DUE). 60,6% mujeres. Edad media 38,59 años (DE: 9,4), media de años de experiencia: 14,68 años (DE: 10,24). El 68,1 % conocía la posibilidad de realizar el DVA. El 70% consideraba que el paciente debería tener la iniciativa al hablar sobre el DVA. Un 53,2% consideró la consulta de AP como el entorno adecuado, existiendo diferencias según la formación y los años de experiencia laboral. Un 60,7% se sentiría cómodo abordando el tema, encontrando dificultades al hablar de la muerte con el paciente o de explicar trámites administrativos.

**Conclusiones.** El DVA es conocido por gran parte de los profesionales de AP y se sentirían cómodos tratando este tema en la consulta, prefiriendo que sea el paciente quien tenga la iniciativa.

## Sesión 10

Viernes 9 de noviembre - 9.00-11.30 h

Sala 2, Institución Ferial de Castilla y León

Valladolid

## Miscelánea (II)

### LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR Y LA FUNCIÓN FAMILIAR

*E. Rodríguez Sánchez, A. Pérez Peñaranda, L. García Ortiz, I. Ramos Carrera, M. Martín Ballesteros y M. Vicente Martín*

Unidad de Investigación de La Alamedilla. Salamanca. Castilla y León.  
Correo electrónico: lgarcia@usal.es

**Objetivos.** Evaluar el grado de sobrecarga en relación con la función familiar de los cuidadores de familiares con dependencia (CFD) en dos zonas de salud urbanas.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo-transversal.

**Ámbito de estudio.** Atención Primaria en el área de atención a la dependencia.

**Sujetos.** Fueron seleccionados por muestreo consecutivo 150 CFD atendidos por dos centros de salud de Atención Primaria.

**Mediciones e intervenciones.** Se realizó una entrevista en el domicilio de los pacientes mediante un cuestionario sociodemográfico, el test de Zarit y el Apgar Familiar.

**Resultados.** Los cuidadores tienen una edad media de 63,83 años, y son mujeres el 72%. Tiene estudios primarios el 69,6%. El 76% se dedican permanentemente al cuidado. Están casados el 65,3% y un 7,3% son viudos. La puntuación media obtenida en el test de Zarit fue 1,64 (DE 0,65) (rango 0-4), las dimensiones mejor valorada fue la dimensión interpersonal (relaciones sociales) 0,99 (DE 0,77) y la peor el impacto percibido (percepción de carga) 2,11 (DE 0,82). Presentaban sobrecarga el 23,33% de los cuidadores de familiares con dependencia. Presentaban disfunción familiar leve el 25,5% y grave el 4,7%. Encontramos mayor grado de sobrecarga en los cuidadores con disfunción familiar ( $p < 0,05$ ), en global y en todas las dimensiones salvo la de expectativas de autoeficacia.

**Conclusiones.** Hay mayor grado de sobrecarga en los cuidadores de familiares con dependencia que tienen mayor disfunción familiar, por lo tanto el abordaje integral del paciente con dependencia implica también velar por el bienestar de la familia y del cuidador en particular.

### ESTRATEGIAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ERGE EN ATENCIÓN PRIMARIA

*J. Ferrús Ciriza, J. Zapardiel y E. Sobreviola*

CS Santa Mónica. Rivas-Vaciamadrid. Madrid.  
Correo electrónico: pferrus@eresmas.com

**Objetivos.** Conocer las características de diagnóstico y tratamiento en los pacientes diagnosticados de ERGE que consultan en AP por síntomas de reflujo.

**Tipo de estudio.** Estudio observacional, multicéntrico, transversal de ámbito nacional.

**Ámbito de estudio.** Consultas de Atención Primaria.

**Sujetos.** 2940 pacientes diagnosticados de ERGE que consultaron a 1170 médicos de AP por síntomas compatibles con ERGE.

**Mediciones e intervenciones.** Los datos se recogían mediante un cuestionario previamente diseñado que el médico rellenaba.

**Resultados.** El 74% habían sido diagnosticados mediante pruebas complementarias, 67% solicitadas por el especialista, endoscopia en el 80% de los casos. La mediana de visitas a AP en el último año fue 3 y el 25% habían perdido alguna jornada de actividad habitual por los síntomas. Los motivos de consulta fueron: reaparición (59%), persistencia (24%), cambio en intensidad/frecuencia de los síntomas (14%) o presencia de síntomas de alarma (4%). Se solicitaron pruebas complementarias/consulta al especialista en la visita del estudio al 29% de ellos. El 44% recibía tratamiento al acudir a consulta con IBP a dosis estándar, 17% con IBP a mitad de dosis y 4% con dosis elevadas, la mayoría de ellos prescrito por un médico. Un 10% de los pacientes recibían anti-H2, sin prescripción el 92%. Se modificó el tratamiento farmacológico en el 79% de los casos: cambiando el fármaco (40%), aumentando dosis (38%) o añadiendo otro fármaco (19%).

**Conclusiones.** Los pacientes diagnosticados previamente de ERGE que consultan en AP por síntomas compatibles con ERGE son evaluados y tratados mayoritariamente en base a los síntomas.

### ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS: EXPERIENCIA COMPARTIDA ENTRE LOS SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES Y EL CENTRO DE SALUD

*M. Romera Punzano, M. Moreno Girao, M. Masana Casamitjana y M. Pérez Vera*

ABS La Roca del Vallès. La Roca del Vallès. Cataluña.  
Correo electrónico: 34414mpv@comb.es

**Objetivos.** Integrar los servicios sanitarios y los servicios sociales municipales en un mismo equipo de trabajo con los objetivos de: 1.- Trabajar de forma coordinada y multidisciplinar para conseguir una visión integral de las personas residentes en el municipio. 2.- Crear una entrada única a los Servicios Sociosanitarios del municipio. 3.- Optimizar los recursos técnicos disponibles.

**Descripción.** Se ha creado 2 comisiones: la comisión gestora del proyecto de integración, encargada de gestionar los recursos sociosanitarios, gestionar los procesos (identificación, valoración, planificación y priorización), facilitar que los espacios físicos y los servicios sean compartidos (Unidad de Atención al Usuario, despachos...), evaluar periódicamente el proyecto. La comisión de asignación de casos, cuya metodología de trabajo se basa en la 'gestión del caso', una herramienta para garantizar un trabajo multidisciplinar sociosanitario, con una planificación de los cuidados personalizados y adaptados a las necesidades de cada persona dentro de su entorno familiar y social (identificación de necesidades y recursos (humanos, técnicos y financieros)).

**Conclusiones.** El trabajo integrado de técnicos sociales y sanitarios mejora la accesibilidad a los servicios y recursos disponibles, y facilita la equidad en el municipio. La atención integral favorece la participación de las personas y fomenta la corresponsabilidad. La optimización de los recursos permite mejorar la salud de la comunidad para la que trabajamos.

### MANO A MANO, JUNTAS HACIENDO SALUD

*C. Poblet Calaf, C. Rey Reñones, A. Reina Córdoba, E. Bessó Carreras, A. El-Hajj y A. Doi*

ABS-Reus 4. Reus. (Tarragona). Cataluña.  
Correo electrónico: minapc@tinect.org

**Objetivos.** Ampliar los conocimientos del equipo de salud sobre la comunidad magrebí. Resolver dudas sobre problemas de salud percibidos por las mujeres. Contribuir a la alfabetización de estas mujeres en temas de salud. Crear la figura del Agente de Salud o persona que colabora para que mejore la salud de la comunidad, entre ellas.

**Descripción.** -Una fundación del barrio donde está ubicado nuestro centro de salud, que tiene por objetivo la promoción de la mujer propone al equipo de salud la realización de charlas sobre esta temática a un grupo de mujeres magrebíes que están alfabetizándose. -Reunión introductoria para darnos a conocer y sondear las necesidades de salud percibidas y la

predispoción de las propias mujeres a participar activamente en la transmisi3n de conocimientos de salud aprendidos. -Realizaci3n de charlas y talleres participativos sobre h3bitos saludables (alimentaci3n, ejercicio) y salud sexual y reproductiva.

**Conclusiones.** Nuestro Barrio est3 constituido por una poblaci3n de 4.886 habitantes, un 12,3% de origen magreb3, con 201 n3cleos familiares, el 60,7% de los cuales tiene al menos una mujer adulta entre sus miembros. Los grupos de alfabetizaci3n agrupan unas 30 mujeres del barrio El equipo de salud ha ampliado sus conocimientos sobre esta cultura. La confianza que se establece entre ellas y el equipo, permite detectar problem3ticas y abordarlas colectivamente. Las actividades grupales basadas en el respeto, son fuente de motivaci3n para el cambio de h3bitos poco saludables y para la transmisi3n de estos h3bitos al resto de miembros de su comunidad seg3n admiten las propias mujeres.

### PORTAFOLIO: SOBRECARGA DE TRABAJO O HERRAMIENTA ÚTIL. EXPERIENCIA DE UN R1

C. Rodríguez Quevedo, J. Toll Clavero (tutor) y M. Martí Nogué (tutor)

EAP La Gavarra-Cornellà de Llobregat. Barcelona. Cataluña.  
Correo electr3nico: 41204crq@comb.es

**Objetivos.** Describir mi experiencia personal con el portafolio.

**Descripci3n.** El portafolio es un instrumento de recopilaci3n de informaci3n y documentaci3n; est3 orientado a la adquisici3n de competencias profesionales. Establece y valora un plan de aprendizaje personalizado mediante la realizaci3n de tareas sugeridas tales como: auto reflexiones, incidentes cr3ticos, self-audit, entre muchas otras; buscando el self directed learning y consolidando al tutor como gu3a. Era nuestro primer contacto con una nueva herramienta y empez3bamos la residencia entusiasmados por lo que decidimos empezar pronto nuestro portafolio (primeros meses de residencia). Comenzamos revisando el tema, gu3as existentes, cursos, manuales... Nunca la informaci3n sobra... La motivaci3n estaba clara, los recursos accesibles y el tiempo justo como siempre. Elegimos hacer un portafolio semiestructurado: el traje ser3a m3s a medida. Ampliamos conocimientos tanto como hizo falta; decidimos introducir elementos de diagn3stico situacional, elaboramos el plan de aprendizaje, planificamos actividades, llenamos formularios, replanteamos objetivos, valoramos competencias, acreditamos conocimientos y habilidades previas; redefinimos objetivos y actividades....¿Qu3 nos dejamos?. La motivaci3n disminu3a, pero con el plan trazado era f3cil continuar. Un a3o despu3s... compaginar y el portafolio pasa por su primera revisi3n.

**Conclusiones.** La motivaci3n tanto en el tutor como en el residente fueron elementos claves para convertir las propuestas y formularios del portafolio en una 3til herramienta de planificaci3n, auto-evaluaci3n y valoraci3n externa; sin embargo, probablemente no todos los tutores y ni los residentes estamos suficientemente motivados por lo cual tenemos el riesgo de convertir el portafolio en un c3mulo de papeles que servir3an para demostrar lo bien que trabajamos. Consideramos que comenzar su elaboraci3n durante los primeros meses de la residencia es un valor a3adido.

### INTERCONSULTA NO PRESENCIAL ENTRE ATENCI3N PRIMARIA Y ALERGOL3G3A: "SI DUDAS EN DERIVAR, CONSULTA ON LINE"

S. Indurain Orduna, M. Nuin Villanueva, M. Álvarez Puebla, A. Giner Mu3oz, A. Tabar Purroy y A. Salaberri Nieto

CS San Juan. Pamplona; Secci3n de Evaluaci3n y Calidad Asistencial de la Direcci3n de Atenci3n Primaria; Servicio de Alergolog3a, Hospital Virgen del Camino. CS Mendillorri. Pamplona; Servicio de gesti3n Cl3nica y Sistemas de Informaci3n de la Direcci3n de Atenci3n Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Comunidad aut3noma Navarra.

**Objetivos.** Facilitar la comunicaci3n entre los profesionales de medicina y pediatria de todas las zonas b3sicas de salud (ZBS) de Atenci3n Primaria (AP) y Alergolog3a para resolver situaciones cl3nicas dudosas y evitar as3 derivaciones que aporten poco valor a3adido.

