

PÓSTERS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Viernes, 25 de noviembre

P314 EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN ESTRUCTURADA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA PARA REDUCIR LA PROGRESIÓN DE ENFERMEDAD

M. Sánchez-Celaya del Pozo, E. Sola Vendrell y B. López Chamorro
EAP Rafael Alberti. Madrid. Madrid.
Correo electrónico: msclaya@gmail.com

Objetivo: Determinar si una intervención informativa y de seguimiento protocolizado, en consultas de medicina y enfermería de los centros de salud de AP de un área del Sistema Madrileño de Salud (SMS) en pacientes con IRC leve-moderada, es más efectiva que el seguimiento habitual para disminuir la progresión de enfermedad.

Objetivos específicos secundarios: determinar la efectividad para: 1) mejorar el grado de control de TAS y TAD en pacientes hipertensos con IRC, y 2) mejorar el grado de control de las cifras de glucemia y HbA1C en pacientes diabéticos tipo 1 y 2 con IRC.

Tipo de estudio. Estudio experimental. Ensayo clínico pragmático, controlado con asignación aleatoria por conglomerados, con grupos paralelos.

Ámbito del estudio. Estudio multicéntrico, centros de salud de todo un área del SMS.

Sujetos. Pacientes mayores de 18 años diagnosticados de IRC leve moderada, con registro abierto en historia clínica informatizada (OMI-AP).

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años diagnosticados de IRC, no demostrar intención de traslado y firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión: rechazo a participar, trastornos psiquiátricos, inmovilización en domicilio, IRC severa, diálisis y transplantados renales. Asumiendo una mínima diferencia entre grupos de 5 ml/min, para un riesgo alfa del 0,05, un beta de 0,20 en un contraste bilateral y para una desviación standard de CCr de 18,3 ml/min, se precisan 216 pacientes en cada grupo. Estimando un 20% de pérdidas y para compensar el efecto de diseño, se incluirán un total de 500 pacientes.

La unidad de aleatorización la constituirán los médicos que participen en el estudio. En cada consulta la selección de pacientes se realizará por muestreo aleatorio simple.

Mediciones e intervenciones. Intervención: sesión educativa inicial basada en aprendizaje significativo y seguimiento trimestral en consulta de medicina y enfermería durante dos años. Determinaciones: la variable de respuesta principal será el aclaramiento de creatinina medido en ml/min. Se recogerán variables demográficas, de morbilidad y pronósticas: clínicas, analíticas, antropométricas, adherencia a tratamientos y consumo de fármacos.

Ánálisis estadístico. Análisis por intención de tratar. Estadística descriptiva, pruebas de normalidad y estadística analítica univariante y multivariante (regresión lineal múltiple). La variable explicativa en el multivariante será el grupo de intervención, siendo la variable dependiente la diferencia antes-después en el aclaramiento de creatinina. Se incluirán variables que puedan actuar como factores de confusión o modificadores de efecto. Comparación a los 12 y 24 meses.

Limitaciones. Sesgo de selección: el empleo de la historia clínica informatizada minimiza esta posibilidad. Imposibilidad de realizar un estudio doble ciego. La aleatorización de médicos evitará la posible contaminación entre grupos. Pérdidas en el seguimiento: se recogerán datos que permitan localizar a los participantes.

Aplicabilidad. Demostrar la efectividad de una intervención en un subgrupo de población no abordado de forma específica en AP, aportará evidencia necesaria para contemplar esta actividad de forma rutinaria, posibilitando la reorientación de servicios en aras de la obtención de una mayor eficiencia.

Aspectos ético-legales. Evaluación del CEIC de referencia y seguimiento de las normas de Buena Práctica Clínica. Firma del consentimiento informado detallando los aspectos fundamentales del estudio. Cumplimiento de normativa vigente para el tratamiento de datos de carácter personal.

P315 LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL COMO HERRAMIENTA PARA ABORDAR EL PROBLEMA DEL CUMPLIMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS

S. Pertusa Martínez

Centro de Salud de Petrer (II). Alicante. Petrer (alicante). Comunidad Valenciana. Correo electrónico: salvador_pertusa@yahoo.es

Objetivos. Los resultados tan pobres obtenidos con las distintas estrategias usadas para mejorar el cumplimiento de pacientes hipertensos aconsejan la exploración de nuevas vías en el terreno de la psicología, las emociones y la motivación para el cambio.

El objetivo principal que plantea este ensayo es la evaluación de la entrevista motivacional como herramienta para abordar el problema de la adherencia o cumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos.

La hipótesis es que los pacientes que son atendidos por profesionales que manejan la entrevista motivacional en su trabajo clínico cotidiano mejoran en mayor medida su grado de cumplimiento que los pacientes que siguen los cuidados ordinarios por profesionales que no utilizan estas técnicas. **Tipo de estudio.** Los pacientes serán distribuidos en 2 grupos: 1) Un grupo experimental, constituido por los pacientes del cupo o cupos seleccionados que recibirán abordaje de su problema usando técnicas de entrevista motivacional. 2) Un grupo control, constituido por los pacientes de otros cupos comparables que seguirán siendo atendidos según los esquemas tradicionales y sin emplear técnicas estructuradas de entrevista motivacional.

El estudio se presenta como un ensayo clínico, según el esquema:

- Grupo experimental
- Población diana (N)
- Grupo control

Ámbito del estudio. El estudio se realizará en Centros de Salud de un Área de Salud.

Sujetos. Los pacientes no cumplidores (cumplimiento de la medicación prescrita determinado por recuento de comprimidos $\leq 80\%$ ó $\geq 110\%$) pertenecientes a los cupos de Medicina de Familia seleccionados serán la población diana del estudio.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios de inclusión: pacientes hipertensos incluidos en el programa de crónicos del centro con cifras de Presión Arterial Sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg y/o Presión Arterial Diastólica (PAD) ≤ 90 mmHg, de todas las edades y ambos sexos, que tomen $\leq 80\%$ ó $\geq 110\%$ de su medicación antihipertensiva prescrita según el recuento de comprimidos realizados en visita sorpresa en el domicilio del paciente.

Mediciones e intervenciones. El cumplimiento, medido por recuento de comprimidos de la forma ya expresada, será la variable usada como variable respuesta. Se realizarán medidas de esta variable a los 3, 6, 9 y 12 meses de iniciado el estudio.

Ánálisis estadístico. En el análisis comparativo de los grupos usaremos la prueba de la t de student para datos independientes y el análisis de la varianza (ANOVA).

Limitaciones. Las limitaciones iniciales de este trabajo serían que debemos identificar previamente a los pacientes no cumplidores mediante las técnicas indirectas o directas a nuestro alcance en AP.

Aplicabilidad. Los resultados de este estudio se podrán aplicar en la Atención Primaria en la evaluación de pacientes en los que queramos cambiar algún tipo de conducta o estilo de vida y no sólo en el cumplimiento terapéutico de esta enfermedad.

Aspectos ético-legales. No esperamos importantes problemas ético-legales. Los pacientes del grupo control podrían presentar mayores complicaciones.

P316 DEMORA DIAGNÓSTICA DE CÁNCER DE COLON Y RECTO

M. Esteva, S. Pita, L. González, C. Coscollar, J.M. Segura y P. Serrano

Gerencia Atención Primaria de Mallorca. Hospital Juan Canalejo. Centro Salud Serreña. Centro Salud Arrabal, CAP Dr. Lluís Saye. Servicio Canario Salud. Palma de Mallorca, La Coruña, Valencia, Zaragoza, Barcelona y Las Palmas de Gran Canaria. Illes Balears.

Correo electrónico: mesteva@ibsalut.caib.es

Objetivos. 1) Describir el proceso diagnóstico del cáncer colorectal (CCR) desde el inicio del primer síntoma hasta el diagnóstico y tratamiento. 2) Establecer los intervalos temporales entre el primer síntoma y el diagnóstico y tratamiento, globalmente y específicamente la demora atribuible al paciente y a la atención primaria y atención especializada. 3) Identificar los factores asociados a cada categoría de demoras. 4) Evaluar la validez de la información sobre síntomas obtenida de la historia de atención primaria y hospitalaria, respecto a la referida por el paciente. 5) Describir la variabilidad de las demoras entre las áreas estudiadas y hospitalares.

Tipo de estudio. Estudio coordinado descriptivo, realizado en el marco de la RedIAPP.

Ámbito del estudio. 180 centros de salud, 7 áreas sanitarias de 7 comunidades autónomas.

Sujetos. Se incluirán los casos incidentes de CCR durante dos años.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Se incluirán los casos con confirmación histológica. Se excluirán los casos prevalentes; de cáncer múltiple; atendidos exclusivamente en hospitales privados; detectados por cribado. Identificación de casos en anatomía patológica.

Muestra necesaria de 896 sujetos que permite asumir un error del 5% y estimaciones con una precisión del 10% de la frecuencia relativa observada de diferentes aspectos. Se necesitan 150 casos por subproyecto.

Mediciones e intervenciones. Información: (1) entrevista con los pacientes, (2) historias clínicas de atención primaria y hospitalarias, mediante un cuadro de recogida de datos y una ficha independiente con los datos personales.

Mediciones: Del paciente (variables sociodemográficas, actitudes ante el síntoma, antecedentes familiares de cáncer); del tumor (localización, tipo y grado histológico y TNM); de los síntomas (fecha primer síntoma, síntomas presentes según listado); sanitarias (visitas al médico de familia, tipo y contenido de la derivación, consultas hospital, servicios hospitalarios que atendieron al enfermo, exploraciones y resultados). Tiempos de demora (global, del paciente, del sistema sanitario).

Ánalisis estadístico. Indicadores de participación del médico de familia, tipo de derivación, exploraciones, pruebas y orientación diagnóstica. Hospital y servicio que le atendió, pruebas realizadas y tiempos entre pruebas. Descripción de la distribución de síntomas y diferentes percepciones del paciente. Análisis descriptivo de los diferentes tipos de demora y el porcentaje en que cada una contribuye a la global. Las posibles relaciones entre variables y tiempo de demora se estudiarán mediante un análisis de las curvas supervivencia y análisis de regresión de Cox.

Limitaciones. Evitación de los sesgos de selección al disponer de una verificación histológica superior al 96% y de los derivados de la utilización de la historia clínica con riesgo de pérdida de información para algunas variables.

Identificación de factores de variabilidad interobservador.

Aplicabilidad. Detección de puntos de mejora en el todo el proceso diagnóstico del paciente con CCR como aspectos clínicos y organizativos del sistema sanitario o consejos al paciente. Los resultados pueden generar propuestas formativas y de gestión de servicios sanitarios. A nivel nacional aportará información para el Plan Integral de Cáncer del Ministerio de Sanidad y Consumo y en los planes de las Comunidades autónomas.

Aspectos ético-legales. Aprobación de los comités de ética de cada una de las comunidades participantes. Solo se incluirán pacientes que hayan firmado el consentimiento informado.

P317 EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA BÁSICA DE LA POBLACIÓN DIABÉTICA: GESTIÓN DE PATOLOGÍAS DESDE EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. PROYECTO EXOFDIAB

M.J. Sender Palacios, M. Vernet Vernet, E. Jovell Fernandez, E. Simo Cruzet, P. Larrosa Sáez y M. Boada Gallego

CAP Terrassa Nord (consorcio Sanitario de Terrassa). Terrassa. Cataluña.

Correo electrónico: 12646mvv@comb.es

Objetivos. Objetivo General: Conocer la viabilidad de la realización e interpretación de la exploración oftalmológica básica del paciente diabético (EOBDM) (exploración de agudeza visual, presión intraocular (PIO) y fondo de ojo (FO)) desde el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS). Objetivos concretos: a) Conocer la concordancia del diagnóstico de la EOBDM realizado por el médico de APS y el realizado por un oftalmólogo experimentado; b) Conocer las repercusiones en los servicios de oftalmología de la EOBDM realizada en la APS; c) Estudio coste-efectividad de la realización de la EOBDM en el ámbito de la APS.

Tipo de estudio. Estudio de intervención prospectivo, multicéntrico, de 3 años de duración.

Ámbito del estudio. 6 Áreas Básicas de Salud de ámbito urbano.

