

Los residentes opinan sobre la semFYC: ventajas y motivos para afiliarse

Objetivo. Conocer la opinión de los residentes de medicina de familia y comunitaria (MFyC) sobre las ventajas de ser socio de la semFYC y los motivos por los que consideran importante serlo.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Jornadas de residentes de MFyC.

Participantes. Residentes de MFyC socios de la semFYC que enviaron alguna comunicación a las VIII Jornadas de Residentes semFYC 2004.

Mediciones principales. Los participantes cumplimentaron un cuestionario con 2 preguntas dicotómicas (¿Sabes qué ventajas ofrece la semFYC a sus socios?, ¿Crees importante como residente pertenecer a la semFYC?). Además, se invitó a los que respondieron positivamente a exponer varios ejemplos de las ventajas que puede aportar ser socio y los motivos por los que consideran que es importante serlo.

La cumplimentación fue realizada *online*, durante el registro obligatorio para acceder a la web de envío de comunicaciones a las jornadas, garantizándose el anonimato.

La base de datos resultante fue analizada y procesada por dos investigadores. Se realizó un análisis cualitativo (categorización y codificación de las respuestas a las preguntas abiertas) y cuantitativo (proporciones).

Resultados. Un total de 281 residentes respondieron al cuestionario. El 27,7% no conoce las ventajas que puede aportar la semFYC a sus socios. Entre los que respondieron que sí, las ventajas más frecuentemente expuestas fueron: «acceso a material científico», «desarrollo de actividades científicas» y «formativas» (tabla 1).

Respecto a la segunda pregunta, el 91,4% cree necesario pertenecer a la semFYC. Los motivos más comunes referidos fueron: «mantenerse informado sobre la especialidad», «pertenencia a un grupo con intereses comunes», «fomenta la formación» (tabla 1).

Discusión y conclusiones. Algo más de una cuarta parte de los residentes desconoce qué le

TABLA 1. Categorías codificadas y porcentaje de respuestas

Número orden	Pregunta 1	Pregunta 2
1	Material científico (65,31%)	Mantenerse informado y actualizado (32,14%)
2	Actividades científicas (51,70%)	Pertenencia a un grupo con intereses comunes (31,40%)
3	Actividades de formación (51,02%)	Fomenta la formación (21,40%)
4	Descuentos a sus socios en material y actividades (49,66%)	Posibilita el intercambio de experiencias con compañeros (12,86%)
5	Material informativo (13,33%)	Defensa de la especialidad (8,57%)
6	Posibilidad de pertenecer a grupos de trabajo (8,16%)	Fomenta la investigación (7,86%)
7	Becas para congresos (6,12%)	Material científico (6,43%)
8	Información sobre bolsas de trabajo (2,04%)	Ventajas económicas en cursos, congresos, etc. (2,14%)
9	Defensa de los derechos de la especialidad (2,04%)	Grupos de trabajo (1,43%)

Pregunta 1: ¿Qué ventajas ofrece la semFYC a sus socios?

Pregunta 2: ¿Por qué crees importante pertenecer a la semFYC?

puede aportar la semFYC, por lo que se requiere un mayor esfuerzo por parte de la semFYC para acercarse a un colectivo con gran interés estratégico. Aun así, la gran mayoría cree necesario ser socio. Además, consideran importante la pertenencia a un grupo de su misma especialidad, en la que se comparten intereses comunes, y valoran la información y las actividades que ésta proporciona.

E. Gavilán-Moral^a
y L. Jiménez-de Gracia^b

^aUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Córdoba. España. ^bCentro de Salud Azahara. Unidad Docente de Medicina. Familia. Córdoba. España. Integrantes del nodo COGRAMA de la Red de Investigación en Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (RedIAPP) del Instituto de Salud Carlos III.

Infrautilización de los antiagregantes plaquetarios en pacientes con enfermedad cardiovascular

Objetivo. Conocer si hay un correcto tratamiento antiagregante en los pacientes que tienen un alto riesgo cardiovascular.

Diseño. Estudio transversal.

Emplazamiento. Hospital Álvarez Buylla, Mieres, Asturias.

Participantes. Un total de 219 pacientes ingresados consecutivamente desde el 1 de enero de 2002 por un síndrome coronario agudo.