**Descripci3n.** M3todo: En el a3o 2005, en el contexto del Plan de coordinaci3n AP-A. Especializada, el Comit3 de Mejora de Alergolog3a puso en marcha la interconsulta no presencial a trav3s del correo electr3nico. Para ello: -Los profesionales del Comit3 consensuaron las situaciones indicadas y no indicadas para consultar mediante este procedimiento. -Alergolog3a se comprometió a responder en las siguientes 48 horas h3biles. -Se dise3n3 una plantilla OMI con datos administrativos que capta de la HCl y datos cl3nicos que, una vez cumplimentada, se env3a por correo electr3nico y permite un di3logo escrito con Alergolog3a. -En mayo-2005

se realiz3 un pilotaje, en mayo-2006 se present3 a los profesionales de todas las ZBS y en mayo-2007 se han presentado los primeros resultados. **Conclusiones.** Entre mayo-2005 y diciembre-2006 se han realizado 102 interconsultas procedentes de 33 ZBS, 65 (64%) de medicina de familia y 37 (36%) de pediatria. En 56 casos (55%) no ha sido precisa la derivaci3n posterior, en 33 (32%) se ha indicado derivar al paciente y en 13 (12%) ha dependido de otras pruebas complementarias o de la evoluci3n. Los motivos de consulta m3s frecuentes en medicina son la hipersensibilidad a f3rmacos (37%), asma (15%) y urticaria (15%) y en pediatria el asma (22%) e hipersensibilidad a alimentos (22%).

## Salud mental/Burnout

### PREVALENCIA DE MALESTAR PS3QUICO Y UTILIZACI3N DE SERVICIOS SANITARIOS

T. Iribarne, L. Bregante, E. Beland3a, F. Fiol, A. Macho y R. Grimalt

CS Son Serra. UdMFyC Mallorca. Palma de Mallorca. Illes Balears.  
Correo electr3nico: tisben@yahoo.es

**Objetivos.** Estimar la prevalencia de malestar ps3quico en la poblaci3n de Baleares y su distribuci3n por variables sociodemogr3ficas y utilizaci3n de servicios.

**Tipo de estudio.** Dise3o: descriptivo transversal.

**3mbito de estudio.** 3mbito de estudio: Islas Baleares.

**Sujetos.** Sujetos: Sujetos  $\geq 18$  a3os incluidos en la encuesta de salud de Baleares 2001.

**Mediciones e intervenciones.** Mediciones: malestar ps3quico con GHQ12 punto de corte  $\geq 3$ , variables sociodemogr3ficas, estado de salud, utilizaci3n de servicios sanitarios.

**Resultados.** Se incluyeron 1141 sujetos, 42,9% hombres, media edad 45,4 (DE 18,2). La prevalencia de malestar ps3quico fue 12,3%. En mujeres era 15,6% y en hombres 9,1% ( $p < 0,001$ ). El distr3s presenta una tendencia creciente con la edad pasando de 10% en  $< 45$  a3os a 18,2% en  $\geq 65$  ( $p = 0,014$ ). A menor nivel de estudios y menor actividad laboral incrementa el % de malestar  $p = 0,004$  y  $p < 0,001$  respectivamente. No se encontraron diferencias por estado civil y clase social. Los pacientes con GHQ  $> 3$  perciben peor estado de salud  $p < 0,001$ , refieren mayor restricci3n de actividad  $p < 0,001$  y m3s enfermedades cr3nicas ( $p < 0,001$ ). En los 3ltimos d3as el grupo con distr3s acudi3 con m3s frecuencia a un m3dico 80,6% respecto al grupo sin malestar 70,1% ( $p = 0,013$ ), consultaba m3s al psiquiatra 12,8% respecto a 1,5% ( $p = 0,001$ ). No hab3a diferencias en consultas al psic3logo ni m3dico familia. Referente al n3 de visitas, hab3an acudido m3s veces al m3dico de familia; media de 11,6 (DE 16,8) en los pacientes con distr3s respecto 5,59 (DE 12,4); ( $p = 0,001$ ). **Conclusiones.** El malestar mental es m3s frecuente en poblaci3n envejecida, socialmente desfavorecida, inactiva y en mujeres. Presentan mayor morbilidad y utilizaci3n de servicios.

### VARIACIONES INTERPROVINCIALES EN LA PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESI3N EN ATENCI3N PRIMARIA

C. Vicens Caldente, J. Bell3n Saaem3o, B. Moreno K3stner, F. Torres Gonz3lez, M. Mart3nez Ca3navate y S. March Llull

CS Son Serra. Mallorca. CS El Palo. M3laga, Facultad de Psicolog3a, Universidad de M3laga. Departamento de Psiquiatra, Universidad de M3laga. Departamento de Medicina Preventiva, Universidad de M3laga. Unidad Docente de MFyC de Granada, Unidad de Investigaci3n Atenci3n Primaria. Illes Balears.  
Correo electr3nico: jabellon@terra.es

**Objetivos.** Comprobar si existen diferencias interprovinciales en la prevalencia de ansiedad y depresi3n en Atenci3n Primaria.

**Tipo de estudio.** Transversal de prevalencia.

**3mbito de estudio.** AP.

**Sujetos.** Muestra aleatoria de 5.441 pacientes que acudieron a la consulta de 243 m3dicos de familia, pertenecientes a 41 centros de salud (urbanos y rurales) de 7 provincias Espa3olas (M3laga, Granada, Madrid, Zaragoza, Logro3o, Las Palmas y Mallorca).

**Mediciones e intervenciones.** A todos se les midieron los diagn3sticos, seg3n DSM-IV, de depresi3n mayor mediante el CIDI y de trastornos de ansiedad por el PRIME-MD. La prevalencia entre provincias fueron comparadas antes y despu3s de ajustar por los posibles factores de confusi3n (Regresi3n log3stica m3ltiple multinivel): edad, sexo, estado civil, ni-

vel educativo, raza, país de nacimiento, situación laboral, dificultades económicas y salud física (SF-12).

**Resultados.** La prevalencia de depresión mayor entre provincias osciló entre 7,8% y 20,5%. Los trastornos de ansiedad en conjunto, entre 6,1% y 24,4%: Ataques de pánico (2,4%-12,2%), Ansiedad generalizada (1,6%-10,3%) y trastorno de ansiedad inespecífico (2,4%-8,7%). Tomando como referencia Las Palmas, en depresión mayor y después del ajuste, se mantuvieron diferencias interprovinciales en Granada (OR = 1,49; IC\_OR = 1,04-2,11) y Mallorca (OR = 0,64; IC\_OR = 0,43-0,95); mientras que en trastornos de ansiedad en conjunto hubo diferencias en Granada (OR = 0,49; IC\_OR = 0,35-0,69), Zaragoza (OR = 0,45; IC\_OR = 0,31-0,65), Madrid (OR = 0,67; IC\_OR = 0,48-0,93) y Logroño (OR = 0,30; IC\_OR = 0,20-0,45). **Conclusiones.** Existen diferencias entre provincias para la prevalencia de ansiedad y depresión en atención primaria que no son explicables por los factores de confusión más comunes.

### ¿CÓMO CUANTIFICAMOS LA DEPRESIÓN EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA?

M. Oliver Barber, B. Chacartegui Quetglas, P. Ball, M. Esteva, M. Llorente San Martín y R. Robles González

Son Pisà. Palma de Mallorca. Illes Balears.

Correo electrónico: moliverbarber@hotmail.com

**Objetivos.** Valorar el grado de acuerdo entre el diagnóstico de trastorno depresivo realizado por su médico y el obtenido según la escala de depresión de Hamilton y el CIE10.

**Tipo de estudio.** Descriptivo transversal.

**Ámbito de estudio.** Zona básica de salud.

**Sujetos.** Pacientes 14-65 años diagnosticados de síndrome depresivo por su médico de familia. Se excluyen los diagnosticados por otros facultativos, con demencia o trastorno psíquico grave.

**Mediciones e intervenciones.** Tras diagnóstico, se citan para valoración por un residente. La entrevista incluye: Variables sociodemográficas, criterios diagnósticos CIE10 y escalas de Hamilton para ansiedad (HRSA) y depresión (HADS).

**Resultados.** 65 pacientes (casos nuevos 55,4%, recaídas 44,6%), 78,5% mujeres, media edad 43 (DE 12,45), 50% viven en pareja, 73,8% activos, 18% consumían alcohol. Derivados a USM 6,2%, farmacoterapia 95,4% (76,9% ISRS). Mediana puntuación de HADS 17 y HRSA 19. El sobrediagnóstico oscila entre el 1,5% (HADS) y 5,2% (CIE10). Según el HADS, el 52,3% eran depresiones leves, 36,9% moderadas y 9,2% graves. El 98,5% presentaban ansiedad según HRSA (67,7% moderada-grave). En los niveles de depresión, el grado de acuerdo entre HADS y CIE-10 es de 34,4% (Kappa = 0,10). Han recibido tratamiento farmacológico el 100% de los moderados y graves y el 91,2% de leves.

**Conclusiones.** El acuerdo entre diagnóstico clínico y escalas es alto (93,4%) siendo la cifra de sobrediagnósticos pequeña. La utilización de escalas específicas ayuda a clasificar mejor la gravedad de los pacientes y un manejo terapéutico más ajustado.

### PERSONALIDAD EN TRES GRUPOS DE MUJERES: FIBROMIÁLGICAS, ANSIOSO-DEPRESIVAS Y GRUPO CONTROL

S. Canut Cervero, J. Sanahuja i Juncadella, I. Moreno Hernández, E. Mariscal Labrador, M. Moreno Regulo y M. Rivodigo Rodríguez

ABS Vilassar de Dalt-Cabrils. ABS Llaneranas. Vilassar de Dalt. Llaneranas.

Cataluña.

Correo electrónico: imorenoh.bnm.ics@gencat.net

**Objetivos.** Conocer el tipo de personalidad en tres grupos de mujeres: fibromiálgicas (FMG), ansioso depresivas (SAD) y grupo control (GC) sin FMG ni SAD.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo y observacional entre abril y mayo 2007.

**Ámbito de estudio.** Atención Primaria.

**Sujetos.** La muestra se obtiene aleatoriamente entre todas las pacientes localizadas mediante el programa informático e-cap distribuyéndolas en 3 grupos homogéneos por edad y problema de salud: FMG, SAD y GC.

**Mediciones e intervenciones.** Se citan telefónicamente y se administra test de personalidad multiaxial de Millon (II) (MCM-II) con 4 apartados: 1. Personalidades básicas (PB). 20. Personalidades patológicas (PP). 3. Síndromes clínicos moderadamente graves (SCMG). 4. Síndromes clínicos graves (SCG).

**Resultados.** 57 mujeres, 19 por grupo, edad media 55 años. Resultados del MCM: 1. PB. FMG: compulsiva 80% (n = 16), dependiente 60% (n = 12),

esquizoide 42 (n = 8), narcisista 26% (n = 5). SAD: compulsiva 74% (n = 14), dependiente 32% (n = 6), esquizoide 16% (n = 5), narcisista 47% (n = 9). GC: compulsiva 100% (n = 19), dependiente 37% (n = 7), esquizoide 5% (n = 1), narcisista 32% (n = 6). 2. PP: FMG: esquizotípica 42% (n = 8), paranoide 58% (n = 11). SAD: esquizotípica 16% (n = 3), paranoide 47% (n = 9). GC: 0%. 3. SCMG: FMG: ansiedad 79% (n = 15), histeriforme 90% (n = 17) distimia 55% (n = 10). SAD: ansiedad 21% (n = 4), histeriforme 32% (n = 6), distimia 16% (n = 3). GC: 0%. 4. SCG: FMG: pensamiento psicótico 47% (n = 8), depresión mayor 68% (n = 13), delirios psicóticos 60% (n = 12). SAD: pensamiento psicótico 16% (n = 3), depresión mayor 11% (n = 2), delirios psicóticos 47% (n = 9). GC: 0%. **Conclusiones.** Alto % de compulsivas en los tres grupos. Semejante % de paranoides y delirios psicóticos en FMG y SAD. No se detectan PP, SCMG ni SCG en grupo control.