Sujetos. Muestra aleatoria de pacientes diabéticos tipo 1 y 2 (1.037), mayores de 14 años (universo 10.771; IC 95%; precisión 3%; prevalencia de retinopatía diabética 28%; pérdidas 30%).

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios de inclusión: pacientes, mayores de 14 años, afectos de diabetes mellitus tipo 1 y 2. Criterios de exclusión: enfermos con ceguera, patología terminal y/o patologías físicas o psíquicas que imposibiliten su colaboración.

Mediciones e intervenciones. Realización, por parte de un optometrista, de una exploración de agudeza visual, medición de PIO y fotografía de FO con cámara de retina no midriática. Interpretación de los resultados, mediante doble lectura ciega, por los oftalmólogos y médicos de APS del equipo investigador, con la posterior indicación de derivación a los servicios de oftalmología de referencia. Previamente los oftalmólogos del equipo investigador impartirán, a los médicos de APS, un curso de formación dirigido a la interpretación de las exploraciones realizadas.

Ánalisis estadístico. Se estudiará la posible relación existente entre el diagnóstico de RD y glaucoma utilizando la chi-cuadrado. Para la comparación de las medias de tiempos de espera de las variables recogidas, para conocer las repercusiones en los servicios de oftalmología de la EOBDM realizada en la APS, se utilizará la prueba T de Student- Fisher para datos apareados o la correspondiente prueba no paramétrica en el caso de no cumplirse las asunciones de normalidad y homogeneidad de varianzas. La concordancia entre dos medidas de una misma variable, obtenidas por dos observadores, se medirá por el índice de kappa.

Limitaciones. Dificultades en la incorporación de la figura del optometrista a los equipos de APS y en la disponibilidad de equipos técnicos adecuados para la realización de la EOBDM. Sobrecarga asistencial de los médicos de APS.

Aplicabilidad. Realización de un diagnóstico fiable de la EOBDM del paciente diabético, desde el ámbito de la APS, con una mayor cobertura de exploración oftalmológica. Valoración de la posible disminución de la presión asistencial de los servicios de Oftalmología, por derivación selectiva de pacientes con patología. Detección precoz de las diferentes patologías oftalmológicas e instauración del tratamiento específico correspondiente, evitando la progresión a formas más avanzadas de las mismas. La EOBDM, realizada en el ámbito de la APS, se espera tendrá una relación coste-efectividad superior a la misma exploración realizada por los servicios especializados.

Aspectos ético-legales. Ausencia de aspectos ético-legales influyentes: exploraciones ya validadas que serán valoradas por oftalmólogos experimentados.

P318 INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA. TÉCNICA DE REEDUCACIÓN DEL EQUILIBRIO (TAI CHI) VERSUS EJERCICIO CONVENCIONAL

R. Martín Álvarez, M. Parer Farell, L. Martínez Pallí, E. Pagés Bolíbar, C. Bravo Mateo, E. Llauderó Santclément

CAP Vallcarca-Sant Gervasi. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: rmartin@perevirgili.catsalut.net

Objetivos. Determinar la efectividad de la técnica tai chi sobre el equilibrio y la fuerza muscular en la población de edad avanzada, así como valorar la influencia sobre el riesgo de caídas y la percepción de calidad de vida.

Tipo de estudio. Ensayo clínico comunitario.

Ámbito del estudio. Atención primaria.

Sujetos. Pacientes mayores de 65 años distribuidos en 2 grupos. Grupo de intervención en el que se incluyen 50 pacientes a los que se les instruirá en la técnica tai chi. Grupo de control formado por 100 pacientes a los que se les realizaran consejos seriados sobre el ejercicio.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios inclusión: independientes para las actividades básicas de la vida diaria. Exclusión: presentar disfunción física o mental limitante, estar incluido en programa de atención domiciliaria o presentar caídas de repetición.

Captación mediante una campaña de difusión en la revista de salud comunitaria y carteles informativos.

Asignación aleatoria al grupo control o grupo intervención mediante muestreo aleatorio simple.

Mediciones e intervenciones. Intervenciones: Grupo de intervención se les instruirá en la técnica tai chi (60 minutos/semana durante 28 semanas). Grupo control a los que se les realizaran consejos seriados sobre el ejercicio. Mediciones:

1. Variables demográficas. Nivel socioeconómico (escala de clase social de Goldthorpe, nivel de estudios). Antecedentes de ejercicio y régimen de actividad. Antecedentes de caídas. 2. Patología crónica asociada y tratamiento concomitante. Presencia de factores de riesgo de caídas (polifarmacia, incontinencia urinaria, déficit neurosensoriales o neurológicos). Empleo de escala visual para el dolor (EVA) a nivel articular. 3. Valoración del equilibrio y de la marcha (test biomecánicos): mediciones isométricas para determinar la fuerza mediante la valoración de la fuerza del músculo cuadriceps (Newton/sg); mediciones del equilibrio estático (Romberg) y en movimiento. Se analizarán con la plataforma dinamométrica; sistema de valoración del equilibrio NedSVE/IBV, y valoración funcional de la marcha sobre una pista de marcha. 4. Mediciones de calidad de vida mediante los test genéricos, test SF-36, EuroQuol: análisis de las mediciones intrasujeto sobre los test de calidad de vida y los test biomecánicos; comparación de las mediciones entre los 2 grupos (control e intervención) para valorar los posibles cambios en los test biomecánicos, y los test de calidad de vida; valoración a los 12 meses de seguimiento de la disminución del riesgo de caídas o reducción del síndrome poscaídas.

Ánalisis estadístico. Análisis descriptivo de las variables (cuantitativas, cualitativas) del estudio; análisis de medida de cambio (estudio por intención de tratar); medidas intrasujeto (medias-prueba de Wilcoxon, proporciones-test de McNemar); medidas entre grupos (comparación de medias, de proporciones-chi cuadrado); determinación de variables modificadoras del efecto. Regresión logística, log-rank, y regresión de Cox. Análisis de los riesgos relativos.

Limitaciones. Las posibles pérdidas, asumiendo hasta un 20%.

Aplicabilidad. Las caídas en los ancianos representan un problema de salud. Las intervenciones comunitarias dirigidas a la población de edad avanzada son reducidas. Las técnicas de re-educación del equilibrio como es el tai chi han demostrado la disminución del riesgo de caídas, aunque todavía son una práctica poco habitual en nuestro medio. Por ello es oportuno intervenir desde la Atención Primaria para contrastar el beneficio ya demostrado en otros ámbitos a nivel de calidad de vida y del riesgo de caídas.

Aspectos ético-legales. No conflictos.

P319 ¿ES EFECTIVA LA EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN LA PREVENCIÓN DE LA NEFROPATÍA DIABÉTICA?

J.L. Llor Vilá, E. Checa Sanz, M. Bertomeu Verge, M. Fatisini Piñol y C. Aguilar

CAP Deltebre y otros CAP de la Región Sanitaria Terres de l'Ebre. Deltebre. Cataluña.

Correo electrónico: jllor.tarte.ics@gencat.net

Objetivos. 1) Conocer la prevalencia de la nefropatía diabética en la atención primaria. 2) Valorar de la educación individualizada durante un año, en el control de los factores que favorecen el desarrollo de la nefropatía diabética.

Tipo de estudio. Ensayo clínico aleatorio.

Ámbito del estudio. Centros de Atención Primaria (CAP) interesados en el estudio, de una Región Sanitaria.

Sujetos. 438 diabéticos tipo 2, distribuidos en dos grupos de igual tamaño: control e intervención.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Muestreo: Se aleatorizará por unidades médico-enfermera. La inclusión de los diabéticos por unidad,

será de forma sistemática. Criterios de inclusión: Diabéticos que se controlan en el CAP y que acceden a participar en el estudio por medio del consentimiento informado escrito. Criterios de exclusión: Deterioro cognitivo, incapacidad para la realización de ejercicio, macroalbúminuria en el momento de entrar en el estudio.

Mediciones e intervenciones. Variables dependientes:

Cociente albumino-creatinina. Se considerará positivo cuando dos de tres determinaciones consecutivas en un periodo de 3 a 6 meses sean > 30 mg/gr descartando las causas de aumento transitorio de albúmina (hiperglucemía alta, ejercicio físico intenso en las últimas 24 h, infección urinaria, HTA grave, descompensación de IC, fiebre); media de TA de las dos últimas tomas. Buen control si es $< 130/85$; Control de HbA1C. Buen control si es $< 7\%$. Variables independientes: Grupo (control/intervención); sociodemográficas: Edad, sexo, población; Antropométricos: peso, talla, IMC, circunferencia de cintura; administrativos: hábito tabáquico; medición del ejercicio físico, basada en la encuesta de actividad física de Cornell modificada; toma de fármacos: IECA, ARA-II, AAS; cumplimiento farmacológico, por medio de test de Haynes-Sackett y de Morisky-Green; datos analíticos: fecha del diagnóstico y tipo de tratamiento de la diabetes, HTA y dislipemia; fecha de diagnóstico de complicaciones micro y macrovasculares. Intervenciones: Los diabéticos de la unidad médico-enfermera asignada al grupo de intervención, serán citados de forma programada; visitas de enfermería de 30 minutos y médicas de 15 minutos, en las cuales se realizará la educación de los temas programados mediante entrevista motivacional. Distribución de temas: Enfermera: Dieta, ejercicio, abandono del tabaco, cuidado de los pies, autoanálisis, hipoglucemias, técnicas de inyección. Médico: información general sobre la diabetes, tratamiento farmacológico, actitud ante las enfermedades intercurrentes y refuerzo del abandono del tabaco.

Las unidades médico-enfermera serán formadas en entrevista motivacional. Los diabéticos de la unidad médica-enfermera asignada al grupo control, seguirán las visitas habituales del centro.

Ánalisis estadístico. Mediante el programa SPSS. Como tests, la t-student, análisis de la varianza y regresión lineal. Intervalo de confianza del 95% y $p < 0,05$.

Limitaciones. Al ser estudio multicéntrico, se exigen reuniones de coordinación para el cumplimiento del cronograma y de la homogenización de la intervención educativa.

Aplicabilidad. Aplicabilidad La utilidad de este estudio se basa en confirmar que la educación individualizada mejora el control de TA i de la HbA1c, principales factores implicados en el desarrollo de la nefropatía diabética.

Aspectos ético-legales. Este proyecto será remitido al Comité de Ética de la Fundación Gol i Gurina para la valoración ético-legal del mismo.

P320 EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA OPTIMIZADO PARA EL ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO POR CONGLOMERADOS

E. Aragones Benages, A. Caballero Alías, J.L. Piñol Moresoc, P. Casaus Samatan, A. Labad Alquézar y C. Lucena Luquea

Centros de Atención Primaria Constantí. Centro de Atención Primaria Reus-4. Servicio de Atención Primaria Reus-Altebrat. Hospital Psiquiátrico Institut Pere Mata. Unidad de Psiquiatría de la Universidad Rovira I Virgili. Centro de Atención Primaria de Fa. Constantí, Reus, Falset. Cataluña.

Correo electrónico: antoniocaballero19@hotmail.com

Objetivos. Determinar si la implementación de un programa estructurado de abordaje de la depresión comportará mejores resultados de salud en los pacientes individuales que los que se logran con el abordaje habitual en atención primaria.

Tipo de estudio. Ensayo controlado aleatorizado por conglomerados (centros de salud) con dos ramas alternativas: grupo control (tratamiento habitual) o grupo de intervención (programa de abordaje de la depresión). La evaluación de los resultados de la intervención se realizará en los pacientes individuales.

Ámbito del estudio. Veintidós centros de salud, 11 de ellos asignados aleatoriamente a intervención y 11 a control.

Sujetos. Pacientes atendidos y diagnosticados de episodio de depresión mayor, hasta completar la cuota asignada de pacientes a reclutar y que estén adscritos al médico que los incluye.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Serán criterios de inclusión tener ≥ 18 años, episodio depresivo mayor (DSM-IV) e indicación de iniciar tratamiento antidepresivo.

Serán criterios de exclusión limitaciones culturales o enfermedades concurrentes que impidan la participación, trastorno psicótico, trastorno bipolar, toxicomanía, gestación y lactancia.

