

COMUNICACIONES ORALES

Jueves, 16 de noviembre

Sesión 1

Jueves, 16 de noviembre · 09.00-11.30h

Sala 3F (Centro de Eventos)

Anciano

FACTORES QUE DETERMINAN LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD FUNCIONAL EN LAS PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN LA COMUNIDAD. ESTUDIO DE COHORTE DE BASE POBLACIONAL

R. Villagrassa Creus, M. Serra Pujol, N. Trujillo Domínguez,
E. Palomera Fanegas y M. Serra-Prat

Grupo de Trabajo Estudio del Envejecimiento de Mataró. Hospital de Mataró;
ABS Cirera Molins, Mataró. Cataluña.
Correo electrónico: 38465ntd@comb.es

Objetivos: 1) Describir la evolución de la Capacidad Funcional (CF) de una cohorte de ancianos mayores de 70 años a los tres años de seguimiento y 2) Conocer los factores que determinan una mayor pérdida de CF.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio de cohortes de tres años de seguimiento (2002-2005). *Ámbito de estudio:* Estudio comunitario de base poblacional con muestreo aleatorio y recogida de datos en las Áreas Básicas de Salud. *Sujetos:* Sujetos de ambos性es de 70 años o más no institucionalizados. *Mediciones e intervenciones:* Se valoró la comorbilidad, el estado nutricional (MNA y albuminemia), CF (Barthel), fuerza muscular de agarre (con dinamómetro) y actividad física (horas andar fuera casa/día). Se calculó el porcentaje de pérdida de CF -[(Barthel inicial-Barthel final)/Barthel inicial]·100.

Resultados: Un 7,5% de la muestra había perdido más del 10% de su CF. Esta pérdida de funcionalidad no se relacionó de forma significativa con la comorbilidad del individuo, a excepción de ser portador de prótesis articulares. La pérdida de CF > 10% se relacionó de forma significativa con las siguientes características iniciales: edad, albuminemia, ejercicio físico y la fuerza muscular. La diferencia entre el Barthel inicial y el final se correlacionó de forma estadísticamente significativa con la fuerza muscular de agarre ($r_s = -0,218$, $p = 0,001$), el MNA ($r_s = -0,178$, $p = 0,009$) y la albuminemia ($r_s = -0,218$, $p = 0,001$).

Conclusiones: La fuerza muscular, el ejercicio físico y el estado nutricional parecen tener un papel más relevante que las comorbilidades en la pérdida de la CF de los ancianos de más de 70 años.

PREDICCIÓN DE MORTALIDAD MEDIANTE EL ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON (IC) APLICADO EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

J. Montero Alía, M. Jiménez González, M. Rodríguez Álvarez,
J. Juanola Costa y E. Zurilla Leonarte

CAP mataró7; Premià de Mar; Canet. SAP Mataró - Maresme. Mataró.
Cataluña.

Correo electrónico: 31297jma@comb.es

El Índice de Comorbilidad de Charlson (IC), desde su creación en 1987, se aplica de forma sencilla y rápida en la valoración inicial de la mayor

parte de pacientes hospitalarios. Son muchas las especialidades médicas y quirúrgicas que lo utilizan de forma sistemática. No hay experiencia de uso en atención primaria.

Objetivo: Conocer la relación entre el IC y la mortalidad en la población geriátrica visitada en atención primaria.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio de cohortes prospectivo multicéntrico. *Ámbito de estudio:* Urbano. *Sujetos:* Pacientes > 65 años asistidos por cualquier motivo durante el período 2003-2004. *Mediciones e intervenciones:* Se recogieron variables sociodemográficas y la presencia de cualquiera de las 19 patologías que incluye el índice. Seguimiento de un año. Se calculó la media de puntuación para el total y se estudiaron las diferencias según el estado vital mediante la comparación de medias.

Resultados: Se incluyeron 610 pacientes (58% mujeres) $x = 75^a$ (D.E: 6,7). La puntuación media del IC fue de 3,8 (D.E: 1,5; mediana = 4, intervalo = 2-11). Mortalidad anual: 2,3% (IC95%: 1-3) ($n = 14$) (35% mujeres). La tasa de mortalidad al año según puntuación del IC ajustado por edad fue: 0% si 2-3 puntos; 1,2% si 4 puntos; 3% si 5-6 puntos i 27,5% si ≥ 7 puntos. Se encontraron diferencias significativas en la media del IC según el estado vital (éxitus = 6,5; vivos = 3,8; $p < 0,001$).

Conclusiones: Existe relación entre la puntuación obtenida en el IC y la mortalidad hallada. Nuestra población es más anciana y más sana que la hospitalaria y las puntuaciones del IC son inferiores. Harían falta más estudios para valorar la utilidad de su práctica generalizada en AP.

EL BOTIQUÍN FAMILIAR DE PERSONAS MAYORES DE 64 AÑOS

V. Palop Larrea, I. Martínez-Mir, I. Pereiro Berenguer, A. Vivas Broseta, M. Pérez Pallares y R. Peiró Pérez

Grupo de Trabajo Multicéntrico sobre Automedicación y Botiquín familiar. Subdirección Departamento 11 de Salud de la Comunidad Valenciana; Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (fundación Hgu); CS Trafalgar; CS Faura; CS Sagunto; CS Alzira. Alzira. Valencia. Comunidad Valenciana. Correo electrónico: vpalop@hospital-ribera.com

Objetivos: Conocer las características del botiquín familiar (BF) de los mayores de 64 años.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Observacional transversal; cuestionario estructurado-entrevista domiciliaria con responsable del BF. *Ámbito de estudio:* Población urbana-semirural. *Sujetos:* Población diana 17.209 unidades familiares (UF). Tamaño muestral 300UF, muestreo aleatorio. *Mediciones e intervenciones:* Características sociodemográficas, de los medicamentos, problema de salud (PS) y origen prescripción.

Resultados: Trescientas UF (968 sujetos). Mediana miembros/UF: 3 (rango: 1-7). Los 4.460 medicamentos del BF pertenecen a 16 GT; media/UF: 21,6 (DE: 13,6).

Los > 64 años son 155 (mediana edad 74 años (DE: 7,2; rango: 65-101; 52,3% mujeres). El 73,5% son casado/emparejado, 23,9% viudo. El 92,9% son pensionistas; 21,9% tienen CLT. Pertenece a 102 UF (298 sujetos).

El BF contiene 1593 medicamentos (75% guardan prospecto), media/UF: 15,6 (DE: 16,9). Pertenecen a 14 GT: 415 (26,1%) Dermatológico, 283(17,8%) Sistema nervioso, 183 (11,5%) Respiratorio, 179(11,2%) Locomotor, 157 (9,9%) Digestivo y metabolismo, 146 (9,2%) Hierbas medicinales. El 55% de PS por los que se median:

Traumatismos, Catarro-tos, Dolor de espalda-neuralgia, Problemas de estómago y Jaqueca-dolor de cabeza.

Origen prescripción: 523 (32,8%) por prescripción (399(25,0%) Médico de Cabecera), 869(54,6%) automedicación (412(25,9%) ama de casa), 201(12,6%) desconocido.

GT más utilizados en automedicación: 320(36,8%) Dermatológico, 144(16,6%) Sistema nervioso, 138(15,9%)

Hierbas medicinales.

Conclusiones: En el BF los GT más frecuentes y los PS por los que toman coinciden con lo publicado en la bibliografía. La automedicación es elevada. En el origen de la prescripción el ama de casa tiene el papel principal seguido por el médico de cabecera.

Proyecto investigación FIS PI01/1180 y Consellería Sanidad Valencia PS037/2002.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LOS ANCIANOS: ¿CÓMO ES Y QUÉ FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS SE ASOCIAN?

E. Castro Martín, E. Gavilán Moral, L. Pérrula de Torres, F. Varas-Fabra, M. Fernández Fernández y R. Ruiz Moral

UD de MFyC de Córdoba. Córdoba. Andalucía.

Correo electrónico: egavilan@wanadoo.es

Objetivos: Describir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de una población anciana no institucionalizada e identificar los factores sociodemográficos relacionados.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio transversal. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Muestra aleatoria representativa de 362 sujetos con 70 años ó más. *Mediciones e intervenciones:* Se recogieron variables sociodemográficas y se valoró la CVRS con el cuestionario Euro-QoL-5D (EQ-5D). Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para identificar los factores sociodemográficos asociados a la CVRS.

Resultados: La media de edad fue de 76,6 años, siendo mujeres el 58,3%. La puntuación media en la escala visual analógica del EQ-5D fue 60,8 (IC 95%: 58,9-62,7), mientras que la tarifa social fue de 0,66 (IC 95%: 0,63-0,68). La proporción de personas con problemas en las dimensiones del EQ-5D fue: movilidad, 48,1%; cuidado personal, 24,5%; actividades cotidianas, 39,8%; dolor/malestar, 67,9%; ansiedad/depresión, 44,5%. La presencia de problemas aumenta significativamente conforme aumenta la edad ($p < .001$). Las personas de mayor edad y las mujeres presentan peor CVRS; otros factores, como el pertenecer a una clase social menos favorable y tener menor nivel educativo, se asocian también de forma independiente con padecer problemas en algunas dimensiones de la CVRS.

Conclusiones: La CVRS de nuestra población anciana es peor a la hallada en otros trabajos. Diversos factores sociodemográficos, como la edad, el sexo, la educación y la clase social, tienen cierta influencia sobre la CVRS de los ancianos. El impacto de estos resultados en el uso de nuestros recursos sociosanitarios y otros resultados clínicos nos es desconocida.

INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LA DISCAPACIDAD EN PERSONAS MAYORES DE 75 AÑOS QUE VIVEN EN LA COMUNIDAD

J. Espaulella Panicot, M. Serradell Soldevila, A. Arnau Bartés, J. Canudas Canadell, M. Barneto Soto y A. Leiva Rus

ABS Vic Sud; CAP El Remeci; Hospital de la Sta. Creu de Vic; Unitat d'Epidemiología Clínica Hospital General de Vic. Vic. Cataluña.

Correo electrónico: marta@eapvic.com

Objetivos: Determinar la incidencia de discapacidad y los factores de riesgo asociados a los 12 y 24 meses de una evaluación geriátrica basal en una población mayor de 75 años en la comunidad. Determinar la mortalidad durante este período.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio de cohortes prospectivo longitudinal con seguimiento a los 12 y 24 meses. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* 315 personas mayores de 75 años sin deterioro funcional grave, que no están en atención domiciliaria, sin demencia grave, no institucionalizadas ni en situación de enfermedad terminal. *Mediciones e intervenciones:* Se han realizado 2 evaluaciones geriátricas a los 12 y 24 meses de una evaluación basal, valorando el estado funcional mediante los índices de Barthel y Lawton así como posibles factores de riesgo de discapacidad. La variable resultado es la discapacidad definida por la pérdida de 10 o más puntos en el índice de Barthel y/o la pérdida de una o más actividades instrumentales respecto a la valoración basal.

Resultados: A los 12 meses de la evaluación basal la incidencia de discapacidad según índice de Barthel fue del 10,8%, según el índice de Law-

ton fue del 16,9%. La mortalidad fue del 5,4%. Las variables que se correlacionan con más discapacidad son el ingreso hospitalario en los últimos 6 meses, la presencia de deterioro cognitivo, la alteración del equilibrio y la edad.

Conclusiones: Faltando los resultados de la evaluación a los 24 meses, la detección precoz de pacientes con alto riesgo de dependencia nos permite permitir la aplicación de intervenciones de prevención de la discapacidad en la población anciana atendida en la comunidad.

FACTORES PREDICTORES DE DETERIORO FUNCIONAL EN MAYORES DE 89 AÑOS

A. Ferrer, F. Formiga, I. Lombarte, M. Adrian, L. Villuendas y P. Echevarría

CAP El Pla; Hospital Bellvitge, Uffis Geriatría. St Feliu de Llobregat, Barcelona. Cataluña.