Mediciones principales. Sexo, diagnóstico en el momento del alta, tratamiento con antiagregantes plaquetarios antes del ingreso y antecedentes clínicos de enfermedad arteriosclerótica y diabetes.

Resultados. El 26,9% de nuestros pacientes tomaba antiagregantes plaquetarios en concreto, ácido acetilsalicílico (AAS); de ellos, sólo 4 seguían este tratamiento por causa distinta del riesgo cardiovascular. No encontramos diferencias significativas por sexos.

De los pacientes que tenían indicación de tratamiento antiagregante por enfermedad arteriosclerótica (antecedentes personales de cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular isquémico [ACV], isquemia crónica de miembros inferiores [ICMI]) o riesgo cardiovascular elevado (diabéticos), únicamente el 42,5% recibía tratamiento antiagregante ($p < 0,005$). En el caso de los diabéticos, sólo lo recibía el 37,5% ($p = 0,025$). De los pacientes con cardiopatía isquémica, recibía tratamiento el 56% ($p = 0,005$), mientras que de los que tenían ICMI, lo recibían el 23,1% ($p = \text{NS}$) y el 21,7% ($p = \text{NS}$) de los que habían presentado un ACV.

El porcentaje de pacientes con angina que tomaba AAS fue mayor que en los infartos,

Palabras clave: Opinión. Residentes. Sociedades científicas.

Palabras clave: Antiagregantes plaquetarios. Infarto. Angina.

TABLA 1. Pacientes con y sin tratamiento con ácido acetilsalicílico según el sexo y el diagnóstico

	Varones (p = 0,02)		Mujeres (p = 0,915)	
	AAS	Sin AAS	AAS	Sin AAS
IAM transmural	19,23%	80,77%	31,43%	68,57%
IAM sin onda Q	12,2%	87,8%	28,12%	71,88%
Angina inestable	45,95%	54,05%	33,33%	66,67%

IAM: infarto agudo de miocardio; AAS: ácido acetilsalicílico.

con un 40,7% de pacientes con angina inestable y un 21,9% en los infartos (p = 0,023). El riesgo relativo de presentar un infarto en la cohorte que tomaba AAS fue de 0,408 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,215-0,775). Al separar por sexos, esto sólo se mantiene en los varones (tabla 1), con una *odds ratio* (OR) de 0,318 (IC del 95%, 0,151-0,668; p = 0,002).

Discusión y conclusiones. Limitaciones: puede haberse subestimado el porcentaje de pacientes que no reciben tratamiento antiagregante con un riesgo cardiovascular elevado al considerar sólo los ingresos hospitalarios por síndrome coronario agudo. Superamos los datos de algunos estudios^{1,2} en el porcentaje de tratamiento con AAS en cardiopatía isquémica, a pesar de ser bajo y menor que en el PEPA³ o el PRESENTE⁴, que superaban el 90%. Encontramos, al igual que en otros estudios, que la toma de AAS disminuye el riesgo de presentar un evento cardiovascular más grave^{5,6}. Esto parece más marcado en varones, pero son necesarios más estudios para determinar la causa de este mayor beneficio en varones.

Hay una infrautilización de los antiagregantes en pacientes con arteriosclerosis diagnosticada. Los varones se benefician más del tratamiento antiagregante.

M.P. Ruiz-Durante^a
y M.T. Vázquez-Castañón^b

^aSUAP del SCS. Centro de Salud El Astillero. Cantabria. España. ^bServicio de Medicina Interna. Hospital Álvarez Buylla. Mieres. Asturias. España.

1. Velasco JA, Cosín J, López-Sendón JL, De Teresa E, De Oya M, Sellers G, en representación del grupo de investigadores del estudio PREVESE II. Nuevos datos sobre la prevención secundaria del in-

farto de miocardio en España. Resultados del estudio PREVESE II. Rev Esp Cardiol. 2002;55:801-9.

2. Loma-Orsio A, García-Castrillo L, Arós F, Lopetegui P, Recuerda E, Epelde F, en nombre de los investigadores del estudio EVICURE. El infarto agudo de miocardio en los servicios de urgencias hospitalarios españoles. El estudio EVICURE. Rev Esp Cardiol. 2002;

55:1098-100.