Mediciones e intervenciones. Implementación de un programa para abordar la depresión incluyendo medidas de efectividad demostrada y aplicables en nuestra organización sanitaria. Ofrece las herramientas para una evaluación y abordaje sistemático de la depresión en atención primaria. Incluye formación para médicos y disponibilidad de una guía clínica basada en la evidencia. Incorpora la figura del "care manager", quién ofrecerá soporte a los pacientes (educación, adherencia al tratamiento) y asumirá el seguimiento clínico mediante el uso sistemático de la Patient Health Questionnaire-Depression. La información ayudará al médico responsable a tomar decisiones clínicas. Con el nivel psiquiátrico se establecerán mecanismos óptimos de supervisión e interconsulta.

Ánalisis estadístico. Tamaño de la muestra: Asumimos una tasa de remisión a seis meses del 30% en el grupo control y pretendemos detectar una diferencia $\geq 16\%$ entre ambos grupos. Aceptamos $a = 0,05$ y $b < 0,20$ en contraste bilateral y asumimos pérdidas del 15%. Contamos con el efecto del diseño (aleatorización por conglomerados) asumiendo un coeficiente de correlación intraclass = 0,01. Con estos parámetros los sujetos necesarios en cada grupo serán 198, divididos en 11 conglomerados. Estrategia de análisis: Análisis de resultados a nivel individual y por intención de tratar. Para analizar el efecto de la intervención utilizaremos los módulos de modelos lineales mixtos y generales del SPSS_v.11, incluyendo efectos fijos y aleatorios. Los efectos aleatorios de estos modelos permiten considerar en el análisis el efecto del diseño por la potencial falta de independencia entre observaciones dentro de un mismo conglomerado.

Limitaciones. La ejecución de este proyecto está ligada a su utilidad y aplicabilidad práctica.

Aplicabilidad. La intervención pretende obtener, en condiciones asistenciales próximas a la realidad, los beneficios que el tratamiento de la depresión alcanza en el contexto de los estudios de investigación.

Aspectos ético-legales. El diseño del estudio, con la asignación aleatoria por conglomerados, implica obtener el consentimiento informado de los pacientes y de los representantes de los centros participantes y sus profesionales. El Comité Ético de Investigación Clínica de la institución evaluará el protocolo del estudio.

P321 UTILIDAD DEL CRIBADO POBLACIONAL DE SOBRECARGA DE HIERRO Y HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Fernández-Olano, J. López-Torres Hidalgo, J. Ontañón-Rodríguez, R. Rada-Martínez, C. Serrano-López y J. Escrivano-Martínez

Centro de Salud Universitario Zona 4 de Albacete. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Facultad de Medicina UCLM. Albacete. Castilla-La Mancha.

Correo electrónico: cfolano@pulso.com

Objetivos. 1) Estimar la prevalencia de sobrecarga de hierro (SH) y hemocromatosis hereditaria (HH) en población general. 2) Describir la prevalencia de las mutaciones del gen HFE en los pacientes con HH en nuestro medio. 3) Determinar el valor predictivo de los signos y síntomas para el diagnóstico de la enfermedad. 4) Analizar la estrategia del cribado poblacional.

Hipótesis: Infradiagnóstico de la SH y la HH; prevalencia diferente de mutaciones HFE, y mejor estrategia: búsquedas activas de casos en AP.

Tipo de estudio. Estudio observacional analítico transversal.

Ámbito del estudio. Atención Primaria. Zona Básica de Salud.

Sujetos. 1.160 sujetos ≥ 30 años.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios de inclusión: consentimiento informado. Criterios de exclusión: tratamiento con hierro, donantes sangre, embarazadas. Muestreo aleatorio base TSI.

Mediciones e intervenciones. Entrevista: antecedentes personales, familiares, signos y síntomas relacionados. Determinaciones: hierro, transferrina, ferritina, índice de saturación de transferrina (IST). Si IST $\geq 45\%$ en dos ocasiones se considera SH y se investigan las mutaciones del gen HFE. Diagnóstico fenotípico HH: hierro, ferritina e IST elevados. Diagnóstico genotípico: homocigoto C282Y ó H63D, heterocigoto doble C282Y/H63D.

Ánalisis estadístico. Medidas de resumen y representación gráfica. Comparación de medias o proporciones. Análisis sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo, razón de probabilidad o verosimilitud de las manifestaciones clínicas de la enfermedad. Relación de las va-

riables con la presencia de SH, HH o de las diferentes mutaciones mediante modelos de regresión logística.

Limitaciones. a) Falsos positivos, ya que el IST y la ferritina se alteran en otras enfermedades; b) falsos negativos si el cribado se aplica en sujetos jóvenes (estadio 1), y c) precisa de biopsia hepática para confirmar el diagnóstico en determinados casos.

Aplicabilidad. La HH se caracteriza por una absorción intestinal excesiva de hierro y su depósito en hígado, páncreas, corazón, hipófisis, etc., produciendo cirrosis hepática, carcinoma hepatocelular, hipogonadismo hipogonadotrófico con amenorrea e impotencia; artritis, diabetes mellitus, hipotiroidismo, insuficiencia cardíaca congestiva, arritmias, esterilidad, predisposición a infecciones, incluso la muerte. Se ha relacionado con el síndrome dismetabólico, la cardiopatía isquémica y la trombolebitis. Tras un diagnóstico precoz, el tratamiento, que consiste en eliminar el exceso de hierro del organismo con flebotomías periódicas, detiene la progresión de la enfermedad y mejora el pronóstico restableciendo una esperanza de vida similar a la de la población general. En España los estudios sobre la HH son escasos, no se han realizado investigaciones epidemiológicas de prevalencia como en otros países. Este estudio servirá para: 1) Conocer la prevalencia, la historia natural y el comportamiento genético de la SH y HH en nuestro medio. 2) Demostrar el papel que el MF debe desempeñar en su diagnóstico precoz. 3) Plantear un proyecto multicéntrico a la RedIAP. 4) Valorar su inclusión como nueva recomendación del PAPPS.

Aspectos ético-legales. La sobrecarga de hierro está infradiagnosticada, y se sigue considerando la enfermedad como poco frecuente ante baja sospecha clínica. No resulta éticamente aceptable diagnosticar a los pacientes cuando presentan complicaciones tardías e irreversibles.

Este proyecto ha sido aprobado por la CI de la GAP y el CEIC del Área de Salud. Becado por la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades (exp. N° 03071-00).

P322 ENSAYO CLÍNICO DE EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA Y MULTIDISCIPLINAR EN EL CONTROL DEL DOLOR CRÓNICO POR ARTROSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

R. Monteserín Nadal, E. Rayó Martín, C. Brotóns Cuixart, I. Sáenz Hernández, B. Ichazo Tobella y A. Llorente Vizcaíno

Equipo de Atención Primaria Sardenya. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: jsellares@capsardenya.net

Objetivos. Principal: Evaluar la eficacia de un programa multidisciplinario centrado en terapias cognitivo-conductuales para mejorar la sintomatología y la capacidad funcional de pacientes con dolor crónico por artrosis en Atención Primaria. Secundarios: Impacto en a) La optimización de los recursos sanitarios; b) la calidad de vida, y c) el tiempo de incapacidad transitoria.

Tipo de estudio. Ensayo clínico, aleatorizado, controlado y abierto.

Ámbito del estudio. Centro de Salud urbano.

Sujetos. Pacientes atendidos por un equipo de atención primaria, afectos de dolor crónico por artrosis.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Inclusión: 1) Ambos sexos; 2) entre 50 y 70 años, y 3) dolor crónico por artrosis de rodilla y/o columna vertebral y/o manos.

Exclusión: 1) Incapacidad para desplazarse hasta el centro; 2) dolor crónico de origen no artrósico; 3) haber participado en un ensayo clínico aleatorizado en los últimos tres meses; 4) presencia de enfermedad psiquiátrica grave, y 5) pacientes que no firmen el consentimiento informado.

Mediciones e intervenciones. Muestra: 123 pacientes. Duración: 24 meses. Variable principal: Percepción del dolor. Variables secundarias: Capacidad funcional; calidad de vida; utilización de recursos económicos y asistenciales. Mediciones: Escala Analógica Visual. Cuestionario de estrategias de afrontamiento del dolor (CAD). Cuestionario de ansiedad y depresión de Goldberg. Cuestionario WOMAC. Escala SF-12.

Intervención: Grupo intervención: programa grupal multidisciplinario (médicos de familia, personal de enfermería y psicóloga clínica) de un año de duración con los siguientes contenidos: 1) Exposición de la patogénesis de la enfermedad y de los mecanismos implicados en el dolor. 2) Educación sanitaria sobre estilos de vida adaptado al paciente. 3) Programa cognitivo-conductual específico. Grupo control: práctica habitual. Visitas: Grupo control: Al inicio del estudio y a los 18 meses. Grupo intervención: Al inicio, a los 6, 12 y 18 meses.

Ánalisis estadístico. Análisis descriptivo comparativo, de eficacia principal y secundaria y de coste-efectividad.

Limitaciones. Ensayo abierto y en un solo centro: riesgo de contaminación entre participantes de los dos grupos y de modificación de la respuesta en los individuos del grupo intervención.

Aplicabilidad. 1) Proximidad y accesibilidad. 2) Visión integral de todos los condicionantes del dolor y la capacidad funcional. 3) Baja medicalización y alta motivación para el autocuidado. 4) Elevada eficiencia.

Aspectos ético-legales. Comité Ético de Investigación Clínica. Consentimiento informado de los pacientes. Declaración de Helsinki.

P323 PREVALENCIA DE ANEURISMAS DE LA AORTA ABDOMINAL EN POBLACIÓN GENERAL

B. Salvador González, A. Borque Ortega, A. Bossy Azpelicueta, L. Gayolà Leuco, M. Martínez Gil y M. Rubio Eire

ABS Florida Sud. SAP L'Hospitalet Llobregat. Institut Català de la Salut. Unitat Docent Mfic Costa de Ponent. Radiología CAP Torrassa. L'Hospitalet Llobregat. Cataluña.

Correo electrónico: bsalvador@inicia.es

Objetivos. Estimar la prevalencia de los aneurismas de aorta abdominal (AAA) en hombres de 65-74 años en nuestro medio.

Tipo de estudio. Estudio de prevalencia de base poblacional.

Ámbito del estudio. Población urbana.

Sujetos. 456 hombres de 65-74 años adscritos a los Centros de Salud de una zona urbana, con una población total de 253.873 individuos (Padrón Municipal, 31 de diciembre de 2003).

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Se excluyen los individuos con calidad de vida limitada o no ambulatorios.

Muestreo: Aleatorio a partir de listados de población adscrita, estratificado por centros de salud. Dada una prevalencia esperada de AAA del 5%, una población de 12.125 individuos de 65-74 años, y una precisión en la estimación del $\pm 2\%$, el tamaño de la muestra se calcula en un mínimo de 456 individuos más un 30% como previsión de no respuesta/pérdidas de seguimiento. Se remite carta informativa al domicilio de los pacientes; posteriormente se realiza contacto telefónico para confirmar participación y citación en el centro de salud.

Mediciones e intervenciones. Antecedentes personales y familiares: cardiopatía isquémica, accidente vascular cerebral, arteriopatía periférica y aneurisma abdominal. Factores de riesgo: tabaquismo, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, hipertrofia ventricular izquierda según interrogatorio y registro en historia clínica. Exploración física: tensión arterial, peso, talla y perímetro abdominal. Analítica de sangre: hemograma, fibrinógeno, colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, glicemia, HbA1c, Apo A y B, creatinina, uratos. Ecografía aorta abdominal: diámetro máximo de la aorta abdominal infrarenal.

La entrevista y la extracción sanguínea se realizarán en el centro de salud al que pertenece el sujeto; la ecografía en el servicio de radiología de referencia.

El estudio se realizará en un periodo de 2 años (marzo 2005-marzo 2007).

Ánalisis estadístico. Cálculo del intervalo de confianza al 95% de la proporción observada en la muestra aleatoria de hombres de 65-74 años.

Limitaciones. La dificultad en la captación de los sujetos podría limitar su representatividad; se espera alcanzar una respuesta > 70%.

Aplicabilidad. No se dispone de datos de prevalencia de AAA en poblaciones mediterráneas. El conocimiento de la prevalencia en nuestro medio, permitiría valorar la aplicabilidad de programas selectivos de cribaje.