### FACTORES DE RIESGO DE BURNOUT PROFESIONAL ENTRE MÉDICOS DE FAMILIA

M. Viñes Silva, A. Vázquez Durán, Á. Ortega Roca, J. Bernard Suárez, J. Gerhard Pérez y R. Mas Fajardo

CAP Vilassar de Mar. Vilassar de Mar. (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: vinyesmaricarmen@hotmail.com

**Objetivos.** Estimar la prevalencia e identificar factores de riesgo para síndrome de "burnout" entre médicos de familia.

**Tipo de estudio.** Cohorte prospectiva.

**Ámbito de estudio.** Área de atención primaria.

**Sujetos.** Un total de 148 médicos de familia.

**Mediciones e intervenciones.** Se definió "burnout" mediante la escala de Maslach como despersonalización, cansancio emocional o falta de realización profesional, de acuerdo a criterios normalidad previamente validados. Se recogieron factores de riesgos epidemiológicos y laborales. Se usó regresión logística para identificar factores de riesgo significativos.

**Resultados.** Un 52,7% (78/148) de los participantes elegibles contestaron la encuesta. De ellos, 41 (52,6%) presentaban algún criterio de "burnout": 21 casos (26,9%) despersonalización, 30 (38,4%) cansancio emocional y 21 (26,9%) falta de realización profesional. El análisis multivariante demostró que sólo el número de domicilios semanales significativamente predijo la ocurrencia de despersonalización (p = 0,049). Para cansancio emocional, la edad (p = 0,014), no tener hijos (p = 0,023), vivir a más de 10 km del lugar de trabajo (p = 0,014) y no cobrar carrera profesional (p = 0,027) demostraron ser factores de riesgo significativos. Finalmente, para falta de realización profesional, la edad (p = 0,032), ser mujer (p = 0,016) y vivir a más de 10 km del lugar de trabajo (p = 0,016) demostraron ser factores de riesgo significativos.

**Conclusiones.** La prevalencia de "burnout" en nuestra población de médicos de familia fue similar a la descrita. El cansancio emocional fue la dimensión de "burnout" más frecuente. La edad, vivir lejos del lugar de trabajo, ser mujer y no percibir carrera profesional se definen como factores de riesgo para cansancio emocional y falta de realización profesional.

## Sesión 11

Viernes 9 de noviembre - 12.00-14.30 h

Sala 1, Institución Ferial de Castilla y León

Valladolid

## EPOC y enfermedades respiratorias

### EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA: UNA REALIDAD EMERGENTE

J. Alfaro González, I. Casas Aranda, L. García-Giralda Ruiz, M. De Pro Chereguini, J. Torrecillas Seguí y J. Blázquez Álvarez

CS Archena, CS Murcia-Centro. Archena, Murcia.

Correo electrónico: jvalfaro@terra.es

**Objetivos.** Detección precoz de pacientes con EPOC en Atención Primaria.

**Tipo de estudio.** Estudio longitudinal, para valoración de pacientes mayores de 40 años fumadores, de ambos sexos, que reúnan los requisitos del cuestionario CECA para el estudio de síntomas respiratorios, y que no hayan sido diagnosticados previamente de EPOC, que acudían a la consulta por cualquier motivo, durante el primer trimestre de 2007. A estos pacientes se les realiza espirometrías forzadas.

**Ámbito de estudio.** Población de nuestro Centro de Salud.

**Sujetos.** Estudiados 95 pacientes de los 208 que realizaron la encuesta, desde el 1.01.2007 al 30.03.2007, que respondieron positivamente a una o más preguntas del cuestionario CECA. edad media 52 años; distribuidos 54 varones y 41 mujeres. Promedio cigarrillos diarios 23 (17-30), media de 25 años tabaquismo (16-30).

**Mediciones e intervenciones.** Cuestionario CECA: Respondieron positivamente ¿tose la mayoría de los días? 54 varones (100%) y 38 mujeres (92,68%). ¿Tiene flemas la mayoría de los días? 42 varones (77,77%) y 33 mujeres (80,48%). ¿Se fatiga más fácilmente que otras personas de su edad? 21 varones (38,88%) y 12 mujeres (29,26%). ¿Se acatarra con frecuencia? 13 varones (24,07%) y 17 mujeres (41,46%).

**Resultados.** Espirometría: los pacientes que presentaron resultados espirométricos (el mejor de 3 intentos) con FEV1 < 80% del valor teórico fueron 11 (20,37%) varones y 6 (14,63%) mujeres. Ninguno de ellos presentó un FEV1 < 60%, por lo que se etiquetaron de EPOC leve.

**Conclusiones.** La EPOC es una de las patologías más frecuentes en Atención Primaria, pero sigue siendo una de las menos diagnosticadas, por lo que deberían establecer estrategias de búsqueda activa para su detección precoz en pacientes fumadores, al ser el principal factor implicado y, de esta forma, disminuir su alta morbilidad.

## EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA INHALATORIA EN PACIENTES USUARIOS DE DISPOSITIVOS INHALADOS

M. Rubio González, M. Martín Doimeadios, N. Díaz Mendoza y J. Masa Jiménez

CS San Jorge. Cáceres. Extremadura.

Correo electrónico: manuela.rubio@orange.es

**Objetivos.** Principal: -Conocer el porcentaje de pacientes usuarios de dispositivos inhalados que realizan erróneamente la técnica inhalatoria. Secundarios: 1- Determinar el porcentaje de pacientes que, tras una intervención adecuada, consigue utilizar los dispositivos inhalados correctamente. 2-. Evaluar el gasto farmacéutico derivado de la utilización incorrecta de estos dispositivos y el gasto farmacéutico evitable tras la intervención, si se mantuviesen aprehendidos estos conocimientos a lo largo del tiempo.

**Tipo de estudio.** Estudio observacional prospectivo.

**Ámbito de estudio.** Atención Primaria.

**Sujetos.** 160 pacientes.

**Mediciones e intervenciones.** Variable Principal: Evaluación de la técnica inhalatoria según las recomendaciones de la SEPAR. Se realizó un estudio de concordancia interobservador. Evaluación de Variables Dependientes como: edad, sexo, nivel de estudios, enfermedad de base, tipo de dispositivo, tabaquismo, número de recaídas de su enfermedad en el último año, ingresos previos en el último año y ámbito de seguimiento. Se realizó una estimación del gasto farmacéutico antes y después de la intervención.

**Resultados.** Se evaluaron 160 pacientes (edad media 43 ± 18 años, 40% varones). El 30% eran fumadores y el asma fue la enfermedad más frecuente (71%). 116 pacientes (72,5%) realizaron la técnica incorrectamente y el gasto farmacéutico anual derivado de los pacientes con técnica incorrecta ascendió a 67.713,84 euros. Tras reevaluación, 17 pacientes (14%) realizaron incorrectamente la técnica inhalatoria lo que supondría un gasto farmacéutico evitable del 88%.

**Conclusiones.** Existe un elevado porcentaje de pacientes que realizan incorrectamente la técnica inhalatoria, lo cual supone un gasto farmacéutico importante que podría reducirse considerablemente tras la instrucción correcta y con la educación periódica de los usuarios de estos dispositivos.

## IMPLEMENTACIÓN, EN DOS ÁREAS BÁSICAS DE SALUD DE UN ESTUDIO DE TELE-COLABORACIÓN PARA MEJORAR LAS ESPIROMETRÍAS FORZADAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

C. Alonso Arcos, S. Roig Del Valle, M. Gámiz De Grado, M. Serrate Casado, T. Font Bosch y F. Burgos Rincón

Centro de Atención Primaria Larrard. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: calonso@caplarrard.net

**Objetivos.** El uso de espirometrías forzadas (EF) de calidad es crucial para una adecuada aplicación de las guías clínicas en la EPOC. En este sen-

tido se realiza un estudio controlado (> 12 m) replicado en nodos independientes, del territorio español, cada uno de ellos con un hospital de referencia y varios centros de salud (CS), en relación 2:1 intervención-control para evaluar eficacia y costos de una aplicación "web" de tele-colaboración. -Facilitar la mejora continua de los profesionales que efectúan las espirometrías. -Aumentar el número y calidad de las espirometrías realizadas en los CS. -Establecer un circuito de colaboración entre la AP y el ámbito hospitalario.

**Tipo de estudio.** Multicéntrico longitudinal.

**Ámbito de estudio.** -Dos áreas básicas de salud urbanas. -Laboratorio de Función Pulmonar (LFP) de referencia que evalúa las EF.

**Sujetos.** -25 médicos de Atención Primaria. -Cuatro enfermeras encargadas de la realización las espirometrías.

**Mediciones e intervenciones.** -Calidad espirometrías realizadas tras dos meses de seguimiento (168 vs 58 del centro control). -Tiempo de respuesta desde LFP. -Cumplimiento agenda creada.

**Resultados.** -75% de espirometrías de calidad frente a 71% del centro control. -Respuesta del laboratorio en los márgenes establecidos en el 100% de los casos. -Más del 80% de los pacientes citados se presentan el día de la exploración.

**Conclusiones.** -Realización adecuada de espirometrías por parte del personal formado. -Programación de espirometrías con un tiempo mínimo de espera. -Existencia de un buen feedback con el centro de control hospitalario.

## Tabaquismo

### RELACIÓN ENTRE LA DEPENDENCIA FÍSICA Y PSÍQUICA EN PACIENTES DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TABAQUISMO

I. Mahiques Vidal, S. Fillard Moliner, R. Peris Cardells y C. Santamaría Navarro

Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: mahiques99@hotmail.com

**Objetivos.** Analizar la relación entre la dependencia física, medida por el test de Fagerström y la dependencia psicológica medida por el test de Glover-Nilsson (G-N).

**Tipo de estudio.** Retrospectivo y descriptivo.

**Ámbito de estudio.** Pacientes de una consulta monográfica de tabaquismo del servicio de Neumología.

**Sujetos.** Revisamos 236 historias de dicha consulta.

**Mediciones e intervenciones.** Test de t de Student o la U de Mann-Whitney para variables cuantitativas, y Chi-cuadrado para cualitativas. Con nivel de significación  $p < 0.05$ . Los análisis se efectuaron con el programa estadístico SPSS.

**Resultados.** De 236 pacientes, 147 (62,3%) eran hombres. La edad media fue de 48,1 ± 10,5 años. El test de Fagerström fue de 6,74 ± 1,9 (varones 6,68 ± 1,9 y mujeres 6,84 ± 2,1). La dependencia fue leve (puntuación < 3) en el 5,53%, moderada (puntuación 4-6) en el 37% y fuerte (puntuación > 7) en el 57,44%. El test de G-N tuvo una media de 22,02 ± 6,46, por grupos fue: dependencia moderada (48,8%), fuerte (43,8%), leve (4,6%) y muy fuerte (2,8%). Encontramos una correlación positiva (0,324) entre ambos test. Estudiamos la relación entre las medias dividiendo a los pacientes en dos categorías: Fagerström < 6 (media del G-n 20,42 ± 6,06) y Fagerström > 6 (media del G-N 23,22 ± 6,54) siendo las diferencias significativas ( $p < 0,002$ ). El test de correlación fue positivo por géneros (varones 0,254, mujeres: 0,409). La relación de las medias se dio también por géneros, tanto en mujeres (24,75 frente a 21,52,  $p = 0,019$ ) como en hombres (22,08 frente a 19,79,  $p = 0,044$ ).

**Conclusiones.** Encontramos relación entre la dependencia física medida por el test de Fagerström y la dependencia psicológica medida por el test de Glover-Nilsson que se mantiene en ambos géneros.

### ABANDONO DEL TABACO DURANTE EL EMBARAZO

M. Gómez-Escolar Pérez, M. Tabera Hernández, M. Torrecilla García, A. Gómez Muñoz, C. Loriente Lobo y P. Garzón Lorenzo

CS. Salamanca. Castilla y León.

Correo electrónico: martanul@yahoo.es

**Objetivos.** Valorar la prevalencia del tabaquismo durante el embarazo y la predisposición a abandonar el tabaco durante este periodo.

*Tipo de estudio.* Estudio descriptivo transversal.

*Ámbito de estudio.* Atención primaria.

*Sujetos.* 649 madres.