3. Bosch X, López de Sá E, López Sendón J, Aboal J, Miranda-Guardiola F, Bethencourt A, et al. Perfil clínico, pronóstico y variabilidad en el tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del ST. Datos del registro PEPA. Rev Esp Cardiol. 2003;56:346-53.
4. Velasco JA, Cosín J, De Oya M, De Teresa E. Programa de intervención para mejorar la prevención secundaria del infarto de miocardio. Resultados del estudio PRESENTE (Prevención secundaria temprana). Rev Esp Cardiol. 2004;57:146-54.
5. Pueyo G, Elosúa R, Marrugat M. Meta-análisis de la evidencia científica sobre la utilidad de la toma esporádica de ácido acetilsalicílico en la prevención de la enfermedad coronaria. Med Clin (Barc). 2002;118:166-9.
6. Antithrombotic trialists' collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. BMJ. 2002;324:71-86.

Detección de riesgos psicosociales en profesionales sanitarios de un área de salud

Objetivos. El objetivo principal fue analizar los riesgos psicosociales en trabajadores sanitarios de un área de salud. El objetivo secundario fue realizar una comparación de los resultados entre los medios urbano y rural.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal, cualitativo.

Palabras clave: Riesgos psicosociales. Profesionales sanitarios. Atención primaria.

Emplazamiento. Atención primaria.

Participantes. Trabajadores de un área de salud (1 urbano y 5 rurales). No se excluyó ninguna categoría profesional. Participaron 109 trabajadores. La tasa de respuesta fue del 74,14%.

Mediciones. Cuestionario anónimo auto-administrado. El instrumento de medición utilizado fue la versión corta del cuestionario psicosocial de Copenhague (CoPSoQ) validado para el Estado español. El cuestionario mide 6 dimensiones psicosociales (exigencias psicológicas, trabajo activo y posibilidad de desarrollo, inseguridad, apoyo social y calidad de liderazgo, doble presencia y estima) catalogadas en nivel rojo (exposición psicosocial más desfavorable para la salud), nivel amarillo (exposición psicosocial intermedia) y nivel verde (exposición psicosocial más favorable para la salud).

En el análisis estadístico se determinaron las proporciones, el test de la χ^2 y el intervalo de confianza (IC) del 95%.

Resultados. El nivel rojo de exposición fue mayoritario para todas las categorías analizadas (exigencias psicológicas, 74,3%; estima, 68,8%; inseguridad, 65,1%; doble presencia, 59,6%; apoyo social y calidad de liderazgo, 45,9%; y trabajo activo y posibilidades de desarrollo, 35,6%) (tabla 1). La comparación de los resultados obtenidos entre los medios urbano y rural fue: exigencias psicológicas (IC del 95%, 0,16-0,33), trabajo activo y posibilidades de desarrollo (IC del 95%, 0,13-0,51) y doble presencia (IC del 95%, 0,003-0,38).

Discusión y conclusiones. Nuestra investigación estudia el riesgo psicosocial en el ámbito laboral, lo que aporta un enfoque nuevo a los estudios previos que se centran en el

TABLA 1. Exposición laboral en función de las diferentes dimensiones psicológicas

Dimensiones	Rojo	Amarillo	Verde
Exigencias	74,3%	16,2%	9,5%
Trabajo activo y posibilidades de desarrollo	35,6%	33,4%	31,0%
Inseguridad	65,1%	28,7%	6,2%
Apoyo social y calidad de liderazgo	45,9%	28,8%	25,3%
Doble presencia	59,6%	25,2%	15,2%
Estima	68,8%	16,7%	14,5%