Aspectos ético-legales. Se solicitará a los pacientes consentimiento informado. Los individuos identificados como portadores de aneurismas serán derivados al Servicio de Cirugía Vascular de referencia para su seguimiento. Las visitas y exploraciones complementarias se realizarán sin interferir en las agendas de trabajo diario.

P324 EDUCACIÓN SOBRE ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON FACTORES DE RIESGO

S. Saura Sanjaume, M. Ribas Martín, N. Puigvert Viu, C. Cerezo Goyeneche y M.T. Faixedes Brunsoms

ABS Girona-3. ABS Girona-1. Girona. Cataluña.

Correo electrónico: p416usss@pgirona.scs.es

Objetivos. La introducción de la Anticoncepción de emergencia (ACE) con levonorgestrel ha demostrado su eficacia para prevenir embarazos no deseados en mujeres que han tenido una relación sin protección o fallo

del método anticonceptivo. En Cataluña desde octubre del 2004 esta dispensación es gratuita.

Según datos del Departamento de Sanidad de Girona, el grupo de mayor frecuentación es de 15-19 años. Un 91,7% refiere utilizar métodos anticonceptivos, un 75% utiliza el preservativo. El 77,8% de casos de ACE referían la ruptura de éste como la causa principal. Un 13,9% no habían tomado medidas anticonceptivas. Un 36,6% habían repetido la toma de la ACE. Los embarazos no deseados son un problema del mal uso de la anticoncepción pero también las ETS. Nos planteamos una labor educativa en estas mujeres para aumentar los conocimientos sobre anticoncepción y su uso.

Objetivo principal: aumentar los conocimientos sobre anticoncepción en mujeres que presentan factores de riesgo (IVE y ETS) y que hayan utilizado la ACE, mediante unas sesiones educativas sobre el uso de métodos anticonceptivos y el riesgo de ETS. Objetivos secundarios: valorar la disminución de IVE y ETS en esta población.

Tipo de estudio. Estudio de intervención comunitaria.

Ámbito del estudio. Las poblaciones participantes serían Girona capital, Blanes y Sariá de Ter.

Sujetos. Mujeres residentes en estas poblaciones.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios de inclusión: Mujeres entre 12-49 años con las siguientes características: Solicitar ACE > 1 vez; múltiples parejas sexuales; referir no utilizar método anticonceptivo; mujeres adolescentes (12-20 años). Criterios de exclusión: residir fuera de estas poblaciones y conseguir la ACE en los hospitales de la zona.

Mediciones e intervenciones. Se realizarán sesiones informativas a los profesionales de los centros implicados para dar a conocer el estudio y plan de ejecución.

Todas las mujeres que reúnan los criterios y consulten por la ACE serán citadas posteriormente en los centros de referencia para recibir educación sanitaria de carácter individual. El contenido de ésta se basará en: Recoger dudas y conocimientos previos sobre el tema, se les realizará una encuesta a través de un cuestionario "ad hoc" diseñado para la realización del estudio que comprende las principales características socio-demográficas de las pacientes del estudio; dar información sobre diferentes métodos anticonceptivos. Riesgo de ETS e IVE.

Se realizará formación previa al personal sanitario participante. Personal participante: 7 educadores. La duración de las sesiones será de 30 minutos. Seis meses después se recitará a las participantes para repetir encuesta y para valorar problemas relacionados con la ACE. Calendario: Duración de la intervención julio-diciembre del 2005. Evaluación: Enero-febrero 2006.

Variables. Principal: Conocimientos sobre la anticoncepción mediante el cuestionario "ad-hoc". Independientes: edad, lugar de nacimiento, nivel de estudios, situación laboral, parejas sexuales, métodos anticonceptivos, uso previo de ACE, IVE y embarazos, ETS.

Ánalisis estadístico. Análisis estadístico y gestión de datos con el programa SPSS.

Limitaciones. Hay la posibilidad que algunas mujeres no acudan a la cita. Entonces se llamará telefónicamente para recitación o recogida del motivo de ausencia.

Aplicabilidad. Los propios sanitarios motivados por el proyecto serán los que pongan en práctica en horarios de trabajo y con agenda especial esta educación, con el apoyo de nuestros directores médicos.

Aspectos ético-legales. A las candidatas se les solicitará consentimiento verbal y se garantizará su confidencialidad.

P325 IMPLANTAR UN PROTOCOLO DE INFECCIÓN TUBERCULOSA EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

A. Ramos Ordóñez, V. Marina Ortega, N. Albertí Masalleras, M.M. Rodríguez Álvarez, E. Valentín Moya y N. Montellà Jordana

ABS Canet de Mar. Canet de Mar. Cataluña.

Correo electrónico: 37074aro@comb.es

Objetivos. 1) Evaluar el impacto obtenido por un protocolo prospectivo en la detección de infección/enfermedad tuberculosa (TBC) en población inmigrante. 2) Conocer la prevalencia de infección tuberculosa en población inmigrante procedente de zonas endémicas. 3) Valorar condicionantes predisponentes para desarrollo de TBC. 4) Determinar tasa de cumplimiento/Incumplimiento de tratamiento y adherencia pruebas diagnósticas.

Tipo de estudio. Observacional/Transversal/Intervención.

Ámbito del estudio. Atención primaria. Multicéntrico de un área básica de salud semirural.

Sujetos. Para las consecución de los objetivos, el cálculo de la muestra se realizar de acuerdo a siguientes parámetros: detección de un % esperado del 15% con un IC95% y una precisión del 0,03, siendo necesario un total de 544 inmigrantes.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios de inclusión: Inmigrantes residentes desde hace < 5 a o si hace ≥ 5 a que hayan realizado un viaje > 2 meses en el último año. Contactos familiares de > 6 horas y/o convivientes de pacientes. Criterios de exclusión: Inmigrantes procedentes de América del Norte, Australia y Europa Occidental. Rechacen la prueba tuberculina (PT). Residencia temporal (< 1 año).

Mediciones e intervenciones. 1) Captación activa durante 2 años de inmigrantes: datos sociodemográficos por encuesta personalizada, información de la enfermedad en documentos traducidos al árabe, realización de la PT (según SEPAR) y lectura a las 72 horas en una consulta creada como unidad TBC atención primaria (UTBCAP) ubicada en los distintos centros con funciones de: consejo y educación al paciente, control y aplicación de tratamiento directamente observado (TDO), criterios de derivación e ingreso hospitalario, medidas de aislamiento y prevención del enfermo, contacto directo/estrecho con la unidad de TBC hospitalaria y con la unidad de vigilancia epidemiológica. Se realizará lectura, diagnóstico, tratamiento TBC y seguimiento según SEPAR y protocolo BCN. Consultas de seguimiento: se comprobará motivación del paciente cumplimiento de tratamiento, reacciones criterios de derivación durante el tratamiento. Recuperación de abandonos: Recaptación de paciente que no se presenten a un control o haya transcurrido > semana desde última fecha. 2) Estudio de contactos familiares y/o convivientes de pacientes a realizar por la UTBCAP contactará con los convivientes y/o contactos de un caso índice, según sistema de círculos concéntricos, realizándoles PT, si PT+ se aplicará protocolo y si PT -se repetirá a los 2 meses, si nuevamente- se considerará no TBC. La Hoja de registro de contactos será igual a la de los casos constando: caso índice, fecha de diagnóstico, CS referencia, intensidad de contacto, edad, sexo, características epidemiológicas, BCG, PT (mm), RX tórax.

Ánalisis estadístico. Descriptivo (medias, desviación estándar, porcentajes). Análisis bivariante (chi², ANOVA).

Limitaciones. La posible poca sensibilización por parte del personal sanitario ante esta enfermedad. Dificultad idiomática. No disponer de mediadores idiomática.

Inexistencia de trípticos actualizados y traducidos al árabe sobre esta enfermedad.

Aplicabilidad. En nuestra zona hay un alto porcentaje de población inmigrante. La AP es el medio ideal para captar a la población inmigrante y conseguir una correcta cumplimentación del protocolo.

Aspectos ético-legales. Según el principio de justicia, debemos preocuparnos por conseguir disminuir la infección tuberculosa en esta población de riesgo. Debemos de tener en cuenta el principio de autonomía del paciente, asegurándonos bien de su compresión e intentando convencerlo en caso de negativa, pero siempre respetando su decisión final y procurando en todo momento una total confidencialidad.

P326 ¿QUÉ SABEN DE NOSOTROS NUESTROS PACIENTES? CONOCIMIENTOS Y OPINIONES DE LOS USUARIOS EN TORNO A LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

E.J. Aparicio Ramos y R. de Simón Gutiérrez

EAP Luis Vives II. Área III. Servicio Madrileño de Salud. Alcalá de Henares. Madrid.

Correo electrónico: rasimu@yahoo.es

Objetivos. Describir el grado de conocimiento, percepciones y opiniones en torno a la Medicina Familiar y Comunitaria (MFYC) entre los usuarios que acuden a un centro de salud (CS). Objetivos secundarios: Determinar el grado de información sobre la especialidad de los usuarios y constatar, si las hubiese, diferencias en función de variables sociodemográficas y universales.

Tipo de estudio. Estudio observacional descriptivo transversal mediante uso de cuestionario "ad hoc" autoadministrado.

Ámbito del estudio. Atención Primaria (AP). Catorce consultas de un CS pertenecientes a un área urbana de una zona básica de salud de la Comunidad de Madrid.

Sujetos. Muestra aleatoria sistemática de usuarios que consultan espontáneamente en el CS.

Cálculo del tamaño muestral, asumiendo la situación más desfavorable (máxima variabilidad, $p = 50\%$), precisión 0,05% y confianza del 95%, $n = 384$. Estimación de pérdidas mediante prueba piloto previa para cálculo definitivo de n .

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios de inclusión: Mayor de 18 años. Consulta espontánea en el centro de salud. Criterios de exclusión: Negativa a participar. Deterioro cognitivo (caso definido por el diagnóstico de demencia recogido en la Historia Clínica). Usuarios que acuden a consulta de diferente modalidad a la de demanda (concertada administrativa, concertada clínica, consulta telefónica, domicilio y urgencia). Muestreo aleatorio sistemático ($k = 4$) con muestra obtenida de las agendas de cita previa de todas las consultas médicas participantes.

Mediciones e intervenciones. Cuestionario autocumplimentado de 19 preguntas cerradas de elaboración propia y creadas específicamente con respuestas de elección múltiple. Se incluyeron ítems sobre datos de filiación de los encuestados, conocimiento de aspectos fundamentales de la especialidad de MFYC, conocimiento de las actividades realizadas por los médicos de familia y conocimiento del equipo de AP. A los usuarios participantes y seleccionados por muestreo aleatorio sistemático, se les invita a participar en el estudio durante la visita médica por su médico de familia mediante una breve explicación oral del uso y finalidad del mismo. Para la recogida de las encuestas, se indica los participantes que se dirijan a una sala del centro, habilitada para tal fin, donde un consultor les proporciona el cuestionario y resuelve posibles dudas sobre el mismo. Una vez cumplimentado éste, es entregado a uno de los investigadores al salir de la biblioteca. Variables: Cada una de las preguntas del cuestionario constituye una variable en sí, de tal forma que al finalizar el estudio podamos concretar, si ello fuese posible, el grado de conocimiento de las variables presentadas y su traducción en conocimiento de la especialidad, objetivo primario y general del estudio. Las variables del estudio quedan a su vez agrupadas en cinco categorías en función del tipo de información que se solicita en ellas. Las categorías definidas son: conocimiento de la especialidad de MFYC y sus aspectos fundamentales (preguntas número 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9), conocimiento de las actividades realizadas por los médicos de familia (preguntas número 10, 11 y 12), conocimientos del equipo de AP (pregunta número 13), variables socio-demográficas de los encuestados (preguntas número 14, 15, 16, 17 y 18) y por último una pregunta en relación a la satisfacción del encuestado (pregunta número 19).

Ánalisis estadístico. El tratamiento estadístico, una vez recogidos los datos se realizará mediante paquete estadístico SPSS. Se elaborará un análisis descriptivo de los datos en función de cada variable estudiada mediante la determinación de las medidas de tendencia central y distribución de frecuencias.