*Mediciones e intervenciones.* Las variables analizadas fueron: edad, condición de fumador, fase en el proceso de abandono del tabaco e historia de tabaquismo durante el embarazo. Se aplicó el test de Chi cuadrado.

*Resultados.* El 30,8% de las madres encuestadas eran fumadoras ( $n = 200$ ). El 56,7% (51,2%-62,1%) fumó durante el embarazo. De las que no fumaron durante el embarazo el 16,8% (10,4%-25%) no volvió a fumar y el 15% (9%-23%) volvió a hacerlo durante la lactancia. El 47,3% (36,9%-57,9%) de las madres que fumó tras el embarazo lo hizo porque les gustaba fumar, el resto por situaciones estresantes. El 36,7% (30%-43,8%) si decidiera dejar de fumar lo haría por sus hijos. El 63,5% (56,4%-70,2%) se plantea el abandono del tabaco. El 72% (65,2%-78,1%) de las madres fumadoras piensa que el ser fumadoras influye en el hecho de que en un futuro sus hijos fumen. El 88,4% (83,2%-92,6%) de las mujeres fumadoras consideran al tabaco como droga respecto al 94,5% (91,1%-96,9%) de las que no han fumado ( $p < 0,05$ ).

*Conclusiones.* Más del 80% de las mujeres que dejaron de fumar durante el embarazo volvió a fumar y un porcentaje considerable lo hizo durante la lactancia. Más de 2/3 de las mujeres fumadoras son conscientes de la influencia que puede ejercer en el inicio al consumo de tabaco de sus hijos.

### ¿INFLUYE LA FORMACIÓN DE NUESTROS PROFESIONALES SOBRE LA ABSTINENCIA A TABACO DE SUS PACIENTES? RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ENSAYO CLÍNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

*E. Olano Espinosa, B. Matilla Pardo, V. Fraga Canora, J. Granados Garrido, C. Minue Lorenzo y J. Martínez Suberviola*

Área 11 de Atención Primaria. Servicio Madrileño De Salud. Madrid. Madrid. Correo electrónico: e\_oeocoe@hotmail.com

*Objetivos.* Evaluar la efectividad de una formación específica sobre tabaquismo en los profesionales sanitarios de Atención Primaria (APS) sobre las tasas de abstinencia del tabaco a seis meses de sus pacientes.

*Tipo de estudio.* Ensayo Clínico controlado y aleatorizado por conglomerados (Centros de Salud, CS).

*Ámbito de estudio.* CS de un Área de Salud.

*Sujetos.* Unidad de aleatorización: CS, estableciendo un grupo intervención y control Unidad de intervención: profesionales sanitarios.

*Mediciones e intervenciones.* Al grupo intervención le fue impartido un curso básico de abordaje al tabaquismo desde APS. Recogida de datos de historias clínicas de fumadores que acudieron a consulta durante el período de seguimiento cegado a grupo asignado Variable principal: abstinencia a los seis meses de los pacientes intervenidos. Análisis con SPSS. Comparación de resultados del ambos grupos por intención de tratar.

*Resultados.* Primer distrito (9CS): 1185 fumadores, 642 mujeres (54,2%), 487 hombres (41,1%) y 56 excluidos ( 4,7%), edad media de 45,82 años (IC 95% 45,01-46,63). Permanecen abstinentes a los seis meses 8 pacientes (el 0,67%), 1,4% del grupo intervención y 0,15% del control, con lo que queda a priori demostrada la hipótesis alternativa con un  $p = 0,012$  y una OR = 9,7 (IC95% 1,2-78,9).

*Conclusiones.* Pese a contar con intervenciones muy efectivas y eficientes para ayudar a nuestros pacientes a dejar de fumar, el personal sanitario no está aprovechando esta oportunidad. La falta de formación es uno de los principales obstáculos identificados. La formación específica en abordaje del tabaquismo desde APS puede ser una medida efectiva y eficiente, pues aumenta significativamente las tasas de abstinencia a largo plazo de nuestros pacientes.

## Urgencias

### INTEGRACIÓN PROGRAMA ATDOM Y CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS, UNA EXPERIENCIA NECESARIA

*A. Ceresuela Lobera, J. Ricart Planas, C. Gonzalvo Buendía, M. Queralt Alcaraz, G. Vidal Villalón y L. Sánchez*

Advance-Medical. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: 32654acl@comb.es

*Objetivos.* -Crear una Historia clínica informatizada compartida por Equipo de Atención Domiciliaria (Atdom) y Centro Coordinador de

Urgencias. -Identificar los pacientes Atdom dentro del área de influencia del Centro Coordinador de Urgencias para que en caso de llamada, sean detectados. -Sistema de alerta para el médico del programa Atdom que le indica que su paciente ha llamado al Centro Coordinador de urgencias.

*Descripción.* Se implantó una historia clínica informatizada en la que se registran los resúmenes y conclusiones diarias de las visitas Atdom. En caso de llamada al Centro Coordinador de Urgencias esta historia se abre automáticamente en la pantalla del médico consultor con un aviso permitiéndole revisar las notas clínicas de las últimas visitas y pudiendo escribir en el curso clínico. Esta información queda registrada y se recibe una alerta en el ordenador del programa Atdom, que permite al médico de familia acceder a los datos de la historia clínica de urgencias y ver la conclusión final de la llamada a la central de urgencias.

*Conclusiones.* -Se da información útil al centro coordinador de urgencias aumentando su capacidad de resolución en caso de demanda asistencial. -Permite detectar por el equipo Atdom, reagudizaciones e ingresos de los pacientes, y dar una respuesta eficaz y eficiente. -Disminuye la variabilidad en la práctica clínica entre los diferentes niveles asistenciales. -La coordinación entre ambos niveles asistenciales es beneficiosa y necesaria.

### ¿LOS MÉDICOS DE FAMILIA ESTÁN INTERESADOS EN LA TOXICOLOGÍA CLÍNICA?

*P. Caballero Vallés*

Ángela Uriarte. Madrid.

Correo electrónico: pedrocvalles@yahoo.es

*Objetivos.* Principal: Conocer si los médicos de familia están interesados en Patología Toxicológica Clínica. Secundarios: evaluar la implicación del médico de AP en los pacientes intoxicados; recabar la casuística registrada y estimar su sensación de suficiencia o carencia de formación en intoxicaciones agudas (IA).

*Descripción.* Se diseñó una encuesta, consistente, de opinión, mediante cuestionario individual de preguntas abiertas sobre la experiencia personal de los encuestados, conocimientos e interés en IA. Se remitieron 354 encuestas nominativas creadas mediante la opción "Combinar correspondencia" entre el cuestionario en Word y un listado de médicos en Access (en cada encuesta figuraba tanto el nombre del profesional como el del Centro de Salud (CS). Los cuestionarios de cada CS se enviaron a un integrante del EAP al cual se solicitó se responsabilizara de su seguimiento. La respuestas (195) se uso estadística básica. 59 médicos recordaron haber asistido alguna urgencia tóxica en el trimestre anterior. En 104 pacientes más participaron tras la urgencia. Se describen 95 IA, la mitad son intentos de suicidio con fármacos, 30% accidentes domésticos y 17% alcohólicas.

*Conclusiones.* Se ha manifestado un elevado interés, -el 97% respondieron afirmativamente a la pregunta ¿te interesan las intoxicaciones?- pero el 94% reconocieron no tener suficiente formación; los restantes disponen de conocimientos curriculares o textos de referencia suficientes. En la práctica el médico asiste la demanda de un elevado número de casos de IA en primera instancia (30%) y colabora en muchas otras más. Solicita formación específica que le permita actuar en las IA eficazmente.

### ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN ATENDIDOS POR MÉDICOS DE FAMILIA

*L. Vázquez Alonso, A. Ortega Pérez, F. Mellado Vergel, N. Díaz Ricoma, J. Chiquero Ortiz y H. Moreno Martos*

Hospital de Alta Resolución El Toyo. EP H. de Poniente. Unidad Docente de MFyC de Almería. Almería. Andalucía.

Correo electrónico: anortega27@auna.com

*Objetivos.* Describir el perfil de las mujeres que demandan la anticoncepción de emergencia (ACOe) y su manejo en el servicio de urgencias de un hospital de alta resolución (HAR).

*Tipo de estudio.* Estudio descriptivo retrospectivo.

*Ámbito de estudio.* Servicio de urgencias de un HAR.

*Sujetos.* Servicio de urgencias de un HAR desde 1.01.2006 al 31.05.2007.

*Mediciones e intervenciones.* Variables: edad, nacionalidad, anticoncepción habitual, horas transcurridas desde el coito, uso previo ACOe, motivo de solicitud, indicación, realización de test de gestación previo, día de la semana. Análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas.

*Resultados.* Total: 119. Edad media: 24 años. Autóctonas: 88,7%. No uso de an-

ticoncepción habitual: 62 (52,1%) y 55 (46,2%) usan preservativo. La mediana de horas trascurridas desde el coito: 12. Uso previo de ACOe 1,4. Motivo de solicitud: rotura de preservativo 70 (58,8%), no uso de método anticonceptivo 18 (15,1%). En 118 casos (99,2%) se prescribió. El test de gestación se realizó en 39 casos (32,8%) siendo negativo 100%. Frecuentación según día de la semana: domingo 36 (30,3%) sábado 19 (16%) lunes 18 (15,1%).

**Conclusiones.** El perfil de la mujer que solicita ACOe es una mujer joven, autóctona, que acude a urgencias en menos de 24 horas desde la relación sexual de riesgo. El motivo más frecuente de solicitud es la rotura de preservativo y más de la mitad de las demandas se realizan en el entorno del fin de semana (sábado, domingo, lunes).

### UTILIDAD PRÁCTICA DE LAS DETERMINACIONES ANALÍTICAS RÁPIDAS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO, EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR Y LA INSUFICIENCIA CARDÍACA, EN LOS DISPOSITIVOS EXTRAHOSPITALARIOS DE URGENCIAS

J. Mosquera Nogueira, L. Fransi Galiana, P. Cobas Pacín y F. Bacariza Piñón  
CS Bembrive, CS Calle Cuba, CS Val Miñor y CS Ponteareas. Vigo. Galicia.  
Correo electrónico: jmosque@wanadoo.es

**Objetivos.** Evaluar la utilidad práctica, en un dispositivo extrahospitalario periférico, de la determinación rápida de troponina, dímero D y fragmento aminoterminal del péptido natriurético cerebral (NT pro-BNP).

**Tipo de estudio.** Estudio de cohortes prospectivo.

**Ámbito de estudio.** 2 Centros de Salud con Punto de Atención Continuada de localización periférica.

**Sujetos.** Pacientes con dolor torácico agudo, con algún síntoma de tromboembolismo pulmonar/trombosis venosa profunda o con disnea que acuden al Centro de Salud o PAC.

**Mediciones e intervenciones.** Se recogen datos clínicos, se realiza la extracción para determinar troponina, dímero-D o NT-proBNP y se pregunta al médico la utilidad diagnóstica y la influencia de esta determinación en su decisión (derivación, tratamiento, etc.) Posteriormente se sigue la evolución del paciente para confirmar o descartar el juicio clínico realizado con la ayuda de estas determinaciones.

**Resultados.** Se realizaron 67 determinaciones de troponina: 4 fueron positivas (se confirmó síndrome coronario agudo en las 4), se evitaron 36 derivaciones y 29 negativas se derivaron al hospital (10 fueron diagnosticadas de angina inestable y en 19 se descartó origen coronario). El dímero-D se determinó en 27 pacientes: se evitaron 17 derivaciones por resultado negativo. En 39 determinaciones de NT-proBNP hubo 16 negativas y 26 positivas: se evitaron 16 derivaciones, se puso tratamiento específico precoz en 17 y se mejoró la derivación en 15.

**Conclusiones.** Estas determinaciones ayudan en la toma de decisiones en Atención Primaria y las urgencias prehospitalarias y permiten evitar derivaciones (51,8%) o mejorarlas (34,5%).