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

Objetivos: Determinar posibles factores predictores de deterioro funcional en mayores de 89 años

Material y métodos: *Tipo de estudio:* observacional longitudinal de cohortes. *Ámbito de estudio:* Atención primaria. *Sujetos:* Se eligió de un estudio previo poblacional de 305 mayores de 89 años, una cohorte ($n = 97$) de nonagenarios libres de discapacidad: Índice Barthel (IB) > 90, Miniexamen Cognitivo Lobo (MEL) > 24 y, no institucionalizados. *Mediciones e intervenciones:* Datos sociodemográficos, IB, Índice Lawton (IL), MEC, Índice de comorbilidad de Charlson (IC), enfermedades crónicas, fármacos y, estado nutricional con MNA-abreviado. Comparamos al año sujetos con pérdida > 9 puntos en IB con el resto y, el grupo con nueva aparición de dependencia severa (IB < 60) también con el resto. Las variables significativas del análisis univariante, fueron exploradas mediante regresión logística (p significativa < 0,05)

Resultados: 39 nonagenarios mostraron pérdida en IB superior a 9, hallándose asociación en el análisis univariante con menor IL ($p = 0,003$) y mayor disminución de A visual ($p = 0,01$); en el análisis multivariante fue factor independiente IL (OR 0,74, IC 0,60-0,91). 18 nonagenarios adquirieron dependencia severa y mostraron asociación en el análisis univariante con menor IL ($p = 0,004$), menor MEC ($P = 0,01$), AVC ($p = 0,009$) y, peor IC ($p = 0,03$) en el análisis multivariante fueron factores predictores de deterioro funcional AVC (OR 3,39 IC 1,01-11,34) e IL (OR 0,65 IC 0,47-0,89)

Conclusiones: Fueron factores predictores de deterioro funcional IL y AVC en una cohorte de nonagenarios al año de seguimiento

FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN NONAGENARIOS

A. Ferrer, F. Formiga, I. Lombarte, P. Echevarría, C. Fernández y M. Adrian

CAP El Pla; Hospital Bellvitge, Uffis Geriatría. St Feliu de Llobregat, Barcelona. Cataluña.

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

Objetivos: Determinar posibles factores predictores de mortalidad en mayores de 89 años

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Observacional longitudinal de cohortes. *Ámbito de estudio:* Atención primaria. *Sujetos:* Todos los nonagenarios asignados a los dos Centros de Atención Primaria de un municipio urbano de 42 000 habitantes. *Mediciones e intervenciones:* Los participantes eran entrevistados, al inicio y a los 12 meses de seguimiento, en el domicilio o centro de atención primaria. Se registraron: datos sociodemográficos, capacidad para actividades básicas con Índice Barthel (IB) e instrumentales con Índice Lawton (IL), cognición con Miniexamen Cognitivo de Lobo (MEC), comorbilidad con Índice Charlson (IC), enfermedades crónicas y fármacos y, estado nutricional con MNA-abreviado. Las variables significativas en el análisis univariante, fueron exploradas mediante análisis de regresión logística (p significativa < 0,05)

Resultados: Evaluamos 186 nonagenarios con una edad media 93,07 años (3,15), 72% eran mujeres. El índice de mortalidad fue del 19,3%. Mostraron asociación con mayor índice de mortalidad, en el análisis bivariante: IB ($p = 0,0001$), IL ($p = 0,001$), MEC ($p = 0,002$), MNA ($p = 0,0002$); IC ($p = 0,01$) e I cardíaca ($p = 0,001$). En el análisis multivariante fueron factores significativos independientes, de mortalidad al pri-

mer año: la edad (OR 1,10; IC 1,01- 1,20), I cardiaca (OR 4,57; IC 2,32- 8,97) y bajo MNA (OR 0,86 IC 0,77- 0,97)

Conclusiones: Edad, insuficiencia cardiaca y MNA-abreviado se muestran como factores predictores de mortalidad al primer año en una cohorte urbana de mayores de 89 años.

PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN MAYORES DE 70 AÑOS

T. Albiol Varella, J. Elias Artiga, M. Puiggròs Veny, M. Garau Miquel, M. González-Bals González e I. Socias Buades

CS Manacor. Manacor. Illes Balears.

Correo electrónico: jaumeelias9@hotmail.com

Objetivos: Estimar la prevalencia de desnutrición en mayores de 70 años y los factores asociados. Evaluar la validez de la Short Form Mininutritional Assessment (SF-MNA) comparado con el MNA.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Zona Básica de Salud Rural. *Sujetos:* Mayores de 70 años registrados en 3 cupos seleccionados mediante muestreo aleatorio sistemático. *Mediciones e intervenciones:* Variables sociodemográficas, convivencia, cuidadores, apoyo social (DUKE-UNC-11), ingresos hospitalarios, enfermedades crónicas, talla, peso, tratamientos, Katz. Para valorar desnutrición se utilizaron el SF-MNA y el MNA.

Resultados: Se incluyeron 171 sujetos, 37,4% eran hombres, edad media 78,6 (DE 5,8), el 40,9% tenían estudios primarios, 51,5% casados, 68,4% vivían acompañados, 66,1% sin cuidador principal, 94,7% declaraban apoyo familiar y un 4,1% tenían un apoyo social bajo. El 15,2% tuvieron un ingreso en el último año, entre un 90-99% eran independientes en las dimensiones del Katz. Un 12,6% (IC95% 7,1-18,0) presentaban riesgo de malnutrición según el MNA y ninguno malnutrición. La existencia de riesgo de malnutrición no se asociaba con sexo, edad, apoyo familiar, social, ingresos, estado civil ni estudios. Se encontró mayor prevalencia en los que vivían solos (20%) respecto a los acompañados (9,2%) P = 0,056 y mayor número de enfermedades crónicas (mediana 4 en riesgo y 3 en normales) P = 0,001. El cribaje con SF-MNA resultó con una prevalencia del 16,5% (IC95% 10,6-22,3) con sensibilidad del 60%, especificidad 92%, VPP 52,2% y VPN 94,1%.

Conclusiones: Se detecta riesgo de malnutrición en un 16,5%, con mayor prevalencia en sujetos que viven solos y presentan mayor morbilidad. El SF-MNA presenta alta especificidad y baja sensibilidad.

SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN ANCIANOS DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

M. Juarez Laiz, I. Hospital Guardiola, I. Guinea Oruechevarria, Sayed, R. Tell Busquets y A. Vila Corcoles

ABS Valls Urbà. Valls. Cataluña.

Correo electrónico: marimarjuarez@yahoo.es

Objetivos: Conocer el grado de cumplimiento de las actividades preventivas recomendadas en mayores 65 años por parte de los equipos de atención primaria.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal de base poblacional. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Muestra aleatoria de 270 sujetos del censo poblacional de una ABS urbana. *Mediciones e intervenciones:* Entrevista domiciliaria y registros informatizados del ABS. Variables estudiadas: edad, sexo, vacuna antigripal (VAG), antineumocócica (VAN), antitetánica (VAT), cribado de hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia (HC), obesidad, hábitos tóxicos (tabaco y alcohol), cáncer ginecológico (útero y mama)

Resultados: 51% mujeres, edad: 76,8 años (DE 7,4). Porcentaje de cumplimiento de VAG: 70%, VAN: 63%, VAT: 62%. Cribado de obesidad: 51%, HTA: 62%, HC: 70%, Tabaquismo: 76% en hombres, 52% en mujeres, consumo alcohol: 3%. Cribado cáncer útero: 37%, mama: 80%. Entre sexos solo hemos encontrado d.s. en el cribado de hábitos tóxicos. Entre grupos de edad, aumenta el porcentaje de cobertura vacunal entre los mayores de 75 años significativamente.

Conclusiones: El cumplimiento de las actividades preventivas recomendadas es baja entre nuestros ancianos. El cribado de hábitos tóxicos es el que tiene peor cumplimiento, sobretodo en mujeres. El registro de talla y peso es muy bajo. El cribado de cáncer de mama tiene cifras aceptables pero no el de útero. Creemos que algunos de los bajos porcentajes obtenidos podrían ser debidos a un infraregistro, ya que frecuentemente si se cumplimenta pero no se registra, sobretodo en los ancianos atendidos en su domicilio. Se precisaría un esfuerzo en este sentido.

CONTROL DE RESIDENCIAS GERIÁTRICAS EN UN ÁREA BÁSICA DE SALUD SEMIURBANA

M. de Aysa Nieto, N. Pacheco Rubio, N. Moreno Millán, A. Anaya Mejías, B. Brun Alonso y L. Pons Pons

CAP Montcada i Reixac. Montcada i Reixac. Cataluña.

Correo electrónico: 17543mdn@comb.es

Objetivos: Mejorar el control clínico y la distribución de pacientes asignados en las residencias e un ABS semiurbano, y valorar la satisfacción del personal de los circuitos después de un estudio de intervención.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención primaria-residencias. *Sujetos:* Pacientes y personal de residencias y ABS. *Mediciones e intervenciones:* En 2003, ante las dificultades de coordinación con las 4 residencias, se realizó espina de Ishikawa y se priorizó: control clínico insuficiente y cargas asistenciales. La estrategia fue la redistribución de la carga y la mejora del control clínico.

Se valoró el control de 3 años (2004-2006) según registro de problemas de salud, tratamiento, vacunas, actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y test de Braden en un programa de atención domiciliaria.

Se realizó encuesta de satisfacción (escala Likert 1-5) entre el personal, que valoró: ahorro de tiempo, comunicación residencia-ABS y mejora del control de los residentes.

Resultados: Clínicos: el registro de problemas de salud y vacunas mejoraron de forma no significativa, del 88,5% al 96,3% (p = 0,09), y del 91,8% al 95,1% (p = 0,43), respectivamente. El registro del tratamiento pasó del 88,5% al 98,8% (p = 0,02), las ABVD del 23% al 64,2% (p < 0,001), el test de Braden del 21,3% al 64,2% (p < 0,001). En las residencias con peor registro al inicio (< 50%) todos los ítems mejoraron de forma significativa (p < 0,01). Encuesta de satisfacción: mejoras del nivel asistencial (3,9), comunicación residencia-ABS (3,3), tiempo ahorrado en trámites y receñas (4,3), y bloqueo de consultas (4,5).

Conclusiones: Han mejorado los registros clínicos, especialmente aquellos más deficientes al inicio, como el tratamiento, las ABVD y el test de Braden.

La satisfacción en general es buena, se ha ahorrado tiempo en trámites y evitado el bloqueo de las consultas.

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES MAYORES DE 65 QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO Y LA POSTERIOR ACTUACIÓN DE SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

D. Gómez Rodríguez, A. Gómez Muñoz, A. Hernández García, A. Martínez Rubio, M. Calleja Carbajosa y R. López Izquierdo

Hospital Universitario Rio Hortega. Valladolid. Castilla y León.

Correo electrónico: rulo636@yahoo.es

Objetivos: 1^a Fase: Determinar estado nutricional de población mayor de 65 años que acude a un servicio de urgencias hospitalario (SUH), identificar factores asociados. 2^a Fase: Conocer acciones posteriores por Médico de Atención Primaria (MAP) conocido el estado nutricional del paciente.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio transversal longitudinal. Realizado en dos fases. *Ámbito de estudio:* Urgencias Hospitalarias. *Sujetos:* Se realizó Mini Nutritional Assessment (MNA) a 100 pacientes mayores de 65 años que acudieron al SUH, Marzo 2006. *Mediciones e intervenciones:* 1^a fase: enfermedades asociadas, tratamiento farmacológico, motivo de consulta, Índice de Katz (IK), procedencia. Se entregó hoja con resultado y recomendaciones según MNA, para entregar al MAP. 2^a fase: Se realizó encuesta telefónica a los pacientes que participaron en 1^a fase para conocer si habían visitado al MAP, si este había realizado alguna intervención. Programa estadístico SPSS11.0. a = 0,005. Empleo X2 para comparación de variables cualitativas.