Limitaciones. Ausencia de cuestionarios validados para medir conocimientos.

Aplicabilidad. Intervención sobre sujetos participantes en días habituales de consulta para garantizar la reproducibilidad de los resultados obtenidos y su generalidad a poblaciones similares. Un mayor conocimiento de la MFYC por parte de los usuarios del primer nivel asistencial debería entenderse como un objetivo de mejora, traducirse en calidad asistencial y facilitar un uso adecuado de recursos y servicios.

Aspectos ético-legales. Los investigadores del estudio se comprometen a respetar la confidencialidad de los datos del sujeto y velar por el cumplimiento de lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter Personal. Solicitud de consentimiento informado verbal. Aprobado por la Comisión de Investigación del área sanitaria de emplazamiento del estudio.

P327 INTERVENCIÓN GRUPAL Y COMUNITARIA EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

A. Garriga Badia, J. Martí Carbonell, R. Escobar Arraez, M. Salles Coletas, M. Raga Casellas y A. Cuenca Ferrando

ABS Capellades. Capellades. Cataluña.

Correo electrónico: agarriga.cp.ics@gencat.net

Objetivos. Generales: Evaluar la mejoría de la calidad de vida de un grupo de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica mediante la intervención realizada en Atención Primaria. Específicos: 1) Determinar la disminución del número de visitas al servicio de urgencias y de las

hospitalizaciones (morbilidad). 2) Estimar el coste/beneficio del programa realizado de manera grupal en la comunidad.

Tipo de estudio. Estudio analítico experimental con un grupo intervención y control.

Ámbito del estudio. En cinco Centros de Atención de Atención Primaria.

Sujetos. Pacientes diagnosticados de EPOC moderado-grave (registro informático), mediante espirometría según resultado de FEV1. A1 Grupo Intervención: 100 pacientes diagnosticados de EPOC moderada-grave de hasta 70 años, conjuntamente con un familiar responsable se realizará terapia grupal. A2 Grupo Control: 200 pacientes diagnosticados de EPOC que no recibirán la formación antes indicada.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Inclusión: sujetos < 70 años con EPOC, intervención torácicas bronquiectasias (Sociedad Española de Neumología). Exclusión: sujetos desplazados, institucionalizados, con esperanza de vida corta y enfermedades pulmonares agudos.

Mediciones e intervenciones. Intervención a 100 pacientes EPOC moderado-grave con familiares responsables. Se realizarán 8 grupos midiendo test de la marcha. Cuestionario St. George, escala nutricional, cuestionario Euroqol al inicio, al año y dos años de la intervención al paciente y cuestionario de calidad de vida al familiar responsable. Seguimiento clínico mediante la ficha de recogida de datos cada 3-4 meses hasta 2 años. Grupo control de 200 pacientes con EPOC moderado-grave. Variables: Antecedentes personales, familiares, demográficos factores de riesgo, tratamiento; radiografía de tórax, espirometría, IMC, cuestionarios EURO-QOL, ST. George, de nutrición, test de la marcha, de calidad de vida. Resultado: visitas exfumadores, antibióticos, incapacidad, VEMS, de calidad de vida.

Análisis estadístico. Descripción de las variables cuantitativas y cualitativas con su respectivo intervalo de confianza, tanto del grupo intervención como del control. Posterior análisis bivariante de los pacientes de los dos grupos intervención y control. Evaluación posterior de las variables antes y después de la intervención sanitaria grupal, con pruebas paramétricas o no paramétricas según condición de aplicabilidad.

Limitaciones. Los pacientes y familiares del grupo de intervención posiblemente están más motivados en el conocimiento y tratamiento de la enfermedad.

Aplicabilidad. Ofrecer desde Atención Primaria la intervención comunitaria y grupal que facilita los cambios de estilo de vida a diferencia de la individualizada. La atención a estos pacientes no precisa de alta tecnología y puede realizarse desde Atención Primaria con redes de soporte adecuadas. Esto generará una reducción de costes.

Aspectos ético-legales. El estudio no presentará ningún riesgo para los pacientes. Si al finalizar el estudio la rehabilitación respiratoria supone una mejoría en la calidad de vida para los pacientes se informará para su beneficio.

P328 ESTUDIO DE LOS FACTORES PREDICTORES DE ASTENIA CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

I. del Cura González, A. Gómez de la Cámara, T. Sanz Cuesta, R. Escrivá Ferrario, F. García de Blas, M.A. Barajas Gutiérrez

Área 9 Madrid. Leganés. Madrid.

Correo electrónico: traselcharco@hotmail.com

Objetivos. Describir que características de los pacientes que consultan por astenia de más de 2 semanas y menos de 6 meses de evolución en atención primaria (AP) predicen que el síntoma persista sin causa explicable a los 6 meses. Objetivos secundarios: Describir las causas de astenia de la población estudiada y evaluar el rendimiento diagnóstico de la anamnesis, la exploración física y una batería de pruebas complementarias en dicha población.

Tipo de estudio. Estudio observacional prospectivo de cohorte.

Ámbito del estudio. Estudio multicéntrico en centros de salud de un área sanitaria urbana.

Sujetos. Pacientes > 14 que consulten por astenia definida como "sensación subjetiva de falta de energía o agotamiento físico y/o mental no necesariamente asociado a ninguna actividad física, con disminución de la capacidad para trabajar y llevar a cabo las tareas habituales" de más de 2 semanas y menos de 6 meses; en los centros de salud.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios exclusión: enfermedad psíquica o física que justifique la presencia de astenia, pacientes que no vayan residir en la zona básica en el año siguiente a su inclusión en el estudio.

El tamaño se ha calculado para estimar el RR asociado a la presencia de antecedentes de morbilidad psiquiátrica en los pacientes que consultan por astenia (25%). Considerando relevante un RR de 2, $\mu = 0,05$, $b = 0,20$ en un contraste bilateral y estimando una proporción de cronicidad en los no expuestos del 9%. $N = 900$. Muestreo consecutivo no probabilístico.

Mediciones e intervenciones. Variables sociodemográficas, de anamnesis, exploración física y pruebas complementarias.

Ánalisis estadístico. Objetivo 1: descriptivo de cada variable, univariado y multivariado con regresión logística siendo la variable dependiente la persistencia o no a los 6 meses de la astenia sin un diagnóstico etiológico y las independientes las variables que en el análisis bivariado hayan resultado asociadas a la persistencia del síntoma. Objetivo 2: se describirán las causas de astenia mediante el cálculo de proporciones con sus correspondientes intervalos de confianza. Objetivo 3: sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos de las categorías que se definen en las variables.

Limitaciones. Sesgo de clasificación: dificultad de definir síntomas inespecíficos, limitado al construir la definición operativa en estudio piloto. Se minimizará la variabilidad interprofesionales con un entrenamiento inicial y protocolizando la intervención con implementación informática. Perdidas de seguimiento en la cohorte que en AP se reducen por la accesibilidad y el contacto con familiares y vecinos.

Aplicabilidad. Desde AP consideramos un reto abordar la investigación sobre los síntomas inespecíficos altamente prevalentes en nuestras consultas y difíciles de abordar desde una metodología cuantitativa. Describir un perfil de paciente susceptible de cronificar permitirá una detección precoz y la posibilidad de abordajes terapéuticos que han demostrado evitar la cronificación, mejorar la calidad de vida del paciente y disminuir la hiperfrecuentación. Un abordaje como el que se propone, multidisciplinario y biopsicosocial puede disminuir la variabilidad en la práctica clínica, y racionalizar el estudio de una "queja frecuente" determinando que pruebas complementarias son pertinentes. Conocer los valores predictivos del profesional de AP, en el abordaje de patologías prevalentes y inespecíficas, utilizando como patrón oro "el paso del tiempo" permite acercarse a la realidad de la práctica clínica en este nivel de atención.

Aspectos ético-legales. Se solicita consentimiento informado.

FISS 2004/041755.

P329 ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR HABILIDADES EN SOPORTE VITAL BÁSICO Y DESFIBRILACIÓN EN PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

B. Casabella Abril, D. Lacasta Tintorer, J. Homs Brustenga, D. García Ortega, M. Anoro Preminger y A. Perelló Bratescu

ABS Raval Sud (Cap Drassanes). Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: bcasabellaa@meditex.es

Objetivos. 1) Adaptar el CARDIFF test 3.1 de habilidades en soporte vital básico (SVB) y desfibrilación externa semiautomática (DESA) a las necesidades de un Centro de Salud (CS) y proceder a su validación. 2) Determinar retención de habilidades del personal médico/enfermería tras 6 meses de un taller de adiestramiento. 3) Demostrar la autosuficiencia del equipo sanitario para efectuar las videogramaciones de las simulaciones y para evaluarlas.

Tipo de estudio. Adaptación y validación de instrumentos diagnósticos.

Ámbito del estudio. Atención Primaria de Salud (APS).

Sujetos. 19 médicos, 16 enfermeras, personal no sanitario, 6 evaluadores (1 experto) y 2 filmadores (1 experto).

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Ver limitaciones del estudio.

Mediciones e intervenciones. Variables: a) Secuencia de habilidades en SVB + DESA: 54 ítems (30 etapas) y escala tipo Likert; b) características de los profesionales (categoría y formación). En base a las guías internacionales de resucitación se adaptará el test CARDIFF, validándolo según requerimientos de un CS (instrumentalización, parejas de reanimadores, etc.). Se realizarán 3 series videogramadas (por 1 experto en filmación + 1 no experto simultáneamente) de 23 simulaciones "tipo estación". Habrá intervención formativa (5 h) entre la 1^a y 2^a series (adquisición) y 6 meses sin intervenciones hasta la 3^a serie (retención). Retrospectivamente 1 experto en emergencias y 5 sanitarios no expertos entrenados (3 h) puntuarán las actuaciones filmadas (la segunda serie por dos veces con un intervalo mínimo de 3 semanas). Se incluirán datos registrados por el maniquí de training.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO. Programa SPSSwin v.12. Validez de contenido y aparente, validez de criterio concurrente (patrón oro: criterio experto y/o registro informaticizado del maniquí), validez de constructo (formación previa/habilidades 1^a serie), fiabilidad test-retest intra-evaluador (Kappa y correlación intraclass), fiabilidad Inter-evaluadores (Kappa), consistencia interna (alfa de Cronbach) y sensibilidad al cambio (tras intervención). Otros análisis: variable cualitativa (> 2 categorías) con una cuantitativa (ANOVA/Kruskal-Wallis); entre 2 cuantitativas (correlación de Pearson /Spearman); análisis de medidas repetidas para comparar mediciones en las 3 fases.

Limitaciones. No es un proyecto multicéntrico aunque la homogeneización tras la reforma de la APS facilitaría su difusión. No se ha “calculado” el tamaño de muestra pero el número de simulaciones es mayor que en el estudio Cardiff. El diseño no permite fijar la periodicidad mínima de formación requerida para retener habilidades, pero el análisis a los 6 meses (no realizado en el estudio Cardiff) nos acercará a dicho objetivo.

Aplicabilidad. Las asociaciones internacionales de resuscitación propugnan obtener instrumentos para medir habilidades en SVBi + DESA. No se dispone de ninguno suficientemente adaptado a los condicionantes de un CS. No será un test breve pero la videograbación posibilita su análisis retrospectivo, lo convierte en factible y a la vez útil como método de evaluación formativa (orientar la formación). Si se demuestra suficiente capacitación filmográfica y evaluativa del no experto será factible realizar simulaciones periódicas sin depender del experto y con coste asumible.

Aspectos ético-legales. Presentado para su aprobación a la Fundación Gol i Gurina para la promoción de investigación en la APS. Solicitado consentimiento a los profesionales voluntarios y garantizada la confidencialidad.

Ayuda financiera: SCMFiC.

P330 ¿CONTROLAMOS LA TENSIÓN ARTERIAL LAS 24H CON LAS PAUTAS DE TRATAMIENTO UTILIZADAS?

M. Bosom, N. Moreno, A. Wilke, A. Ayala, B. Moreno y M. Martínez

EAP Bufalà-Canyet Barcelones-Nord. Badalona. Cataluña.