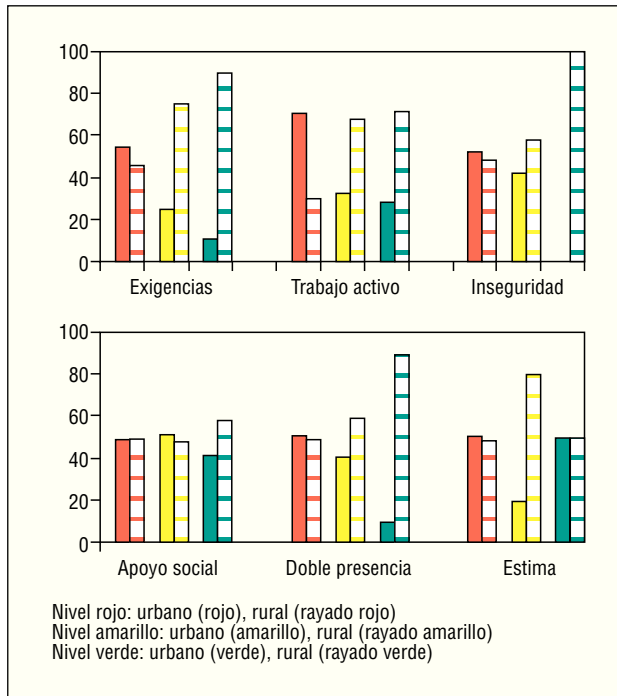


Figura 1. Comparación entre medio urbano y rural.

burnout o en la satisfacción laboral¹⁻⁴. Los riesgos psicosociales se han definido como «las interacciones entre el contenido, la organización, la gestión del trabajo y las condiciones ambientales, por un lado, y las funciones y las necesidades de los trabajadores, por otro». Las publicaciones revisadas ya apuntan hacia una relación entre los factores de riesgo psicosocial y la salud mental⁵, el absentismo laboral, la calidad del trabajo realizado y las actividades familiares y sociales⁶. Los resultados globales muestran un claro predominio de nivel rojo de exposición en todas las categorías analizadas, excepto en el trabajo activo y las posibilidades de desarrollo. La zona urbana presenta un nivel de exposición desfavorable mayor en todas las categorías excepto en la de apoyo social y liderazgo comparada con el medio rural.

P. Marín-Lluch, C. García-Domingo, J.L. Muñoz-Fernández y G. Rabanaque-Mallent
 Equipo de Atención Primaria. Puerto Sagunto. Valencia. España.

1. Varela-Centelles PI, Fontao Valcárcel LF, Martínez González AM, Pita Babío A, Valín Liz MC. Desgaste profesional entre los odontólogos del Servicio Gallego de Salud. *Aten Primaria*. 2005;35:301-5.
2. Sobrequés J, Cebriá J, Segura J, Rodríguez

- C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2003;31:227-33.
3. Olivar C, González S, Martínez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria*. 1999;24:352-359.
4. Prieto L, Robles E, Salazar LM, Daniel E. *Burnout* en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Aten Primaria*. 2002;29:294-302.
5. Benavides FG, Benach J, Jarque S, Gimeno D, Berra A. Factores psicosociales y trastornos de salud mental en el medio laboral. *Gac Sanit*. 1999;13:9210-10.
6. Escrivá V, Bernabé V. Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gac Sanit*. 2002;16:487-96.

Cálculo de la población susceptible ante una nueva campaña de vacunación frente a la varicela

Este trabajo ha sido desarrollado con recursos propios de la Dirección General

Palabras clave: Varicela. Inmunización masiva. Susceptibilidad a enfermedades.

de Salud Pública de la Región de Murcia.

Introducción. El Consejo Interterritorial ha recomendado recientemente la vacunación frente a la varicela en preadolescentes susceptibles¹. Esta estrategia es la que permite una mayor disminución de la morbimortalidad originada por la varicela² sin disminuir la circulación del virus, puesto que dicha disminución podría llevar a un aumento del herpes zoster en los adultos³. La estrategia de la Región de Murcia es vacunar a todos los preadolescentes susceptibles a la vez que se administra la segunda dosis de hepatitis B.

Objetivos. Determinar con un error de $\pm 5\%$ el número de dosis necesarias para vacunar a las personas susceptibles de la cohorte de 10 años de edad de la Región de Murcia.