Resultados: 1^a fase: N = 100,54, 4% mujeres. Edad media: 79,12 ± 6,85. Institucionalizados: 8,9%, 40,9% medio rural. DM: 24,4%, Problemas dentición-deglución: 28,9%. Depresión: 16,7%. Neoplasia: 12,2%. Polimedición: 77,7%. 55,1% consultaron por patología cardiorrespiratoria. El 77,8% obtuvo nivel A de IK. Pacientes en riesgo de malnutrición: 30,6%. Malnutridos: 9,4%. Ser mujer (p = 0,021), neoplasias (p = 0,006), estreñimiento (p < 0,005), depresión (p = 0,004) resultaron factores estadísticamente significativos para presentar riesgo y/o malnutrición. No hubo diferencias en: polimedición, institucionalización, IK, motivo consulta, procedencia. rural/urbana. 2^a fase: N = 58,93, 1% acudieron al MAP. Actuaciones del MAP en pacientes en riesgo y/o malnutridos: repitió MNA: 13,3%, pesó

el 73,3%, midió circunferencia braquial/pierna: 13,3%, recomendado dieta: 26,7%, analítica: 80,0%, seguimiento: 86,7%. No diferencias significativas en actuaciones realizadas entre pacientes de riesgo y/o malnutridos vs bien nutridos excepto en la realización de analítica ($p = 0,001$)

Conclusiones: Llama la atención el elevado número de pacientes que presentaron riesgo y/o malnutrición. La mayoría son mujeres. Es importante reconocer los factores que influyen en el riesgo de malnutrición como síndrome depresivo, estreñimiento o neoplasias. La gran mayoría de pacientes encuestados en 2ª fase habían acudido al MAP. Este realizó una analítica a pacientes en riesgo y/o malnutridos en muchos de ellos. Sin embargo, no se efectuó una intervención específica en los casos de riesgo y/o malnutrición en la mayoría de los casos.

sentativa de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 antes de 2005. **Mediciones e intervenciones:** Variables estudiadas: edad, sexo, hemoglobina glicada, complicaciones de la enfermedad, comorbilidad, tipo de tratamiento para la diabetes, número de tomas de medicación diarias y para la diabetes, escalas para medición de acontecimientos vitales estresantes, función familiar, apoyo social y percepción subjetiva de salud. Adherencia al tratamiento por el test de Morisky-Green. Se realiza regresión logística para control de factores de confusión.

Resultados: 71 pacientes, el 52,1% mujeres y edad de $67,07 \pm 9,44$. La adherencia al tratamiento es de 57,7%. Las diferencias fueron estadísticamente significativas para función familiar ($p < 0,02$), presencia de estresantes vitales ($p < 0,015$).

No había diferencias estadísticamente significativas según el apoyo social ($p = 0,09$).

Los pacientes con buen control tenían mayor adherencia ($p < 0,03$). Al realizar la regresión logística, la OR para mal cumplimiento era de 0,32 (IC95% 0,107 – 0,963) para estresantes vitales no causantes de problemática psicosocial y de 0,27 (IC95% 0,075 – 0,964) para función familiar normal.

Conclusiones: La adherencia al tratamiento de la diabetes depende de la existencia de situaciones estresantes en los pacientes y del funcionamiento de sus familias.

Si mejoramos la adherencia mejoraremos el grado de control de nuestros pacientes.

Desde atención primaria deberíamos promover el abordaje familiar en pacientes diabéticos para mejorar su adherencia y control.

Sesión 2

Jueves, 16 de noviembre - 09.00-11.30h

Sala 3G (Centro de Eventos)

Adherencia al tratamiento

SEGUIMIENTO DE LA DIETA EN UN ESTUDIO DE INTERVENCIÓN EN EL CAMPO DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO DE LAS DISLIPEMIAS

M. Martínez Vázquez, E. Márquez Contreras, L. Luque Romero, J. Castillo Ferrando y J. Villar Ortiz

CS La Orden; Centro de Salud de Vila Real de Santo Antonio. Huelva, Vila Real de Santo Antonio. Andalucía, Portugal.
Correo electrónico: solmtnz@terra.es

Objetivos: Analizar la eficacia de una intervención (el uso de una “tarjeta sanitaria”) en el cumplimiento terapéutico de las dislipemias y secundariamente en el perfil lipídico de los pacientes.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio observacional prospectivo de intervención sanitaria de 11 meses de duración. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* 110 hipercolesterolemicos con indicación de estatinas, distribuidos en dos grupos aleatorios de 55 pacientes: Grupo de control: recibieron la educación sanitaria habitual de la consulta a demanda; Grupo de intervención: recibieron además una tarjeta. **Mediciones e intervenciones:** Se realizó una visita de inclusión al inicio del estudio y cinco visitas programadas (1 en el c.s y 4 en el domicilio del paciente por sorpresa) determinándose presión arterial, recuento de comprimidos y registro de la tarjeta. Cumplidor: consumo de fármacos del 80-110% del prescrito. Se analizaron los porcentajes de cumplidores. Se calculó RRA, RRR y el NNT. Se utilizaron los test de chi cuadrado, t de Student y McNemar test. **Resultados:** Fueron evaluables 106 individuos, cumplidores el 87% en el GI y el 69,2% en el GC ($p = 0,02$). La RRA fue del 24,8%, la RRR del 80,5% y el NNT de 4,03 pacientes. El 55,6% de los pacientes sigue los consejos dietéticos (65% del GI). Un 18% prefiere tomar medicación y no hacer dieta. Un 9,5% abandona la dieta cuando normaliza analítica.

Conclusiones: Nuestra intervención es una medida eficaz para mejorar el porcentaje de cumplidores en el tratamiento farmacológico de las dislipemias y en la dieta y podría ser asumida por la sanidad pública por su bajo coste, fácil aplicabilidad y eficacia demostrada.

MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DIABÉTICOS:

¿EL ABOCADJE FAMILIAR ES NECESARIO?

M. Giménez Renom, J. Bonet Simó, M. Yuste Marco, E. Castro Rodríguez, F. Solé Sancho y M. Iglesias Martínez
CAP Badia del Vallès. Badia del Vallès. Cataluña.
Correo electrónico: milaiglesias@camfic.org

Objetivos: Conocer si los factores psicosociales influyen en la adherencia al tratamiento en diabéticos.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Centro de salud urbano. *Sujetos:* Muestra aleatoria repre-

DE LA CONSULTA AL DOMICILIO A TRAVÉS DEL AMPA: OPTIMIZANDO EL CONTROL TENSIONAL Y MEJORANDO LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

J. Alfaro González, M. Izquierdo Ros, Y. Torralba Toplham, I. Casas Aranda, L. Gúirao Sánchez y L. García-Giralda Ruiz

CS de Alguazas; CS Murcia –Centro; Consultorio Simón García. Murcia.
Correo electrónico: mitizquierdo@yahoo.es

Objetivos: Analizar el grado de control de la TA de los pacientes en programa de crónicos con la técnica de automedición ambulatoria de la presión arterial (AMPA) y valorar nivel de adherencia a dicha técnica.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio naturalístico, longitudinal, abierto, multicéntrico, con doble toma inicial de TA, análisis del patrón circadiano tensional a través de MAPA y seguimiento del control tensional durante 6 meses con AMPA de los pacientes hipertensos en programa de crónicos conforme a los criterios de la SEH-LELHA. *Ámbito de estudio:* Atención primaria. *Sujetos:* Muestra de 96 pacientes (IC 95%) para una población de hipertensos de 10.843 pacientes. **Mediciones e intervenciones:** MAPA con dispositivo validado SpaceLabs 90207. AMPA con tensiómetro braquial OMRON m6-m7-7501 ti.

Resultados: La adherencia a AMPA ha sido del 90,63% (87). La satisfacción de la técnica AMPA medida por EVA (escala visual analógica) ha sido del 95%. La TA medida a los seis meses de seguimiento ha sido 133/78 variando significativamente respecto a la inicial (d 9.4/5.6, $p < 0,001$) incrementándose en un 64.86% los pacientes que cumplen los criterios de control para AMPA (135/85).

Conclusiones: Las diferencias entre el AMPA inicial y final se deben a mayor concienciación de los pacientes con su tratamiento al tener un referente claro con el que controlarse, mejorando la adherencia terapéutica. La técnica AMPA es más eficaz en el control de la TA de los pacientes en programa de crónicos y responsabiliza al paciente en su autocuidado permitiendo detectar cambios tensionales que de otra forma nos pasarían inadvertidos

INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO Y MOTIVOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

C. Sacristán González-Mataix, S. Bauer Izquierdo, V. Barrado Solís y J. Navarro Pérez
CS Salvador Pau Valencia. Valencia. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: acorven@hotmail.com

Objetivos: Determinar si la población que acude a un servicio de urgencias hospitalario posee un perfil de incumplidor terapéutico y de mal control de su patología crónica.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Servicio de urgencias hospitalarias Hospital Clínico de Valencia. *Sujetos:* Población que acude a un servicio de urgencias hospitalarias. N = 180. *Mediciones e intervenciones:* Se recogen variables sociodemográficas, relacionadas con el riesgo cardiovascular, se utiliza el test de Morisky-Green sobre cumplimiento terapéutico y se tipifican los motivos de urgencias. Análisis estadístico: para comparar el cumplimiento con las variables cualitativas categóricas se utilizó la Chi-cuadrado.

Resultados: Edad media: 55,8 años, mujeres: 54,4%, hipertensión arterial: 34,4%, dislipidemia: 16,7%, tabaquismo: 7,2%, diabetes tipo 2: 17,0%, antecedentes de enfermedad cardiovascular: 16,8%.

El 80,6% llevaban tratamiento crónico, siendo incumplidores el 27,2% del total. No existen diferencias según género. Por motivos de consulta, el 21,7% acudió por molestias digestivas, el 16,7% neurológicas, el 15,6% cardiovasculares, el 15,6% nefrourológicas, el 10,0% respiratorias y el 8,9% del aparato locomotor.

Existen una correlación estadística entre incumplimiento terapéutico e hipertensión arterial y diabetes. La correlación entre incumplimiento y motivos de consulta a urgencias no alcanzó significación estadística.

Conclusiones: Aunque el porcentaje de personas incumplidoras que acuden a los servicios de urgencias hospitalarios es alto (27,2%), no existen relación estadística con el motivo de la consulta.

ADHERENCIA ANTIBIÓTICA EN LAS INFECCIONES FARÍNGEAS

J. Cots Yago, M. Gómez García, R. Calvo Müller, C. Rodríguez Fernández, S. Hernández Anadón y C. Llor Vilà

CS San Cristóbal; CS General Ricardos. Madrid.

Correo electrónico: carles.llor@urv.cat

Objetivos: Determinar el grado de adherencia de los pacientes con sospecha de faringitis bacteriana tratada con antibióticos.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio transversal observacional. *Ámbito de estudio:* 3 centros de salud. *Sujetos:* Se incluyeron consecutivamente pacientes diagnosticados de faringitis supuestamente estreptocócica. *Mediciones e intervenciones:* Los pacientes recibieron tratamiento con uno de los siguientes antibióticos mediante asignación sistemática: telitromicina (T) 800 mg/24 h/5 d, claritromicina (C) 500 mg/12 h/10 d, amoxicilina (A) 500 mg/8 h/8 d o eritromicina (E) 500 mg/6 h/10 d. Antes de acabar el tratamiento recibieron la visita de una enfermera quien evaluó el recuento de comprimidos (RC). Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, régimen, síntomas y signos que se presentaban. Se efectuaron tests de t-Student y ANOVA considerando significación estadística si $p < 0,05$.

Resultados: Se reclutaron a un total de 155 pacientes (58,7% mujeres) con una edad media de $30,6 \pm 14,4$ años. 31 pacientes presentaron un RC < 80% (20% de no-adherencia) y 47 pacientes un RC < 90% (30,3%). El RC medio fue del 88,3%. La adherencia fue más alta entre los pacientes tratados con telitromicina (RC con T: 98,7%; C: 88,7%; A: 86%; E: 81%; $p < 0,001$). Además, el número de pacientes con un RC < 90% fue más alto entre los pacientes tratados con eritromicina (E: 50%, A: 34,1%, C: 31%, T: 3%; $p < 0,001$).

Conclusiones: Cuantas más veces se toma un antibiótico al día, menos adherencia se observa. Aunque los médicos deben considerar los tratamientos de primera línea cuando se administran los antimicrobianos hay que tener presente también la posible no-adherencia por parte del paciente, en cuyo caso, elegir un tratamiento alternativo que sea cómodo de tomar.

¿SE TOMAN CORRECTAMENTE LOS PACIENTES LOS ANTIBIÓTICOS QUE SE ADMINISTRAN TRES VECES AL DÍA?