## Sesión 12

Viernes 9 de noviembre - 12.00-14.30 h

Sala 2, Institución Ferial de Castilla y León

Valladolid

## Validación de estudios

### VALIDEZ DE LA ESCALA CICAA PARA LA VALORACIÓN DE LA RELACIÓN CLÍNICA: CONSISTENCIA INTERNA, ANÁLISIS FACTORIAL Y CONVERGENCIA CON EL CUESTIONARIO GATHA

E. Gavilán Moral, L. Pérula De Torres, R Ruiz Moral y J. Parras Rejano  
Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Córdoba. Córdoba. Andalucía.

Correo electrónico: enrique.gavilan.moral@gmail.com

**Objetivos.** Analizar la validez de contenido y la consistencia interna de la escala CICAA de valoración de la Relación Clínica (RC) entre profesional sanitario y paciente. Calcular la convergencia con el cuestionario GATHA.

**Tipo de estudio.** Estudio observacional descriptivo.

**Ámbito de estudio.** Centros de Atención Primaria y Secundaria.

**Sujetos.** Se analizaron 193 entrevistas videograbadas de varias submuestras: Residentes y Médicos de Familia, Médicos de Atención Secundaria y Enfermeras de Atención Primaria; pacientes con patología incidente y crónicas, reales y estandarizados.

**Mediciones e intervenciones.** Validez de contenido: Análisis factorial exploratorio con el método de extracción de los componentes principales con rotación Varimax. Consistencia interna: Coeficiente alfa de Cronbach. Convergencia con el GATHA: Coeficiente de correlación de Pearson entre las puntuaciones globales de ambas escalas.

**Resultados.** Se identificaron 6 factores que explican el 66,0% de la varianza: "esfera psicosocial", "información", "escucha activa", "toma de decisiones y compromisos finales", "manejo de desacuerdos" y "recibimiento". Los cálculos del índice de Kaiser-Mayer-Olkin y del test de esfericidad de Barlett indican que existe una alta correlación entre factores. El alfa de Cronbach de las dimensiones osciló entre 0,62 y 0,94. El global de la escala fue de 0,93. La correlación entre GATHA y CICAA fue de 0,67 ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones.** La escala CICAA es una herramienta fiable, válida y consistente para la evaluación de las habilidades, técnicas y tareas comunicativas de los profesionales sanitarios, presentando un aceptable grado de convergencia con el GATHA.

Financiación: Esteve, SAMFyC, semFYC, Consejería Salud Junta Andalucía.

### VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL A LA FAMILIA Y LOS AMIGOS (PSS-FF)

M. Gil De Gómez, J. Bellón Saameño, A. Vázquez Medrano, F. Torres González, M. Díaz Barreiros y M. Sánchez Celaya

Unidades Docentes de Mfyc de Logroño y Madrid, CS El Palo. Málaga; CS Vecindario. Las Palmas; Departamento de Psiquiatría, Universidad de Granada y Departamento de Medicina Preventiva, Universidad de Málaga. La Rioja.  
Correo electrónico: jabellon@terra.es

**Objetivos.** Valorar la validez y fiabilidad de una escala de percepción de apoyo social desde la familia y los amigos.

**Tipo de estudio.** Estudio transversal de validación de cuestionario.

**Ámbito de estudio.** AP.

**Sujetos.** Se seleccionó una muestra aleatoria de 5.441 pacientes que acudieron a la consulta de 243 médicos de familia, pertenecientes a 41 centros de salud (urbanos y rurales) de 7 provincias españolas.

**Mediciones e intervenciones.** Se realizó la traducción y retrotraducción de los 7 ítems de la escala. Se les administraron el cuestionario a validar y otra serie de cuestionarios ya validados. A una submuestra de 401 pacientes se les administró de nuevo el cuestionario con una separación de dos semanas (251 heteroadministrados y 150 autoadministrados).

**Resultados.** Los coeficientes de correlación intraclase (CCI) del test-retest de la escala fueron respectivamente para las versiones auto y heteroadministrada de 0,93 y 0,89; mientras que los CCI de los ítems variaron respectivamente entre 0,92-0,80 y 0,88-0,74. El alfa de Cronbach de la escala fue de 0,88. El análisis factorial identificó un solo factor. La peor percepción de apoyo se relacionó significativamente con problemas con el alcohol (AUDIT), depresión (CIDI), ansiedad (PRIME-MD), mayor número de eventos estresantes (LTE-Q), percepción de discriminación (Discrimination Schedule), maltrato y abusos en la infancia (Childhood Trauma Questionnaire), insatisfacción con las relaciones sexuales e íntimas (Sexual Function Questionnaire), peor salud física y psíquica (SF-12), problemas para relacionarse con la gente, y referir personas cercanas con problemas graves.

**Conclusiones.** La escala de percepción de apoyo social de la familia y los amigos es válida y fiable.

### FIABILIDAD DEL CUESTIONARIO PREDICT DE FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Sánchez Celaya, C. Montón Franco, M. Sánchez Artiaga, B. Bolivián, M. Gil De Gómez y A. Vázquez Medrano

Unidades Docentes de MFyC de Madrid y Logroño. CS Casablanca. Zaragoza; CS Rafael Alberti. Madrid; Unidad de Investigación del IACS. Madrid.  
Correo electrónico: jabellon@terra.es

**Objetivos.** Evaluar la fiabilidad test-retest del cuestionario PREDICT de factores de riesgo para la depresión.

**Tipo de estudio.** Transversal de validación de cuestionario.

**Ámbito de estudio.** AP.



**Sujetos.** Muestra aleatoria de 5.441 pacientes atendidos por 243 médicos de familia, pertenecientes a 41 centros de salud (urbanos y rurales) de 7 provincias españolas.

**Mediciones e intervenciones.** A todos se les administró el cuestionario PREDICT. A una submuestra de 401 pacientes se les administró de nuevo el cuestionario con una separación de dos semanas (251 heteroadministrados y 150 autoadministrados). El cuestionario PREDICT se compone a su vez de una serie de escalas validadas sobre: factores socio-demográficos, satisfacción con el trabajo remunerado y no remunerado, problemas financieros, seguridad en la vivienda, salud física y psíquica, ansiedad, problemas con el alcohol, depresión a lo largo de la vida, calidad de las relaciones sexuales e íntimas, problemas con personas cercanas, maltrato y abuso sexual en la infancia, creencias espirituales, historia de problemas psicológicos y suicidio en familiares, consumo de drogas y tabaco, eventos estresantes, apoyo familiar y de amigos. Calculamos los Coeficientes de correlación Intraclase (CCI) y los Índices Kappa de todos los ítems y escalas.

**Resultados.** La mayoría obtuvieron una fiabilidad excelente o buena para ambas versiones, pero el uso de drogas obtuvo peores resultados ( $\kappa < 0,4$ ) para ambas versiones. Además el consumo de cigarrillos por día (CCI = 0,40) y la percepción de seguridad dentro y fuera de la vivienda (CCI = 0,37) tuvieron escasa fiabilidad, aunque sólo en la versión autoadministrada.

**Conclusiones.** Se obtuvo una excelente o buena fiabilidad test-retest para la globalidad del cuestionario PREDICT.

### ESTUDIO DE VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA DE POLINEUROPATÍA DIABÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

R. Ferreras Eleta, R. Calvo Arregui, G. Tena Ortega, R. Santana Alonso, F. Endrino Gómez y M. Salinero Fort

Unidad de Investigación Atención Primaria Área 4. CS Dr. Cirajas. Madrid.  
Correo electrónico: msalinero.gapm04@salud.madrid.org

**Objetivos.** Estimar la prevalencia de pie diabético y polineuropatía distal de los pacientes con DM2 en un Centro de Salud. Evaluación de la validez de dos instrumentos de medida de neuropatía diabética: Monofilamento MSW de 10 g (5,07) y Diapasón de 128 Hz.

**Tipo de estudio.** Descriptivo, transversal, de prevalencia y validación diagnóstica (gold estándar: electromiograma).

**Ámbito de estudio.** Atención Primaria. Centro de Salud urbano docente.

**Sujetos.** Selección aleatoria de 100 pacientes con DM2 de seis cupos de Medicina (n = 326).

**Mediciones e intervenciones.** Intervenciones: diapasón, monofilamento y EMG.

**Resultados.** Descriptivo: Edad media (DE) 73,3 (8,8), Evolución DM2 12,2 años (9,7). 57,1% mujeres. Terapia: Dieta exclusivamente 14,7%, ADO 79%, Insulina 27%, ADO + insulina 20,4%. Comorbilidad conocida: 85,1% hipertensos, 61% hiperlipémicos, 43,6% obesos, 18,5% fumadores, 13% consumidores de alcohol. Complicaciones: 3,3% neuropatía diabética, 2% pie diabético, 38,2% pie de riesgo, 5,4% retinopatía diabética, 16% nefropatía diabética, 11% cardiopatía Isquémica, 4,3% ACV, 5,3% arteriopatía periférica. Exploración física: TAS 134 (14), TAD 75,9 (8,3), IMC 28,8 (5,7). Pruebas complementarias: HbA1C 7,48 (1,29), EMG: 40% Polineuropatía axonal. Fiabilidad diapasón (interobservador): índice Kappa 66,9%. Fiabilidad monofilamento (interobservador): CCI 60,78%. Validez diapasón: sensibilidad 74,4%, especificidad 55,4%, VPP 53,7%, VPN 75,6%, CPP 1,67; CPN 0,46, Exactitud 63,2%. Validez monofilamento: sensibilidad 38,5%, especificidad 69,6%, VPP 46,9%, VPN 61,9%, CPP 1,27; CPN 0,88, Exactitud 56,8%.

**Conclusiones.** Baja prevalencia de pie diabético y alta de pie de riesgo. Muy elevada prevalencia de polineuropatía distal. Fiabilidad moderada de ambos instrumentos. En nuestro estudio el diapasón tiene mayor sensibilidad y el monofilamento mayor especificidad. En Atención Primaria el diapasón tiene mayor exactitud diagnóstica.

### MEDIDA DE LA PERCEPCIÓN EN ENFERMEDADES CRÓNICAS: ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL DEL "ILLNESS PERCEPTION QUESTIONNAIRE REVISED" (IPQ-R) Y DEL "BRIEF ILLNESS PERCEPTION QUESTIONNAIRE" (BIPQ)

V. Pacheco Huergo, M. Mulero Collantes, M. Colas Taugis, P. Roura Cusido, E. Pujol Ribera y C. Viladrich Segués

Institut Català de la Salut, ABS Vilapicina/IDIAP. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: vpacheco@menta.net

**Objetivos.** Las personas consultan al sistema de salud unas 5-10 veces/año. El resto del tiempo, dependen de su autocuidado y decisiones. En el abor-

daje de enfermedades crónicas es importante incorporar la perspectiva del paciente. Nos proponemos adaptar el IPQ-R, instrumento internacional más utilizado para medir la percepción de enfermedad y una versión corta, BIPQ, de mayor aplicabilidad en Atención Primaria (AP).

**Tipo de estudio.** 2 fases: A. Adaptación transcultural: doble traducción y retrotraducción, piloto, consenso y discusión con autores. B. Estudio transversal de características psicométricas.

**Ámbito de estudio.** Centros AP. Diferente nivel socio-económico.

**Sujetos.** 579 personas < 70 años, 46,8% hombres, edad media 58,9 (DE 12,1), 107 con hipertensión; 106, diabetes; 96, asma; 81, EPOC; 80, infarto de miocardio; 109, artrosis.

**Mediciones e intervenciones.** IPQ-R, BIPQ, variables socio-económicas, comorbilidad, estilo de vida, adherencia al tratamiento.

**Resultados.** A. Dificultades de comprensión explicadas por edad y nivel socioeconómico: introducción de cambios.

B. Análisis de Componentes (C) Principales: -IPQ-R: 6 C explicaron 59,2% (remarcable la unificación de Representaciones Emocionales-Consecuencias). -Causas: 5 C explicaron 53%. -BIPQ: 2 C explicaron 57,3%. Consistencia interna (alfa-Cronbach) IPQ-R 0,77. BIPQ 0,67. Test-retest: 71% de dimensiones del BIPQ y 50% del IPQ-R presentaron correlaciones de Pearson > 0,50.