Diseño. Encuesta descriptiva transversal postal, con recaptación telefónica de los no respondedores durante el primer mes. Se seleccionó aleatoriamente del Registro de vacunas de la Región de Murcia (con cobertura universal) una muestra de 450 niños de 10 años. Se envió por correo a sus padres un cuestionario en el que se les preguntaba sobre la historia de varicela clasificada en sí, no y dudoso. En el mismo envío se incluyó un sobre de respuesta prefranqueado. Se estableció contacto telefónico con los que no respondieron durante el primer mes. Se definió como «susceptibles» a los niños cuyos padres contestaban que sus hijos no habían pasado la varicela o no estaban seguros, y «no susceptibles» a los que declaraban haber pasado la varicela. El período del estudio fue marzo-junio de 2005. Los datos se analizaron con Epi-Info versión 2002.

Resultados. La tasa de respuesta fue del 84,4% tras la recaptación telefónica. Los susceptibles fueron el 27,6% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 23,3-32,5) y los no susceptibles de vacunación el 72,4% (IC del 95%, 67,5-76,7). Estratificando por la forma de obtención de la respuesta (correo frente a teléfono), no se observaron diferencias estadísticamente significativas (tabla 1). El número de dosis necesarias para vacunar a los susceptibles teniendo en cuenta los efectivos de la cohorte y la cobertura esperada es de 3.051.

TABLA 1. Distribución de personas susceptibles y no susceptibles según el medio de respuesta

	No susceptible a varicela N (%) (IC del 95%)	Susceptible a varicela N (%) (IC del 95%)	Total
Total	275 (72,4) (67,5-76,7)	105 (27,6) (23,3-32,5)	380
Correo	155 (70,8) (64,3-76,7)	64 (29,2) (23,3-35,7)	219
Teléfono	120 (74,5) (67,1-81,1)	41 (25,5) (18,9-32,9)	161

Discusión. Nuestros resultados muestran un número de dosis para vacunar a esta cohorte mayor de lo esperado. Basándonos en la población susceptible de 10-14 años del «Estudio seroepidemiológico: situación de las enfermedades vacunables en España, 1996»⁴, el número de dosis que es necesario adquirir es de 1.005. En función del valor predictivo negativo (VPN) calculado en otros países para este grupo de edad^{5,6}, cabría esperar que este número de dosis se duplicara, puesto que no se incluye la serología; sin embargo, nuestros resultados implican más del triple de dosis. Estos resultados pueden deberse a un menor VPN en nuestro medio, a que la muestra seleccionada haya sido de individuos de 10 años (en el límite inferior de la población de 10-14

años) o a una combinación de ambas. No se han detectado diferencias significativas respecto al medio de contestación (postal frente a telefónica), lo que aporta mayor robustez al estudio. Aunque el número de susceptibles puede disminuir hasta que se les vacune el próximo mes de noviembre, nuestro trabajo muestra que son necesarios un mayor número de dosis y de esfuerzos logísticos de los previstos inicialmente.

**J.J Pérez-Martín^a, P. Bernal-González^b, L. Fernández-Sáez^c
y J.A. Navarro-Alonso^b**

^aMedicina Preventiva y Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Murcia. España. ^bPediatría. Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Murcia. España. ^cEnfermería. Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Murcia. España.

años) o a una combinación de ambas. No se han detectado diferencias significativas respecto al medio de contestación (postal frente a telefónica), lo que aporta mayor robustez al estudio.

Aunque el número de susceptibles puede disminuir hasta que se les vacune el

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Enfermedades transmisibles. Vacunaciones. Calendario de vacunaciones recomendado, 2005. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.msc.es/proteccionSalud/infancia/vacunaciones/imagenes/c2005.gif>
2. Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases. En: Atkinson W, Hamborsky J, Wolfe S, editors. 8th ed. Washington DC: Public Health Foundation; 2004.
3. Brisson M, Edmunds WJ, Gay NJ, De Serres G. Modelling the impact on the epidemiology of varicella zoster virus. *Epidemiol Infect.* 2000;125: 651-69.
4. Estudio seroepidemiológico: situación de las enfermedades vacunables en España. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 1996.
5. Lieu T, Black S, Takahashi H, Ray P, Capra A, Shinefield H, et al. Varicella serology among school age children with a negative or uncertain history of chickenpox. *Pediatr Infect Dis J.* 1998; 17:120-5.
6. Boulianne N, Duval B, De Serres G, Deceuninck G, Massé R, Couillard M. Most ten-year-old children with negative or unknown histories of chickenpox are immune. *Pediatr Infect Dis J.* 2001; 20:1087-8.