C. Llor Vilà, S. Hernández Anadón, J. Llop Margalef, C. Bayona Faro, M. Hernández Anadón y J. Cots Yago

CS Jaume I. Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: carles.llor@urv.cat

Objetivos: Hay muchos métodos indirectos para conocer el grado de adherencia terapéutica pero según la literatura médica el que más se aproxima al cumplimiento real es el monitor electrónico que registra las veces que se abre el envase (MEMS). El objetivo es conocer el grado de incumplimiento con antibióticos que se administran tres veces al día en infecciones respiratorias.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio prospectivo observacional iniciado en octubre 2005 hasta ahora. *Ámbito de estudio:* Dos cupos de atención primaria. *Sujetos:* Inclusión consecutiva de pacientes de ambos cupos con infecciones respiratorias tributarios de tratamiento ambulatorio con amoxicilina y amoxicilina/ácido clavulánico, ambos con 24 comprimidos. *Mediciones e intervenciones:* A todos los pacientes se entregó el antibiótico en envases con MEMS, convenciéndoles que los retornaran al acabarlo. Cuantificación posterior del MEMS con el programa informático Aardex (Suiza).

Resultados: Se incluyeron 58 pacientes, 20 pacientes con amoxicilina y 38 con amoxicilina/ácido clavulánico. Edad media: 55,5; mujeres: 60,3%. Las medias de apertura durante los ocho días de curso antibiótico fueron de 2,36, 2,64, 2,5, 2,4, 2,28, 2,02, 1,53 y 1,12 respectivamente. En el día 2, no abrieron el envase 5,2% de los pacientes por la mañana, 24,1% tarde y 6,9% noche. Día 3: 6,9%-25,9%-17,2%. Día 4: 17,2%-25,9%-17,2%. Día 5: 17,2%-32,8%-22,4%. Día 6: 24,1%-37,9%-34,5%. Día 7: 41,4%-58,6%-46,6%. Día 8: 51,7%-65,5%-70,7%. 28 sujetos tomaron > 19 comprimidos (48,3%). Sólo 15 tomaron más del 79% de los comprimidos y no dejaron más de 12h entre tomas (25,9%).

Conclusiones: El incumplimiento con antibióticos que se administran tres veces al día es más alto del esperado cuando se analiza con el MEMS.

Uso adecuado de medicamentos (1)

ACTITUD Y GRADO DE ACUERDO DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA HACIA LOS GENÉRICOS

J. Rodríguez Calvillo, M. López González, T. López García y A. Cueto Espinar

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Oviedo. Asturias.

Correo electrónico: jarodriguezc.ou@uniovi.es

Objetivos: 1) Describir la "Actitud" y el grado de "Acuerdo" de los médicos de AP asturianos hacia las EFG. 2) Analizar los factores predictores de ambos determinantes de la conducta.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Cuestionario postal autoaplicado con 56 ítems. *Ámbito de estudio:* Centros de AP de Asturias. *Sujetos:* 797 médicos de AP. *Mediciones e intervenciones:* Se midieron, entre otros determinantes de la conducta, la "Actitud", el grado de "Acuerdo" y diferentes variables sociodemográficas. Se realizaron análisis bivariantes utilizando la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para las variables cualitativas y la correlación de Pearson para las cuantitativas.

Resultados: El porcentaje de respuesta fue del 60,98%. La Actitud global fue de 0,86 (0,80-0,92) en un rango entre "-1,73" (péssima) y "2,45" (óptima). Las principales ventajas percibidas tienen que ver con aspectos económicos, mientras que las principales desventajas están en relación con la oposición de los pacientes. El promedio del Acuerdo fue de 3,74 (3,64-3,84), con un rango entre "0" y "5". Se halló asociación estadísticamente significativa entre la "Actitud" y la especialidad médica ($p = 0,011$) y entre el "Acuerdo" y las variables edad ($p = 0,014$) y ser tutor de residentes ($p = 0,020$). Además, se correlacionan significativamente con el porcentaje de prescripción de EFG, siendo sus coeficientes de correlación 0,20 ($p < 0,01$) y 0,229 ($p < 0,01$), respectivamente.

Conclusiones: Los médicos asturianos tienen una actitud positiva - aunque mejorable - y un alto grado de acuerdo con la prescripción de EFG. Los médicos con mejor actitud y mayor grado de acuerdo prescriben genéricos en mayor cantidad, así como los más jóvenes, los pediatras y los tutores de residentes.

POTENCIALES INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS CON SIGNIFICACIÓN CLÍNICA EN POLIMEDICADOS. PAPEL DE LOS PSICOFÁRMACOS

V. Coronado Vázquez, S. Baz Montero, F. Atienza Martín, M. Martín Gómez y B. Guevara Zuazo

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

Objetivos: *Principal:* Determinar la prevalencia de interacciones farmacológicas potenciales en pacientes con polimedication. *Secundarios:* Estu-

diar la asociación con el número de fármacos consumidos. Valorar las interacciones relacionadas con los psicofármacos.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Centro de Salud rural. *Sujetos:* Pacientes con criterio de polímedicación (consumo de 5 ó más fármacos más de 6 meses), obtenidos a partir de registros del Centro de Salud por muestreo aleatorio simple. Con un NC del 95%, una precisión del 6% y una prevalencia esperada del 20% se obtiene un tamaño muestral de 171 pacientes. *Mediciones e intervenciones:* N° de interacciones farmacológicas con relevancia clínica. N° de fármacos consumidos. N° de interacciones por psicofármacos. Fármacos más frecuentemente implicados.

Resultados: La prevalencia de interacciones medicamentosas fue de 73,1%. Existe una correlación positiva significativa entre el número de fármacos consumidos y el número de interacciones ($r = 0,446$; $p < .000$). El 30,4% son de naturaleza mixta. En el 59,1% de los casos es adversa. El 39% de los hombres y el 55,4% de las mujeres toman psicofármacos ($p < 0,042$). El 100% de las interacciones causadas por éstos, son adversas ($p < .000$), siendo las benzodiacepinas de acción prolongada la causa más frecuente.

Conclusiones: Las interacciones medicamentosas son frecuentes en los polimedidos, y están relacionadas con el número de fármacos prescritos.

Existe un elevado consumo de psicofármacos por los sujetos de la muestra, siendo causa de interacciones adversas que en ocasiones podrían ser evitadas.

Es importante hacer revisiones periódicas de la medicación en pacientes polimedidos.

ANÁLISIS DEL ÍNDICE SINTÉTICO DE PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA DE UN DISTRITO SANITARIO

F. Atienza Martín, S. Baz Montero, D. Soriano Ramírez, A. Ordoñez Soto, J. Pastoriza Vila y J. Navarro Camacho

Distrito Sanitario Huelva-Costa. Huelva. Andalucía.
Correo electrónico: sbazmontero@terra.es

Objetivos: Analizar el perfil de prescripción de los médicos de un Distrito Sanitario durante un año valorado en función del Índice Sintético Farmacéutico (I.S.) en relación a las variables sexo, edad, tipo de contrato, formación MIR o no, ámbito rural o urbano, unidad de gestión clínica (UGC) o pertenencia a centro docente (CD).

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal durante el año 2005. Tratamiento de datos con SPSS 11.0 para Windows. Prueba T para tipo de contrato, formación, centro docente y unidad de gestión en relación al I.S. ($p < 0,05$). Índice sintético formado por: prescripción por principio activo, novedades terapéuticas, antiúlcera péptica, tiazidas, aines, estatinas, IECAS, metformina, antidiabéticos orales y antidepresivos. *Ámbito de estudio:* Médicos de un Distrito Sanitario mixto (urbano, rural). *Sujetos:* Tamaño de la muestra: 162. *Mediciones e intervenciones:* Hombres: 54,3%. Contrato fijo: 30,2%. Formación MIR: 27,2%. Trabajan en Centros docentes: 46,9%. Urbanos: 52,5%. En Unidades de Gestión: 29,6%

Resultados: Existe diferencias estadísticamente significativas en las variables tipo de contrato (fijo: 27,92 vs. no fijo 20,97); formación MIR (sí 33,54 vs. no MIR 19,17); CD (sí: 32,4 vs. no: 14,84); localización (urbano: 28,22 vs. rural 17,4); UGC (sí 38,51 vs. no 13,74).

En el análisis multivariante aparecen como variables independientes con significación estadística la formación la docencia y el trabajar en una UGC.

Conclusiones: Los médicos que trabajan en UGC, centros docentes y el ámbito urbano tienen un mejor perfil de prescripción. Los médicos con formación vía MIR también presentan un mejor perfil de prescripción.

EL FIN DE LOS MEDICAMENTOS

E. Almerich Latorre, M. Pérez Vera, C. Forcada Vega, M. Pol Pons y A. Méndez Jiménez

ABS Pineda de Mar; ABS La Roca del Vallès. Pineda de Mar, La Roca del Vallès. Cataluña.

Correo electrónico: 34414mpv@comb.es

Objetivos: Conocer las características de los medicamentos que se depositan en contenedores de medicamentos situados en la entrada de 14 cen-

etros de salud. Analizar si existen diferencias entre los envases de centros que realizan gestión masiva de recetas (GM) y los que no.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio multicéntrico descriptivo transversal analítico. *Ámbito de estudio:* AP. *Sujetos:* Se analizan envases depositados durante un mes. *Mediciones e intervenciones:* Se estudia: grupo terapéutico, precio, presentación, fecha de caducidad, número de comprimidos, sello de farmacia, centro de salud, realización de GM.

Se analizan diferencias entre variables cualitativas con prueba chi-cuadrado, cuantitativas con t-student.

Resultados: Se analizan 2.954 envases. 28,9% nuevos no caducados, importe 13.612,4€. Sin sello farmacia: 75,3%. No caducados: 65,4% ($n = 1.945$). 68% son comprimidos, completos 46,4% ($n = 936$). Faltan < 3 comprimidos en 23,4% ($n = 295$). Presentación jarabe, solución, inhaladores, colirios 16,6%, 46% completos. Por grupo terapéutico: AINES 11,7%, Pat. Digestiva 9,7%, Antihipertensivos 9,3%, Pat. Respiratoria 8,9%, Psicotropos 8,8%, Analgésicos 7,9%, Antibióticos 7,3%, Pat. Ofotálmica 3,9%, Corticoides 3,4%, Pat. Cardiaca 2,8%, Hipolipemiantes 2,4%, otros 7%.

En 12 de 14 centros los medicamentos no caducados superan los caducados. Los envases sin empezar oscilan 25,9-71%.

Según existencia de GM o no, el porcentaje de envases no caducados fue 56,9% y 70,8%

Respectivamente ($p = 0,000$), sin sello de farmacia 64,4% y 81,6% ($p = 0,000$). Media de importe de envase 17,90€ en centros sin GM y 12,27€ con ($p = 0,000$).

Conclusiones: Se confirma la presencia de envases llenos no caducados en todos los centros de salud, la mayoría subvencionados por sanidad pública. Si suponemos que estos medicamentos han estado prescritos por médicos de los centros de salud y dispensados por las farmacias de los respectivos municipios, se hace prioritaria una intervención de mejora a nivel comunitario con implicación de médicos, farmacéuticos y usuarios.

Sesión 3

Jueves, 16 de noviembre - 12.00-14.30h

Sala 3F (Centro de Eventos)

Calidad de vida

ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN CON SALUD EN LAS MUJERES DE UNA GRAN CIUDAD MEDIANTE LAS LÁMINAS COOP/WONCA

M. Esteban y Peña, J. Díaz Olalla, M. Pérez Álvarez, A. Rivero García, A. Martín Martínez y J. Galván Romo

Grupo de Estudio de Salud de la ciudad de Madrid. Instituto de Salud Pública. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Madrid.
Correo electrónico: manueldiazolalla@yahoo.es

Objetivos: Conocer la calidad de vida en relación con la salud (CVRS) y los diferentes aspectos que la componen en mujeres de una gran ciudad.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio transversal descriptivo mediante Encuesta de Salud a una muestra de la población general. *Ámbito de estudio:* Población general de una gran urbe. Se interroga en su domicilio a los individuos seleccionados. *Sujetos:* Muestra de 7.341 personas

mayores de 16 años representativas de la población de la que proceden.