Correo electrónico: gurula@yahoo.com

Objetivos. Objetivo principal: detectar pacientes hipertensos con pauta insuficiente de tratamiento antihipertensivo (tratamiento HTA) para alcanzar buen control las 24 h. Objetivos secundarios: a) evaluar las pautas de tratamiento que consiguen un mejor control de tensión arterial (TA) las 24 h; b) describir factores de riesgo y patologías asociadas que condicionen un peor control de su TA matutina; c) evaluar la relación entre el mal control de TA matutina y la afectación de órganos diana, d) detectar hipertensos con fenómeno de bata blanca y mas hipertensión (buen control clínico y mal control por AMPA).

Tipo de estudio. Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio. Equipo de atención Primaria urbano, población atendida 17.954 pacientes > 15 años, prevalencia del 10,93% de hipertensión.

Sujetos. Pacientes hipertensos de 4 consultas, se seleccionará aleatoriamente 300 pacientes.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios de exclusión: pacientes con horario laboral nocturno y los que se nieguen a participar.

Mediciones e intervenciones. Se recogen variables socio-demográficas: fecha de nacimiento y sexo, años del diagnóstico de la HTA, factores de riesgo cardiovascular: nº cigarrillos/día, consumo alcohol gr./día, diabetes mellitus tipo 1 y 2 (HbA1c), dislipemia (cifras de colesterol, HDL, LDL, triglicéridos), hiperuricemia, IMC, perímetro abdominal, índice albúmina/creatinina, enfermedad cardio-vascular, cerebro-vascular y vascular periférica, hipertrofia ventricular izquierda (ECO-Cardiograma), síndrome de apneas obstructivas del sueño, fármacos hipotensores (fármaco, dosis y pauta de administración), benzodiazepinas; y nº total de fármacos consumidos.

La tensión en consulta (TAc): se realizarán 3 tomas separadas de al menos 3 minutos, con el mismo aparato del AMPA, en dos días (el día que lo entregamos y el día que lo devuelven).

La TA del AMPA: se mide en 3 días consecutivos, con 6 tomas diarias (3 tomas por la mañana antes de la ingesta de los fármacos y otras 3 por la noche antes de la cena) con un intervalo de 3 minutos entre cada toma. Cuando exista discordancia en las cifras de consulta y por AMPA se realizará MAPA para una mejor evaluación.

Se utilizan 21 aparatos automedidores de la PA marca Omron 705-IT, y un aparato de MAPA.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO. Programa estadístico SPSS 11.0. Se creará una nueva variable “pacientes bien controlados” cuando los valores del AMPA < 135/85, en consulta < 140/90; y en MAPA actividad < 135/85 y reposo < 120/70.

Se realizará estadística descriptiva de las variables evaluadas, análisis bivariante mediante chi-cuadrado y t-student de las variables evaluadas en los pacientes bien y mal controlados, con el objetivo de valorar si ambas muestras son homogéneas. Pruebas de simetría de McNemar (para valorar el buen o el mal control tensional) para la AMPA matinal vs nocturna, y vs TAc; y datos del MAPA en actividad vs TAc en los pacientes que lo hayan requerido. Describir variables que actúen como factores de riesgo o de protección del control de TA matinal por AMPA mediante regresión logística. Comparar el control de TA matinal por AMPA en los pacientes según pauta de tratamiento.

Limitaciones. N.º de AMPA y tiempo requerido por el paciente

Aplicabilidad. Fácil de aplicar en atención primaria con los instrumentos de medida y personal sanitario entrenado.

Aspectos ético-legales. No perjuicio para el paciente.

P331 NIVELES DE PRESIÓN ARTERIAL Y GRADO DE CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN EN PACIENTES HIPERTENSOS DE ALTO RIESGO Y TRATAMIENTO CON AINES EN ESPAÑA: EL ESTUDIO TARVEST

M. de la Figuera, J.R. González Juanatey, V. Barrios Alonso, R. de Gabriel Sánchez y C. Casimiro Peytaví

CAP de la Mina. Hosp. Univ. Santiago de Compostela. Hosp. Ramón y Cajal, CEIIS. Abbott Laboratories, S.A. San Adrián De Besos (Barcelona), Santiago de Compostela, Madrid, Madrid, Madrid. Madrid. Madrid.

Correo electrónico: cesar.casimiro@abbott.com

Objetivos. Comparar los niveles de presión arterial y el grado de control de la hipertensión (HTA) en pacientes hipertensos con riesgo CV elevado tratados con distintos anti-inflamatorios no esteroideos (selectivos y no-selectivos) y sin tratamiento con AINES. Determinar si existe asociación entre el tratamiento con AINES y la presencia de cardiopatía isquémica en pacientes hipertensos de alto grado.

Tipo de estudio. Estudio anidado caso-comparativo en el seno de un estudio epidemiológico transversal multicéntrico sobre riesgo CV en pacientes hipertensos.

Ámbito del estudio. 674 investigadores (463 de Atención Primaria y 111 de Especializada) de consultas ambulatorias de toda España.

Sujetos. 8.126 pacientes (68,4% provenientes de AP) hipertensos ambulatorios, mayores de 40 años, con riesgo CV elevado.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. CI. Pacientes hipertensos según el criterio JNC-VII, mayores de 40 años, que presentaban al menos una de las siguientes condiciones: diabetes Mellitus; historia de ictus o accidente isquémico transitorio (AIT) verificada por registro hospitalario; historia de infarto de miocardio verificada por registro hospitalario; historia de enfermedad oclusiva arterial periférica confirmada por un angiólogo.

CE. Pacientes que no cumplían ninguno de los siguientes criterios: antecedentes de IAM o Ictus reciente (menos de 1 mes), o Insuficiencia Cardiaca sintomática; haber participado en un ensayo clínico con fármacos en el transcurso de los 3 últimos meses; incapacidad para firmar el consentimiento informado o que se niegue a hacerlo; paciente institucionalizado en centro socio-sanitario de forma indefinida.

Los médicos participantes fueron seleccionados al azar. En cada zona, 3 cardiólogos y 5 médicos generales. Cada médico reclutó un mínimo de 5 pacientes.

Mediciones e intervenciones. El cuestionario de estudio recogía datos sociodemográficos, antecedentes personales y familiares y las enfermedades cardiovasculares, presencia y control de los FRCV en el momento actual, así como las recomendaciones terapéuticas y tratamientos prescritos. La información referida al uso de fármacos cardiovasculares (antihipertensivos, hipolipemiantes, antiidiabéticos, antiagregantes y anticoagulantes) y medicación concomitante fue suficientemente exhaustiva y detallada (principio activo, grupo terapéutico, dosis y patrón de consumo) para permitir una análisis pormenorizado. Para la determinación de la PA se realizaron dos mediciones en el mismo brazo, mediante un esfigmomanómetro automático validado, tras 5 minutos de reposo y en sedestación. El valor de PA asignado a cada sujeto fue la media de las dos determinaciones. Por último en cada individuo se realizó la estimación del riesgo global individual (riesgo absoluto) de sufrir un evento CV en 10 años mediante la tabla de riesgo de la OMS-SIH (14).

Analisis estadístico. Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS, versión 10.0, aplicándose procedimientos de estadística descriptiva para las variables sociodemográficas y clínicas con medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y de distribución de frecuencias para las cualitativas. Se realizaron análisis estratificados por distintos niveles asistenciales participantes (AP, cardiólogos, unidades HTA) y presencia/ausencia de enfermedad isquémica cardiaca.

Limitaciones. Se trata de un estudio observacional

Aplicabilidad. Los datos fueron recogidos para un estudio de HTA posteriormente se realizó un subanálisis sobre el consumo de AINEs en esta población.

Aspectos ético-legales. Aunque no se realizaba ningún tipo de intervención, se consideró pertinente solicitar el consentimiento expreso del paciente para su inclusión en el estudio.

P332 MEJORAR LOS CONTROLES DEL SINTROM REALIZANDO UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DIETÉTICA

M. Boira Costa, J.M. de Magriñà Claramunt, T. Aviñó Llopis, M. Ferré Ferraté, M. García Vaqué y P. Escoda Fuentes

ABS Flix. Xatañá.

Correo electrónico: miboira@yahoo.es

Objetivos. Pretendemos conseguir que paciente mantenga una dieta regular, mantener INR rango terapéutico con menor dosis/fármaco a partir intervención educativa grupal. El objetivo principal, poder ver influencia real que tienen los cambios estilo de vida, centrados en cambios dietéticos, en buen control (número de veces que está dentro rango terapéutico) y dosis mg/ semana acenocumarol necesaria para estar dentro rango, en pacientes anticoagulados. Objetivo secundarios, valorar grado satisfacción y accesibilidad de pacientes en los primeros 6 meses. Al asumir por parte atención primaria los controles del tratamiento acenocumarol. Administraremos cuestionario para valorar grado de satisfacción de todos usuarios del servicio y grado accesibilidad.

Tipo de estudio. Ensayo clínico antes-después intervención.

Ámbito del estudio. Área Básica Salud Rural, 9.200 usuarios.

Sujetos. Selección todos pacientes tratamiento dicumarínicos, aleatoriamente se asignará a un grupo caso/control ambos grupos equitativos.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios inclusión: pacientes tratados con acenocumarol controlados en nuestra Área Básica de salud. Los pacientes con demencia se realizará la intervención al cuidador principal. Criterios exclusión: no existen.

Mediciones e intervenciones. Variables: Edad, Sexo, antecedentes patológicos, INR (riesgo moderado entre 2-3, riesgo alto 2,5-3,5), dosis semanal dicumarínicos, tiempo de tratamiento, factores de riesgo. A ambos grupos pre- intervención se les dará una hoja de registro semanal de alimentos. -En el grupo caso se realizará una intervención mediante una sesión informativa grupal de 45 minutos, se expondrán los diferentes tipos de alimentos que pueden alterar el buen control analítico de su tratamiento, con la entrega al final de la sesión de un tríptico recordatorio. Se les citará individualmente de forma mensual para valoración y control de INR y revisión del tipo de dieta que han seguido, apuntada en una hoja de registro alimentario dietético.

Al grupo control, se dará documento escrito con toda la información sin realización de sesión educativa y con los mismos controles mensuales.

Al inicio de la intervención a los dos grupos se realizará una encuesta para valorar nivel conocimientos sobre su patología y características del tratamiento, al finalizar se repetirá encuesta.

Final estudio se entregará encuesta satisfacción validada, valorar grado aceptación nuevo servicio.

Analisis estadístico. Chi cuadrado/t-student análisis bivariante. Regresión lineal estudio multivariante.

Limitaciones. No presenta, todos los pacientes en tratamiento son controlados mensualmente si excepción.

Aplicabilidad. Una vez estandarizado protocolo intervención y formación de profesionales, se iniciará intervención y controles mensuales. En la evaluación resultados debemos encontrar mejores controles tanto en número veces con rango terapéutico correcto como en utilización menor dosis /semana acenocumarol. Reducimos posibles complicaciones y efectos secundarios que puedan padecer. Con resultados extrapolaremos intervención a todos los sintrónianos.

Aspectos ético-legales. No presentan dilemas ético legales para puesta práctica se pedirá cumplimentar consentimiento informado.

P333 INFLUENCIA DEL TERCER AÑO DE RESIDENCIA DE MFYC EN LA MEJORA DEL PERFIL DE ENTREVISTADOR CLÍNICO.

R. Hernández Caler, A. Barba Jiménez, A. Niang Fernández, C. Ariza Copado, V. Gavara Palomar y F. Agüera Mengual

CS Barrio Peral. Cartagena. Murcia.

Correo electrónico: jamhbora@yahoo.es

Objetivos. General: Conocer si mejora el perfil de entrevista clínica de los 20 Residentes de tercer año de un Área de Salud durante el año 2005-2006. Segundo: Conocer si mejoran las actitudes y características como entrevistador del Residente. Tercero: Conocer si mejoran las tareas comunicacionales de los Residentes. Cuarto: Saber si mejoran las habilidades técnicas en comunicación de los Residentes. Quinto: Determinar si existe relación entre el nivel de entrevistador del residente y del tutor.

Tipo de estudio. Estudio descriptivo, observacional y prospectivo.