**Conclusiones.** BIPQ e IPQ-R son instrumentos válidos y moderadamente fiables en nuestra población, con características psicométricas similares a las versiones originales y algunas características diferenciales posiblemente explicables por razones culturales. Su aplicación permitirá incorporar a las intervenciones las representaciones cognitivas y respuestas emocionales de las personas a sus enfermedades crónicas.

## Violencia doméstica

### ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO

D. Amador Demetrio, R. Del Valle Álvarez, y M. Hernández Gallego

D.G. de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud. Las Palmas de Gran Canaria. Islas Canarias.

Correo electrónico: mhergal@gobiernodecanarias.org

**Objetivos.** Sensibilizar y formar a un grupo de profesionales de EAP de las Áreas de Salud sobre el fenómeno de la violencia de género, su prevención, detección precoz y abordaje integral, siguiendo el protocolo de actuación del S.C.S. Proporcionar habilidades e instrumentos para desarrollar la formación de todos los EAP. Implantar el documento.

**Descripción.** En 2003 se concluyó "El Protocolo de Actuación ante la Violencia de Género en el Ámbito Doméstico" de aplicación en APS. Para su implantación se siguió un plan de formación basado en el modelo de Formación de formadoras/es. Se realizó un Taller teórico-práctico sobre la violencia, magnitud y consecuencias sobre la salud; el adiestramiento en la aplicación del documento y la construcción de un taller dirigido a la formación de los y las profesionales de EAP. Se utilizaron técnicas participativas que permiten el análisis y revisión de las propias actitudes y de los procedimientos de intervención.

**Conclusiones.** Sensibilización, formación y capacitación de un grupo de formadores / as por Área de Salud. Cambio de actitud y compromiso. Aplicación práctica del protocolo. Sensibilización y formación del 90% del personal de EAP en 6 meses. Implantación del documento. Esta estrategia posibilita llegar a un gran número de profesionales en un plazo corto y a costes asumibles. Innovación metodológica. Ventajas de lenguaje y mensajes entre iguales. Se proporciona información útil para el diseño de estrategias de implantación futuras.

### RELACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN FRENTE A CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, DE GÉNERO Y ABUSOS SEXUALES DE UN HOSPITAL-ATENCIÓN PRIMARIA

Z. Herreras Pérez, M. Carpallo Nieto, M. Santiñá, L. Serra, B. Coll Vinent y T. Etchevarria

Consorcio de Atención Primaria de Salud del Eixample-CAPSE/Hospital Clínic de Barcelona/CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: herreras@clinic.uib.es

**Objetivos.** Creación de un protocolo de detección, actuación, abordaje y seguimiento de casos de violencia intrafamiliar, de género y abusos se-

xuales conjuntamente entre un Hospital de Referencia (HR) urbano y tres Equipos de Atención Primaria (EAP).

**Descripción.** Dado el aumento de casos de violencia intrafamiliar, de género y agresiones sexuales desde 1998 se crea en el HR una comisión para evaluar la actuación de los profesionales. Esta comisión está formada: director adjunto del hospital, traumatólogo, cirujano general, ginecóloga, enfermeras y médicos de urgencias, director de calidad, trabajo social de urgencias y sala, infectólogo, psiquiatra. Desde 2004 se incorporan a esta comisión un médico de familia y las trabajadoras sociales de los EAP. Se consensúan formas de actuación y se elabora una guía conjunta con las aportaciones de todos los profesionales. Esta guía está basada en experiencias profesionales propias y revisiones bibliográficas. Se utiliza en el servicio de urgencias del hospital, las salas, Atención Primaria (AP), y refleja el seguimiento de los casos derivados desde el HR a AP. Se elabora el protocolo de tratamiento y seguimiento en urgencias de los casos de agresiones sexuales de la ciudad, por ser el HR para estos casos, seguimiento psicológico posterior de estas pacientes y control de posibles contagios.

**Conclusiones.** -La elaboración conjunta de una guía multidisciplinar de detección, abordaje y seguimiento de casos de agresiones sexuales y de violencia intrafamiliar y de género mejora la relación entre HR y de AP. -Mayor sensibilización de los profesionales de todos los ámbitos en estos casos.

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL MARCO DE UN ESTUDIO DE EXPERIMENTAL

M. Fernández Alonso, S. Herrero Velázquez, J. Maderuelo Fernández, J. Cordero Guevara, M. González Castro y M. Pereda Riguera

CS Casa del Barco. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. GAP de Salamanca. GAP Burgos. Valladolid. Castilla y León.  
Correo electrónico: sherrero13@yahoo.es

**Objetivos.** Conocer las características clínicas relevantes de las mujeres víctimas de violencia de género (VG) en el contexto del estudio de evaluación de la efectividad de una intervención dirigida a profesionales de Atención Primaria, orientada a mejorar la detección de la Violencia Doméstica (ISFVIDAP).

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo en el marco de un estudio de intervención (casos y controles).

**Ámbito de estudio.** Centros de Salud participantes en el estudio.

**Sujetos.** Mujeres mayores de 14 años, diagnósticas de VG en el año de estudio.

**Mediciones e intervenciones.** Descripción de las características y variables clínicas asociadas a los casos diagnosticados.

**Resultados.** Casos nuevos diagnosticados: 343. El 96,3% de las mujeres habían acudido a consulta en el año previo. Sospecha previa de maltrato en el 39,2%. El 47,8% realizaron más de 7 consultas en el año (hiperfrecuentadoras). Tomaban psicofármacos: 46,6%. Presentaban patología crónica asociada el 81%: ansiedad (74,1%), depresión (51,7%), HTA (32,3%), migrañas (15%), diabetes mellitus (8,6%), reumatismos excluyendo artrosis (7,9%), colon irritable (6,8%), fibromialgia (4,3%) y cardiopatía isquémica (3,5%). Respecto a la relación entre el porcentaje de mujeres con patología crónica asociada (Sí/No) y tiempo de evolución del maltrato: se observa una asociación lineal positiva ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones.** Casi la totalidad de las mujeres diagnósticas de VG en nuestro estudio había acudido el año previo al diagnóstico a su Centro de Salud, pudiéndose considerar hiperfrecuentadoras casi el 50% de ellas. La mitad de las mujeres consumían psicofármacos habitualmente. La presencia de patología crónica (81%) aumenta con el tiempo de exposición a la violencia.

Financiación: Convocatoria FIS 2004, N° Exp: PI042006.

### ESTUDIO DEL CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE LOS SUH RESPECTO A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA: ¿PROBLEMA INFRADETECTADO?

S. Sánchez Ramón, M. Rivas Vilas, L. Salvador Sánchez, A. Blanco Ledo, P. Blanco López e I. González. Manzano

Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. Castilla y León.  
Correo electrónico: ssanchezfirst@gmail.com

**Objetivos.** La violencia doméstica (VD) es un problema frecuente de salud e infradetectedo por los profesionales sanitarios. **Objetivos:** Analizar

el conocimiento y la actitud que tiene el personal sanitario que trabaja en los Servicios de Urgencias Hospitalario (SUH) respecto a la VD. Determinar el grado de detección.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito de estudio.** 16 SUH de una Comunidad Autónoma.

**Sujetos.** Personal sanitario de los SUH que acudió de manera voluntaria a un taller de sensibilización y formación sobre VD.

**Mediciones e intervenciones.** Cuestionario administrado antes de comenzar el taller con preguntas abiertas y cerradas para medir los conocimientos y la detección de la VD.

**Resultados.** Se obtuvieron 120 encuestas. El 90,1% cree que la VD es un problema desconocido. El 52,4% piensa que es un problema frecuente. El 40% que la frecuencia de la VD se sitúa en torno al 20-30%. El 61,7% desconoce si existe un protocolo interno de manejo de la VD. Destaca que entre los que dicen conocer dicho protocolo el 20% no lo aplica. El 61,7% desconoce las obligaciones legales ante un caso de VD. El 49,2% sólo mantiene una actitud expectante algunas veces. La media de casos sospechados de VD en los últimos 3 meses es de 1,09.

**Conclusiones.** El problema de la VD es desconocido e infradiagnosticado entre los profesionales de los SUHs. Una gran mayoría desconoce de la existencia de protocolos de actuación en su centro sanitario. Pese a que creen que es un problema frecuente, el número de casos detectados es muy bajo.

## Sesión

### 10 Mejores Comunicaciones Orales

Viernes 9 de noviembre - 15.30-17.30 h

Sala 1, Institución Ferial. Valladolid

## Sesión Aula docente 1

### Comunicaciones de investigación en docencia

Jueves 8 de noviembre - 11.30-13.30 h -

Aula 4 Palacio de Congresos y exposiciones de Castilla y León - Salamanca

### HERRAMIENTAS DOCENTES EN HABILIDADES COMUNICACIONALES: ENTREVISTA CLÍNICA A PACIENTE SIMULADO

M. Guiu Buendía, J. Claramunt Mendoza, A. Artuñedo González, M. Moret Mateu, V. Pardo Amil y M. Alcalá Bayona

ABS Nova Lloreda-BSA. Badalona. Cataluña.

Correo electrónico: mjguiubuendia@hotmail.com

**Objetivos.** Objetivos: realizar evaluación formativa mediante la entrevista clínica, en un caso clínico simulado, como actividad de mejora comunicacional de los residentes de primer año en formación de Medicina Familiar y Comunitaria.

**Descripción.** Los 5 residentes de primer año realizaron la anamnesis a un paciente simulado, actor entrenado, que presentaba insomnio. De forma individualizada cada residente con el actor y el tutor como observador. Se acordó el día de la entrevista, pero desconocían la patología del paciente simulado. Métodos: se valoraron técnicas verbales y no verbales de comunicación. El actor valoró: apariencia cuidada/postura corporal correcta, cordialidad/buen recibimiento, escucha adecuada, respeto, tranquilidad/control emocional, optimismo/búsqueda de aspectos positivos, contacto, interés, expresión inteligible y empatía. Seguidamente, se realizó una valoración mediante feed-back, tutor y residente, identificando los puntos fuertes y los débiles.

**Conclusiones.** Los residentes obtienen un aprendizaje de esta experiencia que consideran positiva. Piensan que el tiempo de entrevista no es el real en la consulta ordinaria; duración media de 20 minutos por entrevista. Tutores y residentes, identificamos puntos débiles para mejorar las técnicas comunicacionales en futuras entrevistas clínicas.

### VIDEOGRABACIÓN DE LA ENTREVISTA CLÍNICA COMO ACTIVIDAD DE FORMACIÓN EN LA CONSULTA DEL MÉDICO DE FAMILIA

R. Rodríguez Avellaneda, E. Jiménez Mejías, M. Agrela Cardona, y E. García Ureña

CS de Cartuja y La Chana. Granada. Andalucía.  
Correo electrónico: milavadora@hotmail.com

**Objetivos.** Evaluar el perfil de entrevistadores, de tutores y residentes, identificando aspectos positivos y negativos de la entrevista clínica. Utilizar este método como instrumento de aprendizaje de habilidades en entrevista clínica.

**Descripción.** La experiencia se llevó a cabo en el ámbito de atención primaria, en dos centros de salud universitarios de área urbana. Se realizaron videograbaciones en cada una de las consultas, tutores y residentes por separado, en horario de mañana, durante un periodo de dos meses. Se informó a los pacientes mediante una nota informativa y verbalmente por cada profesional. Cada médico seleccionó a su criterio la entrevista en la que encontró mayores dificultades y la presentó en sesión clínica. Las entrevistas se evalúan según los ítems del cuestionario Gatha-Res y la opinión de un experto en habilidades básicas en entrevista clínica.

**Conclusiones.** -Las mayores dificultades se detectaron en relación a la negociación con el paciente. -Los residentes gestionan peor el tiempo que los tutores y presentan más problemas en la estructuración de la entrevista. -Los tutores realizan un abordaje psicosocial más completo. -La videograbación de la entrevista clínica es un método útil, rentable y ampliamente aceptado por los pacientes para aprender y mejorar las habilidades básicas de entrevista clínica de los médicos de familia.