Mediciones e intervenciones: Se aplicó el cuestionario COOP/WONCA, que valora la CVRS mediante escala inversa. Se recogen en la encuesta variables sociodemográficas, sanitarias y de factores condicionantes de la salud. Los datos se procesaron con el programa SPSS.

Resultados: Completaron 3.840 cuestionarios las mujeres con una puntuación media global de $20,84 \pm 5,04$ puntos (IC 95%: 20,67-21,01). La puntuación media para cada dimensión fue: *Forma física:* $3,01 \pm 1,1$ (IC 2,97-3,05), *Sentimientos:* $1,74 \pm 1,1$ (IC 1,71-1,77), *Actividades cotidianas:* $1,53 \pm 0,9$ (IC 1,5-1,56), *Actividades sociales:* $1,49 \pm 0,9$ (IC 1,46-1,52), *Cambio en el estado de salud:* $2,93 \pm 0,6$ (IC 2,91-2,95), *Estado de salud:* $2,93 \pm$,

0,9 (IC 2,9-2,96), *Dolor*: 2,12 ± 1,38 (IC 2,08-2,16), *Apoyo social*: 2,64 ± 1,09 (IC 2,61-2,67) y *Calidad de vida*: 2,43 ± 0,7 (IC 2,41-2,45).

Empeora la CVRS al descender en clase social en las mujeres. En otros colectivos: amas de casa: 20,06 puntos, mujeres con enfermedad crónica: 23, analfabetas: 25,32 y trabajadoras no cualificadas: 22,18.

Conclusiones: La calidad de vida de las mujeres es significativamente peor a la de los hombres en todas las dimensiones estudiadas.

PROYECTO "AYUDEMOS AL PACIENTE A VIVIR MEJOR": DESCRIPCIÓN DE LOS 801 PACIENTES

M. Llagostera Español, C. Valero García, M. Monteagudo Zaragoza, J. Ferro Rivera, M. Rodríguez Latre y X. Bayona Huguet

Grupo de investigadores del Proyecto "ayudemos al paciente EPOC a vivir mejor". CAP Cornellà. Cornellà de Llobregat. Cataluña.

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

Objetivos: Describir la situación clínica basal de 801 pacientes diagnosticados de EPOC, sobre los que se ha diseñado el proyecto de investigación "Ayudemos al paciente con EPOC a vivir mejor"

Material y métodos: *Tipo de estudio:* estudio observacional transversal, multicéntrico. *Ámbito de estudio:* 28 Centros de atención primaria. *Sujetos:* Pacientes > 40 años diagnosticados de EPOC. *Mediciones e intervenciones:* audit de historia clínica y entrevista al paciente

Resultados: 87% hombres; edad media 71 años; 65% ex-fumadores y 19% fumadores (58% dependencia baja, 41% no lo piensa dejar); 70% evolución < 9 años, 43% presentan disnea grado 2 (Escala Medical Roscruch); 58% realizada espirometría al diagnóstico (estadio moderado 40%); 59% presentan exacerbaciones el último año (56% 1 episodio/año, 6% han ingresado al hospital por esta causa, el 71% presentan disnea), el 51% son visitados por el neumólogo, y un 3,2% han realizado rehabilitación respiratoria; 61% han realizado espirometría en los últimos 2 años, 74% hacen ejercicio regular, 80% vacunados de gripe, 88% toman inhaladores (57% corticoides, 55% anticolinérgicos, 65% sistema MDI, 53% técnica correcta –Valoración SEPAR-, 58% mal cumplimiento –T. Morinsky-Green), en tratamiento crónico con 5 fármacos, Test Calidad de vida (St. George): 38 (síntomas), 50 (actividad), 29 (impacto) y 37 (total).

Conclusiones: Perfil de hombres mayores, ejercicio físico regular, politratados, buena calidad de vida y baja adherencia de inhaladores.

Prescripción de fármacos correcto, escasa utilización de espirometría, y mínima indicación de rehabilitación respiratoria. Conviene potenciar sus indicaciones, así como la educación sanitaria, especialmente en tabaquismo y uso de los inhaladores.

Economía de la salud

EL GASTO SANITARIO EN ESPAÑA, 1995-2002. LA ATENCIÓN PRIMARIA, CENICIENTA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

J. Simó Miñana y P Martín Rodríguez

CS Altabix-Elche. Elche. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: ju.simom@coma.es

Objetivos: Conocer el reparto del presupuesto sanitario público entre 1995 y 2002 según sectores (atención hospitalaria, primaria y fármacos) por CC.AA. y las eventuales diferencias que pudieran relacionarse con la riqueza de las regiones o su envejecimiento poblacional.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio longitudinal retrospectivo. *Ámbito de estudio:* Nacional. *Sujetos:* Las 17 Comunidades Autónomas (CC.AA.). *Mediciones e intervenciones:* Los datos de gasto sanitario público y socioeconómicos por CC.AA. proceden de organismos oficiales (Ministerio Sanidad, INE). Se describe el crecimiento de los gastos y se analiza la relación de los mismos con la renta y el envejecimiento poblacional de las regiones.

Resultados: Las variables de gasto hospitalario crecen más (o se reducen menos) que las de atención primaria. La participación de la atención primaria en el gasto sanitario se reduce el doble que la participación hospitalaria. En términos reales, el gasto hospitalario crece un 36% más que el de primaria. Las variables de gasto hospitalario se relacionan positivamente con la renta de las CC.AA. pero no con el envejecimiento. Las va-

riables de gasto en atención primaria se relacionan positivamente con el envejecimiento pero no con la renta. Las regiones más ricas gastan menos en fármacos ($r = -0,62$, $p < 0,01$), más en hospital ($r = 0,39$, $p = 0,12$) pero no más en atención primaria ($r = 0,06$). Las regiones más envejecidas gastan más en atención primaria ($r = 0,37$, $p = 0,15$) y en fármacos ($r = 0,36$, $p = 0,16$) pero no más en hospital ($r = 0,06$). La renta y el envejecimiento apenas se correlacionan (-0,17, $p = 0,5$).

Conclusiones: Entre 1995 y 2002 se constata un hospitalocentrismo presupuestario en el sistema sanitario público, especialmente en las regiones más ricas.

Desigualdades de salud

PROBLEMAS DE SALUD INFANTIL EN UNA COMUNIDAD AFRICANA: RETOS DE UNA ATENCIÓN PRIMARIA DIFERENTE

I. Jiménez Pulido, Á. Cobos Vargas, M. Cobeña Manzorro, M. Duro de Dios, M. Martínez Palma y A. Pérez Milena

Distrito Jaén Nordeste. Úbeda. Andalucía.
Correo electrónico: idoajp@yahoo.es

Objetivos: Conocer los problemas de salud de la población infantil de la Comunidad de Ouagadou.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Examen infantil por el equipo sanitario autóctono y personal sanitario español de siete poblados malienses (África). *Sujetos:* Población infantil (0-12 años). *Mediciones e intervenciones:* Se realiza exploración física (buco-dental, cardiorrespiratoria, abdominal, neurológica, piel) y somatométrica (peso, talla, perímetrocefálico y bicipital) y examen de orina en fresco

Resultados: Se examinaron 779 niños [60% (+0,11EEM) < 5 años, 50% varones]. El examen buco-dental detectó un 47% con alguna caries, y más de cinco el 10%, relacionadas con la edad ($p < 0,001$ X2). Se detectan alteraciones en la auscultación cardiaca en un 7,5% (9,45E-03EEM), sobre todo en varones ($p = 0,005$ X2). Las infecciones respiratorias se diagnosticaron en un 3%, más frecuentes en < 5 años ($p = 0,002$ X2). Un 22,1% (1,492E-02EEM) presentan hernias umbilicales, sobre todo en < 5 años ($p < 0,001$ X2), sin relación con sexo ni residencia. Las infecciones dermatológicas (1,08E-02EEM) se relacionan con el sexo varón ($p < 0,001$ X2) y el poblado Goumbou ($p < 0,001$ X2) pero no con la edad. Existe desnutrición severa en un 28,7% (0,12EEM) en menores de 3 años (percentil < 3%). El 53,6% (3,44E-02EEM) presentó alteraciones urinarias, más frecuentes en niñas ($p < 0,001$ X2) y > 5 años ($p < 0,001$ X2).

Conclusiones: El principal problema es la desnutrición infantil, existiendo una alta prevalencia de hernias umbilicales, una salud bucodental deficiente y un alto número de infecciones dérmicas. Es necesario promover la salud infantil de esta zona mediante un incremento de las condiciones higiénicas y la calidad de vida.

DIFERENCIAS SOCIOECONÓMICAS EN LA VISITA AL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

C. Yates, M. Figuerola, G. Caldentey, S. March, M. Esteua y A. Pujol

CS Calvià; UD de MFyC Mallorca. Calvià, Mallorca. Illes Balears.
Correo electrónico: smarch@fbsalut.caib.es

Objetivos: Evaluar la relación entre las variables socioeconómicas y de necesidad de salud de la población con las visitas al médico de familia.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Encuesta de Salud autonómica 2001. *Ámbito de estudio:* Comunidad autónoma. *Sujetos:* Muestra poblacional > 14 años. *Mediciones e intervenciones:* Socioeconómicas: Edad, sexo, tamaño municipio, estado civil, nivel estudios, situación laboral, clase social, cobertura asistencial privada. de salud: salud autopercibida, restricción de actividad, enfermedades crónicas GHQ12. Consultas al médico de familia en los últimos 15 días

Resultados: Encuestados: 1.181; 51% mujeres; mediana de edad 41 (P25 = 29; P75 = 58); sin estudios primarios 25%; con pareja 60%. Clases más desfavorecidas 22,4%. El 29% tenían seguro privado. Vivían en la capital 40%. El 64% declaraban buen estado de salud; 15% manifestaron restricción de actividad los últimos 15 días, y un 8,1% tenía un GHQ12 > = 4. Consultaron al médico de familia en los últimos 15 días un 7%.

Se observaron relaciones estadísticamente significativas entre las visitas al médico, y las variables estudiadas. Consultan más: mujeres, personas mayores, clases sociales bajas, personas con pareja, sin seguro privado, con menor salud autopercibida, con restricción de actividad, mayor número de enfermedades crónicas o puntuación GHQ_{>4}. En el análisis multivariante, resultaron predictivas de consulta el tener mala salud autopercibida (OR = 2,5; IC95% = 1,1-5,7), restricción de actividad (OR = 3,9; IC95% = 2,2-6,8), enfermedades crónicas (OR = 1,2; IC95% = 1,1-1,3), tamaño del municipio y no tener seguro privado (OR = 2,1; IC95% = 1,1-4,1). **Conclusiones:** Aunque el visitar al médico se asocia a características socioeconómicas de la población, en el análisis ajustado resultan como predictoras las variables de necesidad de salud, el tamaño de municipio y el seguro privado.

PERFIL DE MUJER DEMANDANTE DE IVE EN UNA ZONA CON NECESIDADES DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL (ZNTS)

M. Fernández Martínez, E. Gajón Bazán, R. Lebrero Ferreiro, M. Álvarez Maqueda, C. Redondo Veral y R. Camacho Catalán

Grupo de Planificación Familiar del CS Polígono Sur. Sevilla. Andalucía. Correo electrónico: mdoloresf@telefonica.net

Objetivos: Describir el tipo de población que recurre a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) como método anticonceptivo. El Número de IVE por año es un indicador de incumplimiento de objetivos de un Programa de Planificación Familiar (PF) en Atención Primaria (AP) y es también, un indicador específico de salud de una Zona Básica de AP, ubicada en una ZNTS.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Se trata de un estudio descriptivo realizado en un Centro de Salud ubicado en una ZNTS. *Ámbito de estudio:* Centro Salud en ZNTS. *Sujetos:* Población atendida en PF. *Mediciones e intervenciones:* Se ha diseñado una encuesta contestada por las 44 mujeres que acudieron a este Centro demandando IVE entre el 15 de mayo y 15 de Diciembre de 2005.