Ámbito del estudio. Todos los Residentes de tercer año de MFyC de un Área de Salud, y sus tutores, durante el año 2005-2006.

Sujetos. Todos los Residentes de tercer año y sus tutores.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios de inclusión: Ser residente de tercer año o tutor de un Área de Salud. Criterios de exclusión: Que el Residente o el tutor no acepten la participación en el estudio. Criterios del muestreo: Se incluye el total del universo de residentes del Área de Salud y sus tutores correspondientes.

Mediciones e intervenciones. Mediciones: Se evaluarán entrevistas clínicas videografiadas de pacientes que acuden a la consulta de los Residentes de tercer año al inicio y al final de la rotación en sus correspondientes Centros de Salud. A los tutores sólo se les grabará a mitad del período.

Para la evaluación del perfil de entrevistador utilizaremos dos cuestionarios: 1) CICAA: encuesta sobre aspectos comunicacionales, con un total de 29 ítems de respuesta cerrada, dividida en tres ejes: Conectar; identificar y comprender los problemas; acordar y ayudar a conectar. 2) Cuestionario a cumplimentar por los Residentes donde se evalúan aspectos como la capacidad de transmitir conocimientos/habilidades del tutor, la relación Residente-tutor, etc. (encuesta de 6 ítems tipo escala de Likert). El evaluador será un observador ciego a la situación pre y post de los Residentes, previamente adiestrado en el uso de dicho cuestionario.

Analisis estadístico. Análisis descriptivo de los datos mediante medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas. Posteriormente realizaremos un análisis bivariante mediante t-student y ji-cuadrado.

Limitaciones. 1) Excluir a pacientes que acuden a consulta por aspectos administrativos. 2) Se requiere consentimiento informado por parte de los pacientes, tutores y residentes para la realización de las videografías. 3) Se precisa la colaboración de los responsables Docentes y de los Centros de Salud correspondientes. 4) Necesidades materiales: videocámara digital, trípode, micrófono, etc. 5) Es necesario un observador entrenado o experto en el tema para que interprete las entrevistas. 6) Se necesita un técnico de sonido para realizar las grabaciones.

Aplicabilidad. Se pretende saber si al final del tercer año de rotación los residentes mejoran sus habilidades de entrevista clínica, y tras observar que en situaciones cuasi-experimentales ya se han mejorado, poder determinar si esta mejora también se obtiene en condiciones reales de consulta, durante la demanda diaria habitual. Así mismo, sería interesante poder comparar los resultados de nuestra Área de Salud con otras Áreas que hubieran realizado estudios similares. -Comprobar si existe relación entre el perfil de entrevista clínica del tutor y su residente.

Aspectos ético-legales. Preservar el derecho a la intimidad de los pacientes y entrevistadores. Se requiere el consentimiento informado de todos los participantes del estudio.

P334 EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON CALCIO Y VITAMINA D EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN POBLACIÓN ANCIANA

J. López-Torres Hidalgo, L. Pérua Torres, F. Escobar Rabadán, F. Varas Fabra, A. Villena Ferrer e I. Párraga Martínez

Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Albacete y Córdoba. Castilla-La Mancha.

Correo electrónico: jesusl@sescam.org

Objetivos. Evaluar la efectividad del aporte de calcio y vitamina D (dosis de 1200 mg y 800 UI, respectivamente), durante noviembre a abril de 2 años consecutivos, para mejorar la función musculoesquelética de los an-

cianos, disminuyendo el número de caídas y fracturas. Medir y comparar los grupos de tratamiento (calcio y vitamina D frente a placebo) en cuanto a: incidencia de caídas y fracturas, fuerza muscular y función músculo-esquelética, densidad mineral ósea, nivel de calcidiol y de calcemia, seguridad del tratamiento.

Tipo de estudio. Ensayo clínico en fase III de evaluación de eficacia y seguridad en una nueva indicación de fármacos ya comercializados. Ensayo paralelo de dos grupos, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo.

Ámbito del estudio. Estudio multicéntrico propuesto en el ámbito de atención primaria.

Sujetos. Pacientes de 65 o más años no institucionalizados. Tamaño muestral calculado para obtener una potencia del 80% con un error alfa de 0,05. La incidencia anual de caídas en mayores de 65 años es del 30%. Para demostrar una reducción de esta incidencia del 30% al 20%, se requiere un tamaño de 586 (293 en cada grupo).

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. De inclusión: función renal normal, transaminasas normales y normocalcemia, no inmovilizados o en instituciones. De exclusión: hipersensibilidad conocida al fármaco, necesidad clínica de tratamiento con calcio/vitamina D, litiasis cállica, insuficiencia renal, hepatopatía crónica, etc.

Mediciones e intervenciones. Intervención: fármaco experimental: administración conjunta de 800 UI de vitamina D y de 1.200 mg. de calcio. Fármaco de control: placebo de aspecto similar. Forma farmacéutica: comprimidos masticables. Selección: en las consultas de atención primaria. Tras otorgar el consentimiento, serán citados para la visita de aleatorización y para la realización de analítica y densitometría. Visita de aleatorización: se aleatorizará al paciente a uno de los dos brazos de tratamiento, se completarán los datos de anamnesis y exploración física y se dispensará la medicación. Visitas de tratamiento: a los 3/6/9/12/15/18/21/24 meses se realizará una visita clínica, en la cual se recogerán los parámetros de eficacia y seguridad (efectos adversos), para valoración del cumplimiento y para dispensación de la medicación.

Ánalisis estadístico. Análisis de eficacia: comparación de las variables de interés al inicio del estudio y de la incidencia de las variables resultado en ambos grupos, RAR, RRR y NNT, análisis de supervivencia, modelo de riesgos proporcionales y modelos lineales para medidas repetidas. El análisis se realizará según intención de tratar.

Limitaciones. Posibles sesgos al obtener la información por el envejecimiento de los sujetos, regresión a la media y error por adivinación de hipótesis. Riesgo de pérdidas diferenciales durante el seguimiento. Posibilidad de que algunas fracturas vertebrales pasen desapercibidas, etc.

Aplicabilidad. El nivel de vitamina D se relaciona con la fuerza muscular, el estado físico funcional y el riesgo de fracturas/caídas (incidencia anual en > 65 años del 30%). La utilización de un suplemento diario con calcio y vitamina D es controvertida, necesitándose ensayos en diferentes poblaciones y áreas geográficas para emitir una recomendación generalizada.

Aspectos ético-legales. El protocolo será remitido al CEIC de cada Área de estudio. El estudio se realiza en conformidad plena con la declaración de Helsinki y la legislación vigente (Real Decreto 223/2004).

P335 PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE TABACO EN ADULTOS DE CINCO ÁREAS DE SALUD

S.D. Pedreira Currás*, T.V. Costa Barreira*, S. Azevedo Pereira*
e I.M. de Castro Campos Pereira*

Centro de Salud de Taipas, Guimarães (portugal); ¹Centro de Salud de Vila Nova de Famalicão (Portugal).

Residentes de 1er Año de Medicina de Familia. Guimaraes. Portugal.

Correo electrónico: sampc@hotmail.com

Objetivos. Con este estudio se pretende conocer la prevalencia del consumo de tabaco en la población adulta de una región del país, cuantificar el consumo diario, determinar la edad media para el inicio del hábito tabáquico y la edad media para el abandono del mismo en los ex-fumadores. También se verificará si existe relación entre el hábito de fumar y las variables socio-demográficas edad, sexo, estado civil, grado de escolaridad y situación profesional. Se pretende además comparar los resultados obtenidos con datos previos procedentes de otros estudios y de Encuestas Nacionales de Salud. Esto nos permitirá obtener conclusiones acerca de la evolución del tabaquismo en los últimos años, así como reflexionar sobre la eficacia de las medidas gubernamentales instituidas hasta la fecha para reducir el consumo de tabaco, y del papel del médico de familia en la prevención y deshabituación del mismo.

Tipo de estudio. Se trata de un estudio descriptivo transversal con componente analítico.

Ámbito del estudio. Es un estudio multicéntrico, que será realizado con la colaboración de varios residentes de primer año de Medicina Familiar y Comunitaria en diversos Centros de Salud de cinco áreas de salud diferentes del país.

Sujetos. La población a estudiar será el conjunto de pacientes pertenecientes a las listas de los orientadores de formación que se encuentran en dichos Centros de Salud. Se pretende extrapolar los resultados a la población adulta de la región del país a la que pertenecen estas cinco áreas de salud

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Serán excluidos del estudio los menores de 18 años, pacientes con demencia o debilidad mental, aquellos con dificultades físicas para desplazarse al centro de salud, reclusos y emigrantes.

Se incluyen todos los demás mayores de 18 años.

La técnica de muestreo será del tipo aleatorio simple, con reposición. Se ha calculado un tamaño muestral para una prevalencia esperada del 20%, con un nivel de precisión del 1% y un intervalo de confianza del 95%, lo cual corresponde a 6147 individuos. Previendo eventuales pérdidas por no comparecencia (se espera un 15%) se ajusta la muestra a 7.200 individuos.

Mediciones e intervenciones. Los participantes serán convocados por vía postal para una entrevista en el Centro de Salud en la que se realizará un cuestionario. Dicho cuestionario, elaborado por los investigadores, será la herramienta utilizada para la recogida de los datos pretendidos.

Ánalisis estadístico. Los datos recogidos serán registrados en tablas de Excel, y su tratamiento estadístico se realizará mediante el programa informático SPSS 11.5. Serán determinados resultados referentes a la estadística descriptiva y a la estadística inferencial. Para el estudio analítico se empleará el test de Chi-cuadrado, con un nivel de significancia de 0,05 y con un intervalo de confianza del 95%.

Limitaciones. La población estudiada pertenece a localidades donde existen centros con capacidad formativa para la especialidad de Medicina de Familia. Esto puede condicionar la extrapolación de nuestros resultados al universo pretendido, ya que el único criterio de selección para la distribución geográfica de las poblaciones es la presencia en las mismas de un médico residente.

Aplicabilidad. Tener datos actualizados y representativos acerca del hábito de fumar en la población estudiada.

Aspectos ético-legales. No se observan.

P336 TERAPIA SUSTITUTIVA CON NICOTINA GRUPAL VERSUS INDIVIDUAL

F. Sánchez Salmerón, E. Peñalver González, N. García Montiel,
J.M. Baeza López, M. Sánchez Pinilla y M.C. Sánchez Pérez

Centro de Salud La Unión. La Unión. Murcia.

Correo electrónico: jbaezalopez@hotmail.com

Objetivos. General: Conocer si existen diferencias significativas en la deshabituación tabáquica con terapia grupal frente individualizada utilizando terapia sustitutiva con nicotina. Secundarios: Conocer el perfil del paciente que demanda deshabituación tabáquica, y verificar que el abandono tabáquico mejora la función pulmonar.

Tipo de estudio. Ensayo Clínico.

Ámbito del estudio. Atención primaria, centro de salud semirural.

Sujetos. Población de estudio: la compuesta por los fumadores que demandan asistencia para deshabituación tabáquica en nuestro centro de salud. Según bibliografía, se estima una efectividad de la deshabituación tabáquica a los 6 meses del 14% para terapia individual y del 40% para la grupal. Según esto, el tamaño muestral estimado es 110 pacientes (55 individual y 55 grupal) con un $\alpha = 95\%$ y potencia del 80%.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Criterios de inclusión: 1) Pacientes con tarjeta sanitaria en nuestro centro. 2) Pacientes con edades entre los 16-65 años que hayan fumado durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos. 3) Consentimiento informado y por los tutores legales en los menores de 18 años. Criterios de exclusión: 1) Antecedentes de consumo elevado de alcohol, drogas, sujetos con historia de labilidad emocional, psicóticos. 2) Pacientes en los que pueda esperarse una mala observancia al tratamiento o que sean incapaces de seguir instrucciones según su médico. 3) Criterios de salida del estudio: incumplimiento de las visitas de seguimiento. 4) Pacientes que no firmen consentimiento informado. 5.-Contraindicación de terapia nicotínica.