### PORTFOLIO SÍ, PERO...

C. Babace Istúriz, M. Sarlat Rivas, R. Requena Santos, M. Morente López, C. Merino Díaz de Cerio y M. Gil De Gómez Barragán

CS Rodríguez Paterna. Logroño. La Rioja.  
Correo electrónico: cbabace@hotmail.com

**Objetivos.** Evaluación cualitativa de la aplicación del portafolio como herramienta docente. Acciones de mejora.

**Descripción.** Implementación del portafolio por los residentes asignados a un tutor. junio 2006-junio 2007. -Abordaje de las 10 áreas competenciales del POE. -Priorización de competencias de la Guía del LEF. -Selección de tareas con mayor impacto docente. -Tutorización activa continuada: 7 horas mensuales. Cronograma anual. -Evaluación cualitativa: entrevista grupal.

**Conclusiones.** Ventajas: -Herramienta metodológica alternativa al modelo tradicional. -Facilita la conceptualización global del POE. -Visualiza la autoevaluación. -Eficiente: tareas formativas pluripotenciales. Inconvenientes: -Complejidad. Alta exigencia de tiempo. -Ponderación desproporcionada de las áreas competenciales. -Exige cultura de auto-reflexión. -Excesivo protagonismo de la herramienta. Acciones de mejora: -Simplificar el sistema de registro. -Ponderar el área de atención al individuo. -Adaptación de la herramienta -Entrenamiento previo. -Facilitar la tutorización continuada. El portafolio puede ser una herramienta que facilite la adquisición de competencias. Valorar su eficiencia mediante la investigación en docencia será el reto futuro.

### PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS: 1+1+18

F. Tomás Aguirre, C. Fernández Casalderrey, F. Gil Latorre y F. Segura Marín

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Valencia. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: tomas\_fraugui@gva.es

**Objetivos.** Analizar la capacidad de asumir la docencia en atención primaria de una Unidad Docente Provincial con 10 Departamentos Sanitarios, atendiendo las nuevas exigencias legislativas que determinan el paso obligatorio de residentes de 19 especialidades médicas, además de Medicina Familiar y Comunitaria, en rotación por la misma.

**Descripción.** Se diseñó un estudio descriptivo de los recursos docentes a partir de los tutores acreditados comparando las variables "necesidades docentes" "disponibilidad docente" valoradas en meses. Partiendo del ideal de disponibilidad total para asumir docencia en todas las especialidades por el tutor de MFyC se realizó el estudio comparativo de necesidades docentes por Departamento para residentes de familia de primer y último año y de primer año del resto de especialidades. Globalmente la rotación es asumible por la unidad: 138 tutores, supervisarían la rotación de 143 residentes de medicina de familia y de 114 residentes de otras 18 especialidades. La rotación de los pediatras la asumirían los colaboradores docentes de esa especialidad. Sin embargo, en 3 de los 10 departamentos analizados, es imposible sin la colaboración del resto.

**Conclusiones.** La aplicación de la rotación por atención primaria es teóricamente factible, pero difícilmente asumible sin la realización de profundos cambios organizativos en el sistema. Es fundamental la colaboración entre comisiones de docencia de los diferentes Departamentos. Se plantea la reflexión sobre el papel del tutor y la necesidad de contar con su parecer en el análisis previo a la implantación de esta rotación.

### EXPERIENCIA EN LA REACREDITACIÓN DE UNA UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA MEDIANTE LA REALIZACIÓN DE UN PLAN ESTRATÉGICO

E. Lozano Marín, A. Sáenz Gutiérrez, J. Villares Rodríguez y J. Casas Requejo

Unidad Docente MFyC Área 3 Madrid. Alcalá de Henares. Madrid.  
Correo electrónico: elozano.gapm03@salud.madrid.org

**Objetivos.** Adecuar una Unidad Docente de MFyC a los nuevos requisitos generales de acreditación, con un alto nivel de calidad.

**Descripción.** La Resolución Conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia de 9-6-2005, establece los requisitos generales de acreditación de las Unidades Docentes para la formación de Médicos Especialistas en MFyC, disponiendo que en un plazo de 3 años, las UD acreditadas con anterioridad, deberán solicitar su reacreditación adecuándose a estos nuevos requisitos. En nuestra Unidad Docente decidimos considerar el proceso de reacreditación, como una oportunidad de mejora de la calidad de la propia Unidad. Contamos con la colaboración del coordinador de calidad del Área, que propuso la realización de un Plan Estratégico que nos llevara a conseguir nuestros objetivos. El Plan Estratégico diseñado, contó con el apoyo de la Comisión Asesora y del Equipo Directivo del Área. Se realizó la presentación en cada uno de los Centros Docentes de la Unidad y se informó a la Comisión de Docencia del Hospital de referencia. Posteriormente se iniciaron las sesiones de trabajo en las que se han definido la Misión-Visión de la UD y se ha realizado el diagnóstico de situación mediante técnica DAFO. En este momento nos encontramos en la fase de definición de líneas estratégicas.

**Conclusiones.** La aplicación de esta técnica ha conseguido además la participación y motivación de los profesionales.

### LUCES Y SOMBRAS DEL APRENDIZAJE EN COMUNITARIA DURANTE LA RESIDENCIA

M. Mangrané Ferrando, G. Grecu, A. Doi, Y. Ortega Vila, J. Canalejo Escudero y C. Poblet Calaf

ABS Reus-4. Reus. (Tarragona). Cataluña.  
Correo electrónico: minapc@tinet.org

**Objetivos.** Después de la participación activa de residentes y tutores en dos actividades comunitarias: -creación, acompañamiento y seguimiento de un grupo de pacientes con patología crónica estable a caminar, para mejorar el control de éstas. -realización de charlas sobre dieta saludable y salud sexual y reproductiva a mujeres magrebíes para contribuir a su alfabetización en estos términos y a la mejora de su salud, la de sus familias y comunidad. Residentes y tutores implicados en las actividades hemos querido reflexionar juntos sobre el aprendizaje comunitario para contribuir a su mejoría en nuestro ámbito.

**Tipo de estudio.** Metodología cualitativa de investigación-acción participativa.

Ámbito de estudio. Atención primaria.

*Sujetos.* 2 residentes de 2º año, 3 de 3º año de Mfyc y 3 tutores.

*Mediciones e intervenciones.* Técnica de recogida de Datos DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades).

*Resultados.* -Debilidades (internas-del equipo): falta de tiempo, experiencia, visión biopsicosocial, continuidad del equipo; incompatibilidad de horarios y rotaciones. -Fortalezas (internas-del equipo): juventud, entusiasmo, innovación, multiculturalidad del equipo, reconocimiento del equipo por parte de los usuarios y formación teórica. -Amenazas (externas-del entorno): presión asistencial, desconocimiento de la comunidad y sus redes, poca adherencia de la comunidad, falta de tradición, diferencias idiomáticas, falta de constancia, lejanía del barrio respecto del centro de salud donde se realizan las rotaciones. -Oportunidades (externas-del entorno): demanda de la población, soporte institucional, datos informatizados, espacio físico de reunión del equipo, colaboraciones técnicas, enlazar salud con aspectos no sanitarios.

*Conclusiones.* Visualizar debilidades y amenazas nos permite mejorar y vencerlas, las fortalezas y oportunidades son un estímulo para continuar en la realización y aprendizaje de la vertiente comunitaria.

#### FORMACIÓN EN MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA A PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: UTILIDAD EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

C. Genol Ternerero, M. Rodríguez González y M. Villalobos Hernández

CS Axarquía Oeste y Torrox. Málaga. Andalucía.

Correo electrónico: minavh@hotmail.com

*Objetivos.* Conocer si la formación en Medicina Basada en la Evidencia (MBE) en el personal sanitario de dos Centros de Salud, mejora el abordaje de las dudas clínicas que surgen en su ejercicio profesional. Evaluar, mediante administración de cuestionario al mes, seis meses y al año de curso de formación, los conocimientos de los profesionales sanitarios sobre MBE, estableciendo como grupo control otros dos Centros de Salud del mismo Distrito Sanitario. Analizar el uso de herramientas de MBE para resolver dudas clínicas surgidas.

*Tipo de estudio.* Cuasiexperimental con diseño Antes-Después con grupo control. Tras permisos y consentimientos informados, se cumplimentará cuestionario autoadministrado/Test FRESNO previo a la realización de un curso de formación que constará de siete sesiones de una hora y media de duración. Se pasará nuevamente cuestionario al mes, a los seis meses y al año.

*Ámbito de estudio.* Se realizará en dos Zonas de Salud (entre 2007-2008), estableciendo un grupo control con dos Centros de Salud del mismo Distrito.

*Criterios de inclusión/exclusión/muestreo.* Criterios de inclusión: médicos y enfermeros pertenecientes al área de salud con ejercicio profesional activo durante el periodo de realización de estudio. Criterios de exclusión: -Médicos internos residentes (MIR) en formación pertenecientes al área de salud. -Médicos y enfermeros que no aceptan la participación en el estudio. -Médicos y enfermeros pertenecientes a las áreas de estudio que no ejercerán durante todo el periodo del estudio.

*Mediciones e intervenciones.* Porcentaje de sesiones de formación continuada en el Centro de Salud que utiliza herramientas de MBE. -Participación de los profesionales, se medirá a través de cuestionario -Actitud de los participantes, antes y después de la intervención. -Conocimientos y habilidades desarrolladas para la lectura crítica científica, antes y después de la intervención mediante cuestionario. -Conocimientos en epidemiología y estadística.

*Análisis estadístico.* Para el análisis descriptivo de variables cuantitativas se calcularán los estadísticos de tendencia central y los estadísticos de dispersión. Para variables cualitativas se calcularán las frecuencias absolutas y relativas de cada categoría. Para la estadística inferencial usaremos: El análisis de la varianza de una vía (ANOVA) para las variables cuantitativas y el test de Chi-cuadrado para las cualitativas. Análisis multivariante: de regresión logística.

*Limitaciones.* Se están impartiendo sesiones MBE a los tutores acreditados para la docencia en nuestra área, así podríamos observar diferencias menores a las que esperamos. Pérdida de motivación.

*Aplicabilidad.* Ventajas para los profesionales sanitarios: -Actualizar sus conocimientos de forma rutinaria. -Mejorar su comprensión sobre méto-

dos científicos. -Incrementar su confianza en la toma de decisiones. -Aumentar su capacidad para utilizar fuentes de información bibliográficas y hábitos de lectura. -Reforzar la cohesión de los equipos clínicos. -Despertar interés por el desarrollo de la investigación, y aumentar el nivel de formación en los MIR. Para los pacientes supone acceder a las prestaciones más eficaces, les ofrece una oportunidad de comunicación con sus médicos, viendo pros y contras de cada opción terapéutica y participación real en la toma de decisiones que les afectan.

*Aspectos éticos-legales.* Participación voluntaria. Confidencialidad. No implica ningún riesgo. No recibirá compensación económica. Se le notificará los resultados cuando lo deseen.

## Sesión Aula docente 2

Presentación de experiencias docentes novedosas

Jueves 8 de noviembre - 17.15-19.15 h

Aula 4 Palacio de Congresos y exposiciones de Castilla y León – Salamanca

#### FORMACIÓN DE RESIDENTES EN CIRUGÍA MENOR

M. Sarlat Ribas, C. Babace Isturiz y R. Requena Santos

Consell de Cent, Rodríguez Paterna. Barcelona, Logroño. Cataluña.

Correo electrónico: sarlatribas@yahoo.es

*Objetivos.* Conocer las posibilidades docentes de la cirugía menor como habilidad práctica en los residentes de atención primaria.

*Descripción.* Todos los pacientes a los que se les diagnostica en la práctica médica diaria lesiones dérmicas susceptibles de tratamiento quirúrgico abordable desde atención primaria, como, por ejemplo, los dermatofibromas, acrocordones, quistes epidérmicos o fibromas pendulares se les ofrece la posibilidad de realizar el tratamiento quirúrgico en el centro, previa cumplimentación del consentimiento informado. Las actividades quirúrgicas se realizan con una periodicidad mensual en un día preestablecido. Posteriormente, se cita al paciente para valorar la evolución de la cirugía, así como para realizar curas, extraer los puntos de sutura y comentar los resultados anatomopatológicos de las muestras extraídas así como su concordancia con el diagnóstico inicial. La cirugía menor, como el uso de la crioterapia o las infiltraciones, es una habilidad práctica que constituye una herramienta útil y valorada por los usuarios. La realización de cirugía menor permite a los residentes formarse en maniobras como son los diferentes tipos de suturas, anudados, manejo del bisturí eléctrico y de sus diferentes funciones, así como una mayor resolución en el diagnóstico de las patologías dermatológicas.