Resultados: La edad de las mujeres fue de 26,8±7,02 (x ± DE). Un 77,3% tenía pareja estable. El 27,3% no tiene estudios y el 45,5% sólo primarios. El 52,3% vive en pareja. El 31,9% trabaja por cuenta ajena y el 37,3% tenía su pareja en paro. El mayor número tiene entre 3 y 4 hijos vivos y el 52,3% ya tiene un IVE anterior. No hacía método el 77,2%. El 56,8% aduce como motivo el no deseo de tenerlo y sólo en el 4,5% existe enfermedad que contraindica el embarazo.

Conclusiones: Una vez detectado el tipo de población se pueden diseñar medidas encaminadas a la disminución en el Nº de IVE y lograr una mayor adherencia al Programa de PF.

Sistemas de registro

¿LA HISTORIA CLÍNICA EN PRIMARIA DEBE CONTENER NUEVA INFORMACIÓN? OPINIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

J. López de la Iglesia, A. Rodríguez Garrote, A. Vega López, A. Rodríguez Pacios, S. Fernández Cordero y J. Martín de la Fuente
CS La Condesa. León. Castilla y León.
Correo electrónico: jaimeeldelai@hotmail.com

Objetivos: Conocer la opinión de médicos y enfermeros respecto a que las historias clínicas reflejen: 1) El deseo o el no deseo del paciente de ser informado en caso de padecer una enfermedad irreversible. 2) El deseo del paciente de que llegado ese caso, se informe o no se informe a sus allegados. 3) La actitud del paciente ante la donación de órganos.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Descriptivo, transversal. *Ámbito de estudio:* Un área de salud de atención primaria. *Sujetos:* Selección aleatoria de 160 médicos y enfermeros. *Mediciones e intervenciones:* Cuestionario anónimo con preguntas abiertas y cerradas. *Variables:* Edad, sexo, creencias religiosas, profesión, lugar de trabajo (urbano, rural). Análisis cualitativo (atlas-ti) y cuantitativo (SPSS y comparación de proporciones con chi²)

Resultados: Contestan 117 (cuatro anuladas). Encuestas totales 113(70,6%). Mujeres 68,6%. Médicos 62,8%. Opinan que la historia clínica debe reflejar el deseo o no del paciente de: 1) conocer su diagnóstico de enfermedad irreversible el 85,8%. 2) de informar o no a sus fami-

liares de este hecho el 80,5%. El 61,9% opina que la historia recoja la actitud del paciente ante la donación. Analizando cualitativamente los datos, los encuestados aluden especialmente al derecho del paciente y al beneficio para el médico en la toma de decisiones. También a promocionar la donación al preguntar sobre ella. Algunos opinan que si la familia conociera la opinión del fallecido sobre la donación, disminuirían las negativas familiares. La importancia aumentará con la universalización informática al compartir historias centros de salud y hospital.

Conclusiones: La mayoría del personal sanitario encuestado opina que las historias clínicas deben reflejar esta cuestión.

Sesión 4

Jueves, 16 de noviembre - 12.00-14.30h

Sala 3G (Centro de Eventos)

Uso adecuado de medicamentos (2)

OPINIÓN DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA SOBRE EL SISTEMA DE INCENTIVOS DE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA.

F. Juan Espert, A. Ajeno Navarro, E. Sempere Verdú, A. Bayón-Rueda, V. Palop Larrea, J. Soler Torró

Grupo del Medicamento de la SVMFiC. CS Alaques; CS Paterna; CS Trinitat; Hospital de la Ribera-Alzira; CS Tavernes de la Valldigna. Valencia. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: frjuan@ya.com

Objetivos: Conocer la opinión de los Médicos de Familia (MF) sobre el sistema de incentivos de prescripción farmacológica (SIPF).

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio transversal. Cuestionario auto-administrable por correo electrónico y postal. *Ámbito de estudio:* Comunidad Autónoma, 2005. *Sujetos:* 1233 socios. *Mediciones e intervenciones:* Análisis cuantitativo y cualitativo.

Resultados: Los 90 que respondieron (7,3%) estarían de acuerdo en: incentivar el uso racional del medicamento (URM) 85%; los SIPF deben separarse de otros incentivos, 64%; los SIPF deben ser mixtos (económicos/profesionales) 84%; cobraría entre 3000/6000 €/año 57%; ser los incentivos individuales y colectivos 42%; los indicadores no son adecuados en su conjunto 51%; el plan de incentivos no tendrá continuidad futura 33% o no influirá en su prescripción 45%; la finalidad del SIPF es ahorrar 72%; es prioritario mejorar las condiciones de trabajo del MF para potenciar el URM 85%. En la valoración de los SIPF para el cálculo de productividad variable se aprecia un acuerdo de: > 60% en el uso de antibióticos y AINE de primer nivel, y omeprazol; 52% en la prescripción de genéricos; < 40% en el uso de antihipertensivos (diuréticos/B-bloqueantes o IECA/ARA-II). El 33% incluiría otros indicadores: de prescripción inducida, de calidad, y uso de otros grupos terapéuticos.

Conclusiones: Los MF están de acuerdo en incentivar el URM, consideran que la finalidad del SIPF es el ahorro y que no debe ser exclusivamente económico, aunque esperarían cobrar bastante más de lo pactado y que mejorando las condiciones de trabajo se potenciaría el URM.

PRESCRIPCIÓN INDUCIDA INADECUADA EN LAS CONSULTAS DEL MÉDICO DE FAMILIA

J. Beltrán Brotóns, E. Sempere Verdú, J. Soler Torró, M. Monedero Mira y D. Tórtola Graner

Grup del Medicament de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària. CS. Altavista; CS. Paterna; CS. Rafalafena; CS. Font de Sant Lluís. Elche, Paterna, Castellón, Valencia. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: dantes@comv.es

Objetivos: Con el presente estudio se pretende cuantificar las visitas con solicitud o demanda de Prescripción Inducida Inadecuada (PII) que soporta el MF en su consulta diaria y determinar su procedencia.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Descriptivo. *Ámbito de estudio:* Cuatro centros de salud (CS) urbanos. *Sujetos:* Durante 10 días laborables consecutivos, se recogió información sobre prescripción de las consultas de 19 MF. *Mediciones e intervenciones:* Se utilizó un cuestionario específico cumplimentado por el propio MF.

Se consideró PII cuando el origen de la indicación estaba en: *a)* atención continuada en asistencia primaria, atención especializada ambulatoria, alta hospitalaria; *b)* urgencias hospitalarias; *c)* asistencia privada, mutualidad laboral *d)* oficina de farmacia, automedicación.

Resultados: Se analizaron en total 8.427 visitas. Hubo PII en 784 visitas, lo que supone un 9,3% (IC95% 8,7 a 9,9%) del total de las visitas. Hubo diferencias significativas ($p < 0,00001$) entre los CS. El grupo más importante (36%) fue el procedente de especialistas y alta hospitalaria, seguido de la atención no médica (oficina de farmacias y automedicación) que fue responsable del 26,2% de las PII. La indicación desde urgencias hospitalarias supuso el 21,4%. En conjunto la atención sanitaria especializada pública originó el 47% de las PII, suponiendo un 4,4% de las visitas diarias de un MF.

Conclusiones: Los resultados de nuestro trabajo indican que en un 9,3% de las visitas al MF (una de cada 10 visitas) existe PII. Si los resultados de este trabajo pueden generalizarse y dado que durante el estudio cada MF atendió diariamente de media a 45 pacientes, entre cuatro y cinco pacientes al día solicitan PII.

ANTE LA SOSPECHA DE ALERGIA A BETA-LACTÁMICOS ¿DEBEMOS REALIZAR LAS PRUEBAS? ESTUDIO DE RENTABILIDAD

*S. Crispí Cifuentes, S. Hernández Anadón, O. Calviño Domínguez,
M. Pérez Bauer, C. Llor Vila y J. Bladé Creixentí*

ABS Jaume I-Tarragona 3. Tarragona. Cataluña.
Correo electrónico: crispis7@hotmail.com

Existen pacientes catalogados como alérgicos a Penicilina y tratados con otros fármacos.

Objetivos: Conocer rentabilidad de la práctica del estudio de alergia a beta-lactámicos (EABL).

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* 66 pacientes con sospecha de alergia a Penicilina-derivados que tuvieron (período de estudio) infecciones tributarias tratadas con otro antibiótico. *Mediciones e intervenciones:* Contabilizamos coste-total del EABL: IgE específica (RAST), test cutáneo con reactivos comerciales. Si test cutáneo negativo, test de provocación. Revisamos: edad, sexo, sospecha de alergia a beta-lactámico, episodio tributario de tratamiento, fármaco usado, coste

Resultados: Coste medio del EABL (laboratorio, personal, instalaciones): 100 euros

(CC = coste caso; CT = coste total)

ITU: 19 casos (1 tratado con Cefalosporinas (Ce): 10 días, CC: 2,9 euros, CT: 42,9 euros; 18 Quinolonas (Q): 3 días, CC: 3,18, CT: 57,24)-> 19 casos tratados con Amoxicilina-Clavulánico (A-Cl): 5 días, CC: 4,5, CT: 85,5.

Agudización EPOC: 24 casos (6 Macrólidos: 10 días, CC: 28,8, CT: 172,8; 18 Quinolonas: 7 días, CC: 31,6, CT: 568,8)-> 24 Amoxicilina-Clavulánico: 10 días, CC: 9, CT: 216.

Amigdalitis: 12 casos (12 Macrólidos: 8 días, CC: 23,5, CT: 280)-> 12 Amoxicilina: 8 días, CC: 3,6, CT: 43,2; 12 Amoxi-Clavulánico: 8 días, CC: 7,2, CT: 86,4.

Sinusitis: 2 casos (2 Macrolídos: 10 días, CC: 29, CT: 58)-> 2 Amoxicilina: 10 días, CC: 4,5, CT: 9; 2 Amoxi-Clavulánico: 10 días, CC: 15, CT: 30.

Otitis: 6 casos (5 Macrólidos: 10 días, CC: 29, CT: 145; 1 Cefalosporina: 10 días, CC: 40, CT: 40)-> 6 amoxicilina: 10 días, CC: 4,5, CT: 27; 6 Amoxi-Clavulánico: 10 días, CC: 9, CT: 54.

Neumonía: 3 casos (1 Macrólido: 14 días, CC: 40, CT: 40; 2 Quinolonas: 7 días, CC: 31,6, CT: 63,2)-> 3 Amoxicilina: 10 días, CC: 7,5, CT: 22,5; 3 Amoxicilina-Clavulánico: 10 días, CC: 15, CT 45.

Conclusiones: El coste del EABL parece elevado, pero su rentabilidad a largo plazo es clara, para la seguridad del paciente y por sus implicaciones económicas: tratar a alérgicos a la Penicilina (sin serlo) con fármacos alternativos supone, a la larga, mayor coste económico que el EABL. Así podríamos racionalizar el consumo de antibióticos.

ESTUDIO DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS Y LA FRECUENTACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN UNA GRAN URBE

*J. Díaz Olalla, M. Esteban y Peña, M. Pérez Álvarez, A. Rivero García,
M. González Ahedo y J. Galván Romo*

Grupo de Estudio de Salud de la ciudad de Madrid. Instituto de Salud pública. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Madrid. Correo electrónico: manueldiazolalla@yahoo.es

Objetivos: Conocer el grado de medicalización de la vida diaria de los ciudadanos de una gran urbe analizando el consumo habitual de medicamentos y la frequentación de servicios sanitarios, así como características del uso y consumo y la asociación con variables socioeconómicas.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio transversal descriptivo y analítico de la población de una gran urbe mediante una Encuesta de Salud sobre población general. *Ámbito de estudio:* Población de una gran urbe. Encuesta en domicilio en los individuos seleccionados sobre cuestionario preestablecido. *Sujetos:* Muestra de 8.504 personas (error muestral de $\pm 0,7\%$) representativa de la población general. *Mediciones e intervenciones:* Análisis descriptivo de las respuestas. La asociación entre variables dependientes de medicalización de la vida y los factores sociodemográficos se ha estudiado mediante un modelo multivariante de regresión logística.

Resultados: Uno de cada dos adultos ha consumido medicación en las dos últimas semanas, el 8,8% de ellos sin prescripción. En todas las edades las mujeres consumen más medicamentos. Los fármacos más frecuentemente consumidos sin prescripción son los analgésicos-antipiréticos y los medicamentos para la tos o el resfriado. El 26,4% de los entrevistados ha requerido algún tipo de asistencia médica en el mismo período. El uso del sistema sanitario es más frecuente en las clases sociales más bajas. La prevalencia de hospitalización en el último año es del 8%. El 17% de los entrevistados acudió a un servicio de urgencias durante el último año, siendo la proporción más elevada durante la infancia.