De los pacientes que cumplen los criterios se hace muestreo aleatorio estratificado

Mediciones e intervenciones. Variables: Edad; sexo; nivel de estudios; número paquetes/año; grado de dependencia (puntuación test Fagerstrom); grado de motivación (test Richmond); duración del consumo; número de recaídas previas; funcionalismo pulmonar (espirometría y coximetría) previo al estudio y a los 3 y 6 meses; abstinencia al tabaco a los 3 y 6 meses; antecedentes de enfermedad pulmonar, y factores de riesgo cardiovascular.

Los pacientes interesados serán registrados y recibirán cita programada con su médico donde se les explicará el estudio, se les pedirá el consentimiento, se recogerán las variables generales, los antecedentes y se les pasarán el test de Richmond y de Fagerstrom y se les citará para espirometría y coximetría. Si cumple los criterios de inclusión será asignado de manera aleatoria y estratificada al grupo de terapia individual o colectiva. En la terapia grupal se realizarán 5 reuniones de los grupos (se establecerán tres grupos de composición similar de forma aleatoria) en las cuales se informará, se fijará una fecha para el abandono del tabaco y el inicio de la terapia sustitutiva que en cada caso será la que el médico director del grupo decida de forma individual según el consumo y dependencia.

La terapia individual se realizará de la misma manera pero en la consulta programada de cada uno de los médicos participantes.

Ánálisis estadístico. Usaremos métodos de estadística descriptiva, medidas de tendencia central y dispersión, análisis bivariante mediante Chi-cuadrado para variables cualitativas y el test de T- Student y ANOVA para variables cuantitativas. Análisis multivariante para aquellos resultados significativos.

Limitaciones. Seguimiento de la población de estudio durante 6 meses.

Aplicabilidad. Queremos demostrar que la terapia grupal tiene más éxito y extenderla en nuestra área de salud como técnica habitual.

Aspectos ético-legales. Seguiremos el estricto cumplimiento del consentimiento informado

P337 EFECTIVIDAD DE LA GESTIÓN DE ENFERMEDADES EN EL ÁREA SANITARIA PARA DISMINUIR REINGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDIÁCA

A. Clavería Fontán, E. Casariego Vales, J. Crespo Sabarís, E. Fluiters Casado, R. Pérez Álvarez y J.M. Cerqueiro González

Gerencia de Atención Primaria de Vigo-Pontevedra, Servicio de Medicina Interna del Hospital Xeral-Calle de Lugo, Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Facultad de Medicina de Santiago. Vigo. Galicia.

Correo electrónico: ana.claveria.fontan@sergas.es

Mejorar la atención a enfermos crónicos requiere la transformación organizativa del sistema, desde un sistema que responde cuando la persona está enferma, a otro proactivo. Un sistema que cuantifique los pacientes con una determinada enfermedad, diseñe un programa que nos garantice la atención a todo lo que se considere preciso, facilite el seguimiento y la continuidad de cuidados, y nos permita mantener a los pacientes tan saludables como sea posible. Hay suficiente experiencia acumulada en la literatura que demuestra que el abordaje de esta patología de manera multidisciplinar, por equipos de atención primaria y especializada, puede mejorar la situación funcional de los pacientes, reducir los reingresos y disminuir los costos sanitarios, especialmente en pacientes con mayor riesgo. Sin embargo, predominan los estudios observacionales sobre los randomizados, el período de estudio suele ser inferior al año y muchas veces, los contenidos de la intervención no están lo suficientemente descriptos para permitir su reproducción.

Objetivos. Valorar la efectividad de la gestión de enfermedades en el área sanitaria para reducir los reingresos hospitalarios en pacientes con insuficiencia cardíaca.

Tipo de Estudio. Se realizará un estudio experimental, controlado, con distribución al azar (cluster) por grupos con enfoque pragmático con dos grupos de estudio: Uno de intervención y uno de control.

Ámbito del estudio. Es un estudio multicéntrico en dos ámbitos sanitarios de Galicia. Participan en el estudio los Servicios de Medicina Interna y Cardiología/Geriatría así como los Centros de salud del área.

Sujetos. Pacientes mayores de 18 años, reingresados al menos una vez en el Hospital, en los años 2003 y 2004, con diagnóstico principal o secundario de insuficiencia cardíaca en el CMDB. Para eliminar la contaminación intergrupos la distribución al azar se realizará por centros de salud.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Se excluirán los pacientes transplantados cardíacos.

Mediciones e intervenciones. En el grupo control, a los pacientes no se les realizará ningún tipo de atención diferente de la habitual en su área. Al inicio y final del estudio, se realizará la revisión de la historia clínica para permitir su comparación con el grupo de intervención. En el grupo de intervención, se seguirá el modelo de atención a enfermedades crónicas de Wagner, con actuaciones en todos y cada uno de sus seis elementos: Modelo organizativo, autocuidados, apoyo a la toma de decisiones de los profesionales sanitarios, sistema de información clínico, atención al proceso asistencial, trabajo con la comunidad.

Ánalisis estadístico. Modelos mixtos multinivel. Análisis de supervivencia. **Limitaciones.** Organizativas.

Aplicabilidad. Resultados esperados: *a)* Orientados al paciente: Mejorar la calidad de la atención y sus resultados en salud en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica; favorecer los autocuidados del paciente y apoyar a su familia; y prevenir acontecimientos adversos y complicaciones. *b)* Orientados a la organización: Incrementar la utilización y adhesión de intervenciones basadas en la evidencia; promover la integridad de la atención y el trabajo en equipo de los diversos profesionales responsables implicados en ella; identificar y monitorizar activamente poblaciones de alto riesgo; y reducir su coste sanitario con el uso adecuado de los recursos. **Aspectos ético-legales.** Consentimiento informado para el registro clínico.

P338 EL RESIDENTE COMO DOCENTE: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE UN PROGRAMA FORMATIVO PARA DESARROLLAR Y EVALUAR LA COMPETENCIA DOCENTE DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMILIA

E. Calvo Corbella^a, A. de Lorenzo-Cáceres Ascanio^b, G. Collada Holguera^a, R. Marcos García^a, V. Núñez^b y F. Caballero Martínez^c

^aCentro de Salud Universitario Pozuelo de Alarcón I; ^bCentro de Salud Universitario Ciudad Jardín; ^cCoordinador Ud MFyc Área 6 de Madrid. Pozuelo de Alarcón; Madrid; Majadahonda. Madrid.

Correo electrónico: eduardo.calvo@gmail.com

Objetivos. 1) Investigar la percepción de los docentes de pregrado y postgrado y del propio MIR de MFyc acerca de la capacitación docente de este último. 2) Desarrollar un cuestionario de necesidades docentes y satisfacción y evaluar un programa específico de capacitación docente para MIR de familia.

Tipo de estudio. 1) Fase cualitativa: detecta las opiniones de profesionales (médicos, enfermeras, MIR) sobre la docencia de los MIR de MFyc, entre Septiembre de 2005 y Diciembre de 2005. El análisis semiológico del discurso textual condicionará la construcción de los resultados. 2) Fase cuantitativa: los contenidos explícitos se extraerán de la bibliografía y de los resultados de la fase cualitativa. Un Examen Estructurado para Docencia de 8 estaciones (OSTE), objetivará la eficacia de un modelo de capacitación docente para MIR, a desarrollar entre Marzo de 2006 y Marzo de 2007.

Ámbito del estudio. Atención primaria. Hospital Universitario, Unidad Docente de MFyc y Unidad de Atención Primaria ubicada en la Universidad.

Sujetos. Participantes: 1^a fase (cuantitativa): los investigados, los incluidos en grupos de discusión y entrevistados en profundidad. Incluye médicos con responsabilidades docentes (o no), MIR y enfermería voluntarios. 2^a fase (cuantitativa): MIR de familia de una UD de la Comunidad de Madrid.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Método de muestreo: 1^a fase (cuantitativa), estructural. Incluye médicos tutores de pregrado y postgrado hospitalarios y de Atención Primaria 2^a fase (cuantitativa), aleatorizada: reclutamiento de participantes en grupo de intervención vs control (programa formativo). MIR de 1^º, 2^º, 3^º y 4^º año.

Mediciones e intervenciones. Estudio cualitativo: 1) Cuatro "grupos de discusión" homogéneos intragrupalmente (10 participantes/grupo; total = 40). Variables estructurales elegidas para diseño del perfil de grupos: sexo, edad, años de experiencia laboral, implicación en docencia, categoría profesional, origen hospitalario o atención primaria, especialidad de médico y MIR. 2) "Entrevistas en profundidad" a informantes seleccionados a propósito. 3) "Análisis de documentos" sobre participantes en actividades formativas en UD de MFyc y pregrado. Estudio cuantitativo: formación de dos grupos de 30 MIR cada uno, sometidos a un programa específico de capacitación para la docencia. Ambos pasarán un Examen Estructurado para Docencia de 8 estaciones (OSTE) al inicio, 6 y 12 meses.

Ámbito del estudio. 1) Análisis del discurso (fase cualitativa): transcripción literal y lectura de grabaciones, codificación, división del texto en fragmentos, análisis de contenido con programa NUD.IST. 2) Análisis estadístico por intención de tratar. Uso de T de student de dos colas.

Limitaciones. 1) Universo semiológico extenso; 2) extracción de participantes para formación de grupos; 3) pérdidas de miembros de grupos control/intervención, y 4) validación de la OSTE.

Aplicabilidad. UU.DD. de MFyC en ámbitos socioculturales y sanitarios similares.

Aspectos ético-legales. Estudio sometido a comité de ética autonómico. Se solicitará consentimiento informado a todo participante en el estudio.

P339 PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SECTOR PÚBLICO PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA: UN ESTUDIO CUALITATIVO

E. Calvo Corbella^a, M.E. Martín Ramos^b, M.D.M. García^c, C. Oter Quintana^d, E. Lozano Marín^e y A. Morales Elbaz^f

^aCentro de Salud Universitario Pozuelo de Alarcón; ^bEAP Numancia, Área;

^cGrupo Gie-Hospital Ramón y Cajal; ^dUniversidad Carlos III; ^eDepartamento de Docencia-Gerencia AP Área 3; ^fHospital Clínico San Carlos. Pozuelo de Alarcón; Madrid. Madrid.

Correo electrónico: eduardo.calvo@gmail.com

Objetivos. Objetivo principal: investigar la percepción que los profesionales sanitarios del sector público (médicos, enfermeras, auxiliares, fisioterapeutas, técnicos) tienen para participar en actividades de formación continuada organizada por la CM.

Tipo de estudio, Diseño: investigación cualitativa a realizar entre Septiembre de 2005 y Marzo de 2006. Se ha hecho previamente un estudio piloto

to organizado como actividad académica de la Agencia Laín Entralgo. Se hará análisis de contenido para la construcción de resultados a partir del análisis semiológico del discurso textual.

Ámbito del estudio. Emplazamiento: Comunidad de Madrid.

Sujetos. Participantes: investigados, incluidos en grupos de discusión y entrevistas en profundidad. Método de muestreo: estructural.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo. Individuos que aceptan voluntariamente su inclusión en el estudio, seleccionados por invitación a partir de reclutadores independientes al grupo investigador.

Individuos de entrevistas claves, representativos en el área de la temática a tratar.

Mediciones e intervenciones. Intervenciones: a) Doce "grupos de discusión" homogéneos intragrupalmente (8 participantes / grupo). Total = 96 participantes. Variables estructurales elegidas para diseño del perfil de los grupos: sexo, edad, categoría profesional, cargas familiares, turno fijo o rotatorio, contrato estable o no, antigüedad mayor/menor de 15 años, recursos económicos. b) "Entrevistas en profundidad" a informantes seleccionados a propósito. c) "Análisis de documentos" sobre participantes en actividades formativas de la CM.

Ámbito del estudio. Análisis del discurso: Fases del análisis: transcripción literal y lectura preliminar de grabaciones, codificación de transcripciones, división del texto en fragmentos (unidades básicas de análisis), análisis de contenido con el programa NUD.IST.y elaboración de informe final.

Limitaciones. 1) Universo referencial extenso y variable, y 2) extracción de participantes para la formación de grupos.

Aplicabilidad. Es aplicable en el ámbito de estudio, no extrapolable a otros ámbitos. Puede generar hipótesis de trabajo en otros ámbitos geográficos.

Aspectos ético-legales. Se somete el estudio al comité de ética de la CM. Se solicitará consentimiento informado a los participantes en el estudio.