*Conclusiones.* La oportunidad de contar con un centro habilitado junto con personal formativo cualificado permite a los residentes adquirir unos conocimientos óptimos para poder aplicar en la práctica diaria la cirugía menor como una herramienta más de la atención primaria.

#### COMITÉ DE ORIENTACIÓN Y ACOGIDA

C. Beteta Mateos, E. Paniagua Gutiérrez, M. López Chousa, M. Jaén Cañadas, L. Carvajal González y S. Huerga Mascuñán

Unidad Docente Pavones, Área 1. Madrid.

Correo electrónico: paniaguagutierrez@yahoo.es

*Objetivos.* Creación de un documento que explique a una promoción de Residentes la forma de trabajo de la Unidad Docente (UD). Impulsar la formación de un grupo de trabajo que actúe como consultor entre los residentes de una UD.

*Descripción.* El grupo de trabajo formado por Médicos residentes de primer y segundo año estableció, tras una reunión inicial las normas de funcionamiento y contenidos principales de la guía, desarrollándolos posteriormente. Se incluyeron los siguientes aspectos: -Presentación de la UD: ubicación,

recursos humanos, centros de apoyo y Centros de Salud (CS) acreditados. - Organismos de la UD: Comisión Asesora, Subcomisión de Seguimiento Docente, Comité Orientación, Comité de Guardias, Jornadas del Área. - Documentación necesaria y trámites para conseguirla. - Adjudicación de taquillas y vestuario. - Consejos y normas en la elección de tutor y CS. - Guardias durante la Residencia: número, horarios, organización. - Nóminas, lugar de recogida y contenido. Previamente a la incorporación de los residentes, se convocó una reunión informativa donde se entregó el documento y se resolvieron dudas iniciales. Quince días después se pasó una encuesta con respuestas tipo Likert y preguntas abiertas para evaluar la guía. La mayoría de los encuestados manifestaron el interés de la misma. Valorando positivamente el momento de entrega, la información concerniente a las guardias, el entorno hospitalario y los trámites necesarios.

**Conclusiones.** La implantación de documentos de apoyo en el momento de iniciar la residencia es útil y bien valorado por los residentes. Su elaboración permite consolidar un grupo de trabajo cohesionando diferentes promociones.

### LA PREGUNTA CLÍNICA: UNA OPORTUNIDAD FORMATIVA INESPERADA

J. Saura Llamas, S. Blanco Sabio y C. Conesa Bernal

CS Barrio del Carmen. Unidad Docente GAP Murcia.

Correo electrónico: j.saurall@tiscali.es

**Objetivos.** Para mejorar la investigación en nuestra Unidad Docente se instauró una actividad formativa para los residentes de Medicina de Familia, desarrollando varios talleres y un "club de revistas". En el taller de investigación R-1 (2006-2010), tras 5 meses en AP, se realizó una tormenta de ideas para conseguir buenas preguntas clínicas. El objetivo es comentar los resultados, al obtener muchas más preguntas y sobre muchos aspectos no relacionados con la idea inicial, para rentabilizar la información cualitativa obtenida.

**Descripción.** 29 de los 30 residentes hicieron preguntas, obteniendo 84. Ordenadas por número de preguntas según su contenido: Calidad asistencial (24 preguntas). Relación médico paciente (23). Demanda asistencial (21). Tratamiento (21). Diagnóstico (15). Patología cardiovascular (13). Gestión administrativa (12). Problemas residentes (11). Se han obtenido 35 preguntas clínico-biológicas y 49 que no eran clínicas. Las preguntas no clínicas, indican malestar, dificultades, y problemas. Ordenadas por su importancia cuantitativa: Calidad asistencial. Relación médico-paciente. Gestión del centro salud. Relación residente-tutor-paciente. Situación y ambiente laboral. Ejemplos: ¿Cuál es el número de pacientes hiperconsultadores por cupo, y qué demandan? ¿Es posible historiar, diagnosticar y tratar una patología en 300 segundos? ¿Pierde el médico credibilidad si le plantea sus dudas al paciente?...

**Conclusiones.** Hemos encontrado oportunidades formativas y de mejora, sobre el nivel clínico-científico de nuestros residentes; su nivel competencial, sus actitudes y preocupaciones y sus necesidades; que aportan una información muy valiosa en la planificación de los programas de formación.

### ACREDITANDO DOCENTES PARA FORMAR ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

F. Tomás Aguirre, F. Gil Latorre, C. Fernández Casalderrey y F. Segura Marín

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Valencia. Valencia. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: tomas\_fraagui@gva.es

**Objetivos.** La Comisión Nacional de la Especialidad expuso en su día que cada Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria debe desarrollar un sistema de certificación y control de tutores y colaboradores docentes implicados en la formación de los Médicos Residentes. El objetivo de esta comunicación es mostrar el proceso desarrollado a tal efecto en una Unidad Docente y su adaptación a las nuevas demandas del actual Programa y a la normativa legal de referencia. La implantación del nuevo programa y la aprobación de la normativa de acreditación para Unidades, centros e instituciones implicadas en la docencia, determinan la necesidad de desarrollar el proceso correspondiente en los profesionales que la imparten: Tutores y Colaboradores Docentes.

**Descripción.** Tras el estudio previo de grupos de trabajo, el desarrollo por parte de una Comisión de Acreditación y la aprobación correspondiente

por parte de la Comisión Asesora, se elaboraron criterios de Acreditación para cada figura docente vinculada a la formación del MIR. Estos criterios recogen la necesidad del cumplimiento de una serie de créditos en las distintas áreas competenciales, con diferentes requerimientos a los tutores, para acreditarse o reacreditarse; y son los aplicados en el actual proceso de certificación.

**Conclusiones.** Se ha elaborado un documento de trabajo: la guía de acreditación de docentes de la especialidad de MFyC, tutores y colaboradores, a partir de la sistematización de los Criterios de acreditación y que es empleada en esta Unidad para garantizar la calidad de su docencia.

### LA ROTACIÓN POR UN CENTRO RURAL EN EL NUEVO PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD: APLICACIÓN Y DESARROLLO EN UNA UNIDAD DOCENTE

F. Tomás Aguirre, F. Gil Latorre, C. Fernández Casalderrey y F. Segura Marín

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Valencia. Valencia. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: tomas\_fraagui@gva.es

**Objetivos.** La presente comunicación expone el proceso de implantación del rotatorio por centro rural en una Unidad Docente Provincial grande, (en torno a 70 residentes nuevos por promoción). Se pretende detallar el sistema de trabajo, búsqueda de centros, acreditación de colaboradores docentes, elección de centro por parte del residente y la evaluación del proceso.

**Descripción.** Desde la comisión de acreditación se elaboró un censo de recursos docentes disponibles y se evaluaron las correspondientes acreditaciones. Se consiguió generar suficientes recursos como para evitar que ningún residente tuviera que salir del ámbito de la unidad. Se coordinó con los Departamentos de referencia los ajustes necesarios para toda rotación extrahospitalaria y se diseñaron objetivos para desarrollar la misma en el segundo año de residencia. Se informó a los residentes del proceso y se realizó una primera elección de centro por orden de examen MIR. Posteriormente se abrió un plazo para cambios y ajustes por motivos personales. Los colaboradores docentes fueron convocados para la presentación de la rotación y el estudio de los objetivos de la misma.

**Conclusiones.** La primera promoción de MIR con el nuevo programa de la especialidad ha desarrollado la rotación en la Unidad en su 100%. La experiencia ha sido valorada muy positivamente tanto por docentes como por residentes. La segunda promoción acaba de elegir el centro y se ha beneficiado de las mejoras en el proceso al disponer de mayor número de lugares y haber mejorado la coordinación con las rotaciones hospitalarias.

### UTILIZACIÓN DE UNA "VIVIENDA ADAPTADA" PARA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN DISCAPACIDAD Y SUS APLICACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA

F. Tomás Aguirre, M. Cañadas Pérez, y M. Gómez

Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Valencia. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: tomas\_fraagui@gva.es

**Objetivos.** Exponer la estructura y utilización docente, investigadora y asistencial en Discapacidad de un entorno real que reúne diferentes adaptaciones para pacientes con dependencia y/o discapacidad: La "Vivienda-Adaptada" de una Clínica de la Universitaria.

**Descripción.** -Diseño y construcción: Recepción adaptada, dos baños con diferentes opciones de adaptación, distribuidor con posibilidades de organización adaptada de enseres, cocina y dormitorio también adaptados. -Dotación de mobiliario, electrodomésticos, enseres y adaptación a diferentes discapacidades. -Docencia: alumnos de las titulaciones de ciencias de la salud; profesores: especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y Terapeutas Ocupacionales-Asistencial. El centro de terapia ofrece la posibilidad al usuario de conocer y aplicar en su domicilio soluciones eficientes y económicas. Comenzó a utilizarse el curso pasado como recurso docente, siendo valorado muy positivamente por los estudiantes. En el presente curso se impulsa su uso asistencial. Se está elaborando un protocolo de colaboración para ofertar a residentes de medicina de familia un rotatorio externo de formación en atención a la discapacidad.

**Conclusiones.** Este recurso se ha revelado de gran utilidad en la enseñanza práctica en el ámbito de la discapacidad. Permite al estudiante integrar conocimientos en un entorno semejante al real, con pacientes reales. Asimismo, ofrece al usuario la posibilidad de conocer diferentes opciones de adaptabilidad a la vida diaria para desarrollar en su hogar. Se plantea co-

mo un elemento idóneo para la formación del médico de Atención Primaria en su labor de asesor de la discapacidad.

### **MODIFICACIÓN DE ROTACIONES EN UNA UNIDAD DE DOCENTE DE MFyC Y PANORAMA NACIONAL**

*J. Linares Dópido y M. Abaurrea Ortiz*

Servicio Extremeño de Salud. Badajoz. Extremadura.  
Correo electrónico: juanantonio.linares@ses.juntaex.es

*Objetivos.* Ajuste de rotaciones hospitalarias y Atención Primaria (AP) de unidad docente de MFyC (udoc), tras dos años de implantación del nuevo programa. Conocer implantación del programa de rotaciones en udoc de España.

*Tipo de estudio.* Estudio descriptivo para modificar rotaciones en udoc tipo II el año 2007.

*Ámbito de estudio.* Unidad Docente de MFyC de toda España.

*Sujetos.* 50 Residentes, 33 tutores acreditados de una udoc. 75 udoc toda España de 93 existentes.

*Mediciones e intervenciones.* Encuesta a residentes y tutores de udoc, preguntas abiertas sobre modificación, o no, de rotaciones; entregada directamente y correo 2 ocasiones, en año 2006. Encuesta (distinta) a udoc de España, preguntas abiertas sobre rotaciones y duración: médicas, médico-quirúrgicas, C. Salud y optativas; Remitida 7 ocasiones vía e-mail, 2 telefónica, desde 31/07/2006 a 31/01/2007.

*Resultados.* 75% de residentes y tutores de nuestra unidad modificarían: Cardiología (aumentar 1 mes), paliativos y radiología (incluirlas obligatorias), reducir AP primer año (5,5 meses a 4,5) y C.S. rural (3 a 2). Resto igual. Nacional: Cardiología, 50% udoc rotan 1 mes, 25% 2 meses. Paliativos obligatoria en 44 udoc (1 mes) y 19 udoc radiología. Rotación A.P. R1: 50% 5 meses, 25% 6 meses. Sólo 55 udoc rotan por C.S. rural (máximo 2 meses). Optativas, gran variabilidad, destacando: completar rotaciones y externas.

*Conclusiones.* Nuestra unidad tiene gran semejanza al resto de udoc, referente a rotaciones. Cumplimiento del nuevo programa, referente a rotaciones. Poca implantación de rotación CS. Rural. Gran colaboración entre las udoc de España. Aprobación de modificaciones solicitadas en nuestra udoc.