Conclusiones: El grado de medicalización de la vida cotidiana es elevado como demuestra este estudio realizado sobre población general.

SE HA ENCONTRADO UNA INTERACCIÓN ENTRE LOS PRODUCTOS DESCritos. ¿DESEA CONTINUAR?

*E. Balló Peña, S. Campos Fajardo, R. Cubí Montfort,
L. Díaz Echevarzarraga, J. Jiménez Oya y J. Pferrer Martí*

AP de Salt. Salt. Girona. Cataluña.
Correo electrónico: streptococoareus@hotmail.com

Objetivos: Determinar la prevalencia de interacciones farmacológicas potencialmente graves en mayores de 45 años.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención primaria (urbano y rural). *Sujetos:* muestra aleatoria de población > 45 años que toman 2 o más fármacos. (n = 1260).

Mediciones e intervenciones: Cuantificación de interacciones farmacológicas mediante una aplicación informática específica.

Resultados: La prevalencia de interacciones farmacológicas es del 13,2% (n = 161; IC95%: 11,3-15,2). Un 96% de las interacciones son potencialmente graves. En los pacientes que presentan interacciones, la mediana de consumo de fármacos es $9,03 \pm 3,7$ DE respecto aquellos que no se ha observado ninguna interacción que es de $4,62 \pm 3,5$ DE ($p < 0,001$), y la mediana de edad es de $69,44$ años $\pm 11,4$ DE por $64,86$ años $\pm 12,3$ DE ($p < 0,001$) respectivamente. No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo, de las interacciones, las más frecuentes son: AINES+AINES o salicilatos 32%; Anticoagulantes con otros 12%; Digoxina+ Diuréticos tiazídicos o de asa 11%; IECAS o ARA II+Diuréticos ahorradores de potasio o sales de potasio 11% y Estatinas con otros 8,3%. La correlación entre el número de fármacos que se toman y el número de interacciones es estadísticamente significativa ($r = 0,23$; $p < 0,001$). Del total de pacientes un 49,3% toman > 4 fármacos y un 25% toman > 7, presentando interacciones el 23,1% y el 34% respectivamente.

Conclusiones: A mayor edad de los pacientes más número de fármacos se prescriben con un riesgo aumentado de padecer alguna interacción farmacológica potencialmente graves. El uso de la aplicación informática Ecap puede prevenir la yatrogenia en la prescripción y sus consecuencias.

EPOC**LA EPOC, ¿ES UN FACTOR DE RIESGO RELEVANTE PARA LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN NUESTRO MEDIO?**

F. Barrio Torrell, E. Tapia Barranco, C. Poblet Calaf,
C. Chanco Rodríguez, J. Piñol Moreso y F. Martín Luján

CAP Sant Pere. SAP Reus-Altebrat. Reus. Cataluña. Correo electrónico:
ciscobarrio@gmail.com

Objetivos: Determinar si la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un factor predictivo independiente de la enfermedad cardiovascular (ECV).

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Observacional transversal multicéntrico. *Ámbito de estudio:* 10 centros de atención primaria. Población de referencia 115835 habitantes. *Sujetos:* Muestra aleatoria de 2764 pacientes atendidos en atención primaria el año 2005. *Mediciones e intervenciones:* Datos sociodemográficos, factores de riesgo cardiovascular, enfermedad cardiovascular (enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad vascular periférica) y EPOC. *Análisis estadístico:* Análisis multivariante mediante regresión logística no condicional.

Resultados: 2.764 pacientes. Edad media de 60,3 + 19,4 años, 202 (7,3%) tienen EPOC. Comparando enfermos con EPOC y no EPOC, los EPOC tuvieron más enfermedad cardiovascular global (26,3% vs 10,6%, p < 0,001), más enfermedad coronaria (11,9% vs 6,5%, p = 0,003), más enfermedad vascular periférica (6,4% vs 1,8%, p < 0,001) y más enfermedad cerebrovascular (10,9 vs 3,3, p < 0,001). Después de ajustar por hipertensión arterial (HTA), diabetes, sexo y dislipemia, la EPOC es un factor de riesgo independiente para la ECV global con una [OR = 2,4 (IC 95%: 1,6 - 3,4)], para enfermedad vascular periférica [OR = 3,5 (IC 95%: 1,8 - 6,6)] y enfermedad cerebrovascular [OR = 3,2 (IC 95%: 1,9 - 5,3)].

Conclusiones: En la población de nuestro entorno los pacientes con EPOC presentan más ECV que los no EPOC. La EPOC es un factor de riesgo relevante para la ECV en alguna de sus formas (enfermedad vascular periférica y enfermedad cerebrovascular), con excepción de la enfermedad coronaria.

EL PEAK-FLOW EN EL CRIBADO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

E. Borrell Thió, C. Domenech Torà, M. Martínez García,
X. Mezquiriz Ferrero, E. Muñoz Mata y A. Conejero Olestí

Badalona-5, Sant Roc. Badalona. Cataluña
Correo electrónico: eborrell.bnm.ics@gencat.net

Objetivos: Conocer si la alteración del peak-flow, la presencia de síntomas respiratorios y el consumo de tabaco son parámetros útiles para orientar el diagnóstico de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo, transversal, observacional. *Ámbito de estudio:* Centro de Salud urbana. *Sujetos:* Pacientes atendidos de 40-69 años, fumadores o exfumadores. *Mediciones e intervenciones:* A todos los pacientes se les registró: datos sociodemográficos, antecedentes respiratorios según la historia clínica (HCAP), consumo de tabaco, cuestionario prediseñado de síntomas respiratorios, peak-flow y espirometría con prueba broncodilatadora.

Resultados: N: 241. 79% hombres. Edad media 56 años. 54% eran fumadores activos. Los pacientes presentaban: 55,5% consumo acumulado > 30 paquetes/año, 60% algún síntoma respiratorio y 44,4% peak-flow alterado.

El 20,6% presentaron EPOC. Eran EPOC ya conocidos por HCAP un 11,2% (Infradiagnóstico EPOC 46%).

Hay asociación estadísticamente significativa entre el consumo de tabaco, la clínica y el peak-flow con la presencia de obstrucción crónica al flujo aéreo (OFA). El peak-flow presenta una sensibilidad 80%, especificidad 60%, Valor Predictivo Positivo (VPP) 34% y Valor Predictivo Negativo (VPN) 92% para detectar OFA (prueba gold-estándar la espirometría).

Conclusiones: El consumo de tabaco, la clínica y el peak-flow son parámetros útiles para orientarnos en el diagnóstico de la EPOC. Ante un paciente fumador o exfumador con un peak-flow normal podemos descar-

tar EPOC en el 92% de los casos. El alto VPN del peak-flow para detectar OFA, nos permite estimar mejor en qué paciente está indicado realizar una espirometría para el cribado de la EPOC.

ESTUDIO DESCRITIVO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPOC DE UN CENTRO DE SALUD

M. Chamorro Rodero, J. Cortés Moreno, S. López Cuenca, M. Losada Novo y C. Medina Bailón

CS Federica Montseny. Área 1. Madrid.
Correo electrónico: sonia_1_c@hotmail.com

Objetivos: Comprobar si eran correctos los diagnósticos de EPOC y describir la adecuación de tratamiento.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Centro de salud urbano. *Sujetos:* Muestra aleatoria de 350 pacientes de los 966 registrados como EPOC en 2003-2005 en el centro de salud. *Variables:* edad, sexo, IMC, comorbilidad, tabaco, espirometría, medicación actual, vacunación, interconsulta neumología, reagudizaciones, número ingresos hospitalarios.

Resultados: 277 eran varones (79,1%). Edad media de 71,98 años. IMC medio 28,42. No fuman 122, 86 son exfumadores, 104 fumadores y en 38 no hay registro. Comorbilidad asociada en orden decreciente HTA, dislipemia, diabetes y artrosis. Espirometrías registradas al diagnóstico: 82 (23,4%) con criterios de EPOC 48 (58,53%). Por tanto sólo un 13,7% del total de pacientes con diagnóstico de EPOC cumplen criterios. de estos, 13 (27,1%) tienen registrado el FEV1 en el último año, existiendo buena correlación entre gravedad y tratamiento (53,8% anticolinérgicos, 46,2% B2 corta). 219 sin diagnóstico de EPOC tratados como tales. de 48 diagnósticos correctos de EPOC, 30 se reagudizan (62,5%), empleándose principalmente betalactámicos. Tasas de vacunación antigripal (N = 243) y antineumocócica (N = 173) altas.

Conclusiones: 1) Es imprescindible realización y registro espirométrico para confirmar diagnóstico de EPOC. 2) El registro de la mayor parte de variables estudiadas es deficiente en nuestro centro. 3) Existe tendencia a diagnosticar como EPOC patologías con síntomas cardiorrespiratorios. 4) El tabaco no aparece como factor de riesgo en nuestra muestra, quizás debido a un infraregistro. 5) Buena correlación entre la gravedad y el tratamiento de base empleado en los EPOC diagnosticados correctamente. 6) En reagudizaciones se hace uso racional de antibióticos.

Asma**ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO AL GRADO DE SEVERIDAD DEL ASMA EN NIÑOS**

E. Casellas Arenas, M. Oms Arias, A. Romaguera Lliso,
P. Modamio Charles y J. Fajardo Zacarías

AP Costa Ponent. Hospitalet de Llobregat. Cataluña.
Correo electrónico: aromaguera.cp.ics@gencat.net

Objetivos: 1) Evaluar el registro del diagnóstico y del grado de severidad de asma en niños; 2) Medir la adecuación del tratamiento farmacológico según la clasificación de severidad de la enfermedad.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal, multicéntrico. *Ámbito de estudio:* Consultas informatizadas en un Ámbit de atención primaria del ICS. *Sujetos:* Niños de 4 -14 años atendidos durante 2005. Selección por muestreo aleatorio simple, de 252 niños, entre los que tienen diagnóstico de asma (CIE 10 J45 y J46) y registro del grado de severidad. *Variables:* edad, sexo, tratamiento, grado severidad (episódico ocasional, episódico frecuente, persistente moderado y persistente grave), tratamiento adecuado. Análisis bivariante con prueba ji cuadrado. Paquete estadístico SPSSW.

Resultados: La prevalencia de niños asmáticos en la población estudiada es de 2,18% (n = 4896). En el 88,4% de los niños con diagnóstico, se especifica en la historia clínica el grado de severidad. Entre los 4327 niños que tienen registrado el grado de severidad, el 70,6% reciben el tratamiento adecuado al nivel de gravedad.

El porcentaje de pacientes con tratamiento adecuado se distribuye del siguiente manera: episódico ocasional (n: 154) 86,5%; episódico frecuente

(n: 17) 30,4%; persistente moderado (n: 6) 37,5%; persistente grave (n: 1) 50,0%.

Las diferencias observadas son significativas en la adecuación tratamiento según el grado de severidad. ($p < 0,005$).

Conclusiones: Más de dos tercios de los niños asmáticos reciben el tratamiento adecuado.

Es necesario mejorar la calidad del tratamiento sobre todo entre los niños con asma episódico frecuente y persistente moderado.

EXPOSICIÓN OCUPACIONAL Y ASMA EN MUJERES LIMPIADORAS NO DOMÉSTICAS

C. Rodríguez Quevedo, J. Zock, M. Medina Ramón, M. Kogevinas, J. Sunyer y J. Antó

Unitat de Recerca Respiratoria i Ambiental. Municipal Institute Of Medical Research (imim). Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: carmen.rodriguezq@gmail.com

Objetivos: Determinar el riesgo de asma ocupacional asociado con actividades de limpieza no doméstica en mujeres limpiadoras no domésticas.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Transversal epidemiológico. *Ámbito de estudio:* Cornellà de Llobregat. *Sujetos:* Mujeres 30-67 años, limpiadoras no domésticas, estudios primarios (EGB). Muestra Poblacional (201) seleccionada aleatoriamente. *Mediciones e intervenciones:* Se obtuvo y asignó la muestra en grupos, validándose el instrumento, se realizó un estudio piloto estandarizándose las encuestadoras, recolectándose y analizando datos (STATA 8,2). Se determinó el riesgo de exposición (Odds Ratio-95% de IC), se definió un modelo de regresión logística multivariante ajustado por tabaquismo y edad (Categoría referencia: mujeres no limpiadoras).

Resultados: Desarrollaron asma: 4,5%. OR: 1,0 (0,5-2,1), Bronquitis crónica: 11,9%. OR: 0,9 (0,6-1,4), Rinitis: 40,8%. OR: 1,3 (1,0-1,7). En el análisis bivariado por categorías y ajustado por edad y tabaco, no se encontró riesgo de asma o síntomas asociados. Las OR ajustadas fueron significativas para limpieza en el pasado en oficinas, hospitales, tiendas, bares; y para más de tres lugares (OR: 2,2 (1,2-4,3)). Los síntomas de vías altas fueron más prevalentes (59%). Un 14,9% mejora de los síntomas respiratorios altos durante fines de semana, la exposición accidental a inhalación de productos fue muy frecuente (24%). OR: 1,9 (0,9-4,2))

Conclusiones: 1) No se encontró incremento de prevalencia de asma tras exposición a actividades de limpieza pero si un incremento de síntomas respiratorios en asociación a períodos de trabajo. 2) Existe riesgo de asma incrementado en mujeres expuestas en el pasado a actividades de limpieza en oficinas, hospitales, tiendas y bares; con incremento del riesgo según número de lugares y dedicación en horas/semana. 3) No se encontró suficiente asociación de riesgo según exposición a tareas o productos de limpieza. 4) La exposición inhalatoria accidental a mezclas de lejía con ácido clorhídrico supone un riesgo elevado de asma en la población estudiada, la exposición a mezclas de lejía son habituales.

Sesión 5

Jueves, 16 de noviembre - 15.00-17.30h

Sala 3F (Centro de Eventos)

Riesgo cardiovascular

FRAMINGHAM, DUNDEE, SHEFFIELD, REGICOR O SCORE; ¿TU QUE TABLA EMPLEAS? ¿A QUE SOCIEDAD HACES CASO?. ESTUDIO DE VALIDACIÓN

S. Hernández Anadón, C. Llor Vilà, O. Calvin Domínguez, S. Crispí Cifuentes, M. Pérez Bauer y J. Bladé Creixentí

EAP Jaume I- Tarragona 3. Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: silviaha@comt.es

Objetivos: Determinar correlación entre parámetros obtenidos con eco-Doppler carotídeo y el riesgo cardiovascular (RCV) y validar 5 métodos

de cálculo de RCV (Framingham, Dundee, Shefield, Regicor y SCORE), utilizando como patrón oro el grado de aterosclerosis carotídea

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio de validación. *Ámbito de estudio:* Atención primaria. *Sujetos:* 272 pacientes escogidos de un cupo por muestreo aleatorio y estratificado por RCV. *Mediciones e intervenciones:* Variables: edad, sexo, hipertensión, tabaquismo, diabetes, dislipemia, electrocardiograma y RCV utilizando cinco tablas. Se midió mediante eco-Doppler el espesor íntima-media de ambas arterias carótidas. (EIMC). Se consideró ateromatosis cuando media de EIMC > 0,86 mm. Realizamos estadística descriptiva, inferencial y parámetros de validación (significación estadística $p < 0,05$)

Resultados: N = 245; edad media $62,3 \pm 13,6$ años (54% mujeres). El EIMC fue mayor en pacientes de mayor RCV, longevos, hipercolesterolemicos y diabéticos. Observamos asociación entre número de factores de RCV y aterosclerosis. Estudio de validación: la probabilidad más alta de obtener un resultado de RCV alto entre los sujetos con un EIMC patológico fue con la tabla de Framingham (sensibilidad 65,2% y especificidad 74%), seguido de Regicor estableciendo nivel de riesgo superior al 10% y la tabla SCORE (nivel: 5%). Igualmente, la máxima correlación del EIMC se obtuvo con Framingham ($r: 0,506$)

Conclusiones: No existe la tabla ideal. Según nuestros resultados la tabla de Framingham es la que se correlaciona más con el EIMC analizado con eco-Doppler en España y la tabla de RCV que clasifica mejor a pacientes con mayor riesgo. Sorprende la pobre validación de la tabla SCORE, recomendada actualmente por semFYC

TABLAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR ¿IMPORTA TANTO CUÁL UTILIZAR?

I. Adán Valero, Y. Martínez Soriano, J. Perona Caro, D. García Mateos, S. Castells Juan y J. Lema Bartolomé

Cuenca I, Cuenca II y Cuenca III. Cuenca. Castilla-La Mancha.

Correo electrónico: jperonacaro@hotmail.com

Objetivos: Analizar diferencias en el riesgo cardiovascular (RCV) medido con las tablas de Framingham clásica (TFC), REGICOR y SCORE.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Ámbito comunitario. *Sujetos:* Se seleccionaron todos los pacientes de 35 a 75 años, incluidos en programa de RCV en prevención primaria de cuatro cupos urbanos. Se presentan datos preliminares de los primeros 449 pacientes. *Mediciones e intervenciones:* Edad, sexo, TAS, TAD, IMC, glucemia basal, colesterol, HDL, LDL, TG, tabaquismo e hipertrofia ventricular izquierdo según criterios Sokolov. Se calculó el RCV con TFC (alto riesgo > 20%), REGICOR (alto riesgo > 20%) y SCORE (alto riesgo > 5%).

Resultados: La edad media fue $60,5 \pm 10,34$ años (mujeres 60,1%). Eran fumadores un 19,6%, exfumadores un 19,6% y diabéticos un 21,6%. La media de TAS fue $139,03 \pm 18,98$, la TAD $84,29 \pm 11,50$, el colesterol $213,27 \pm 35,74$ y el IMC $30,25 \pm 5,19$. El riesgo medio global obtenido utilizando TFC fue $11,31 \pm 8$ (mediana 9), con REGICOR $4,63 \pm 2,98$ (mediana 4) y con SCORE $4,06 \pm 4,41$ (mediana 2). La proporción de pacientes riesgo alto según TFC, REGICOR y SCORE fue 13,8%; 0,7% y 27,6% respectivamente. El índice de concordancia simple entre TFC y SCORE fue del 81,8% con un índice kappa 0,46. TFC clasifica de riesgo bajo un 16% que SCORE clasifica como alto riesgo, mientras ésta clasifica de riesgo bajo un 2,2% que TFC considera como alto.

Conclusiones: SCORE clasifica como alto riesgo al doble de pacientes con relación a TFC. REGICOR prácticamente no clasifica ningún paciente como alto riesgo en prevención primaria. SCORE es más sensible para detectar pacientes alto riesgo en nuestro medio y es la recomendada por las principales sociedades científicas de nuestro país, por lo que creemos que es la que se debe utilizar sistemáticamente en Atención Primaria.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR. INFLUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN INTENSIVA DE CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA. RESULTADOS PRELIMINARES ESTUDIO EFAP

J. Rodríguez Cristóbal, J. Pérez Santos, D. Bleda Fernández, R. Villafáfila Ferrero, A. Viniegra Domínguez y N. Sanfelix Soto

Grupo de Trabajo EFAP. ABS Florida Sud; ABS Florida Nord; ABS Viladecans 2. Hospital de Llobregat, Viladecans. Cataluña.

Correo electrónico: 21002jrc@comb.es

Objetivos: 1) Estudiar el efecto de un programa intensivo de modificación del estilo de vida sobre los niveles de fibrinógeno (FBG) plasmáti-

co, en pacientes sin patología cardiovascular, con FBG elevado y niveles normales de colesterol (CLT). 2) Analizar si el efecto sobre el fibrinógeno es independiente o no del efecto sobre los lípidos.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Ensayo clínico controlado y aleatorizado. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. Trece Áreas Básicas de Hosptial de Llobregat y Barcelona. *Sujetos:* Incluidos 436 pacientes de 35-75 años, sin patología cardiovascular, hiperfibrinogenemia (fibrinógeno > 300 mg/dl) y colesterol plasmático < 250 mg/dl. *Mediciones e intervenciones:* 218 individuos recibieron una intervención intensiva, en frecuencia e intensidad del consejo y tratamiento, sobre cambios de estilo de vida: dejar de fumar, dieta hipocalórica y ejercicio físico. El seguimiento del grupo intervención se realizó cada dos meses. 218 individuos siguieron los cuidados habituales. Se realizaron mediciones de fibrinógeno plasmático (fbg), CLT y otros parámetros analíticos. Se registraron factores de riesgo cardiovascular (historia clínica). El seguimiento será de 24 meses.

Resultados: Se aleatorizaron 436 pacientes en dos grupos, intervención habitual o intervención intensiva. Al inicio, son homogéneos. Al comparar los datos clínicos y analíticos no encontramos diferencias significativas. Los factores de riesgo más prevalentes fueron obesidad (70%) e hipertensión arterial (37%). A los ocho meses, en el grupo de intervención intensiva, se observó una reducción de la tensión arterial sistólica y diastólica, peso, fbg, clt LDL, glucosa, hemoglobina glicosilada y clt total; siendo esta última significativa.

Conclusiones: Una intervención intensiva de cambios de estilo de vida puede ser eficaz para el control y tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular en prevención primaria.

EFICACIA DE UNA ESTRATEGIA DE ACTUACIÓN PREVENTIVA BASADA EN ENTREVISTAS TELEFÓNICAS ESTRUCTURADAS EN UNA POBLACIÓN LABORAL DE SUJETOS DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

E. Calvo Bonacho, A. García García, M. Cabrera Sierra, M. Moragas Ruiz, J. Sainz Gutierrez y M. Sánchez Cháparro

Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. Madrid.
Correo electrónico: mcabreras@saludalia.com

Objetivos: Analizar la eficacia de una estrategia de actuación preventiva basada en entrevistas telefónicas periódicas a los sujetos de alto riesgo cardiovascular detectado en un reconocimiento médico (RM).

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio longitudinal. *Ámbito de estudio:* Población laboral de una mutua de accidentes. *Sujetos:* Trabajadores que acudieron a RM, se excluyeron aquellos ya diagnosticados de enfermedad cardiovascular previa, HTA, Hipercolesterolémia o Diabetes Mellitus. *Mediciones e intervenciones:* Los datos se analizaron en dos grupos, Grupo A: 3394 sujetos a los que se les realizó tres entrevistas telefónicas en los meses primero, cuarto y octavo desde la realización del RM, y un segundo reconocimiento al año. Grupo B: 677 sujetos a los que no se les pudo realizar entrevista telefónica y sólo se les realizó el RM inicial y final.

Resultados: Entre el primer y segundo RM comparando el Grupo A y B los hombres del Grupo A, presentaron una disminución significativa de las cifras de tensión arterial, colesterol total mayores que el grupo B ($P < 0,001$). Los trabajadores mayores de 45 años y ocupación clasificada como cuello azul del Grupo A presentaron una reducción de las cifras de tensión arterial ($P < 0,001$). Ambos grupos mejoraron su perfil de riesgo cardiovascular (Grupo A 42% frente al 32% Grupo B, $P < 0,001$). Ambos grupos presentaron tasas de abandono de tabaco (27% Grupo A frente 21% Grupo B, $P < 0,001$).

Conclusiones: La entrevista telefónica estructurada es un instrumento eficaz y económico para ayudar a sujetos de alto riesgo a corregir sus factores de riesgo cardiovascular y modificar sus hábitos de conducta.

EVOLUCIÓN DEL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PREVENCIÓN SECUNDARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

S. Farraiz Villalba, A. Corrales Rodríguez, E. Sánchez Deig y F. Hernández Díaz

CS Universitario de Barranco Grande, UD de MFyC Zona I Hosp. Ntra. Sra de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias.
Correo electrónico: mcandalonso@yahoo.es

Objetivos: Analizar la evolución de los factores de riesgo cardiovascular en prevención secundaria en atención primaria.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal retrospectivo. *Ámbito de estudio:* Centro de salud urbano. *Sujetos:* Pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV) de la zona básica de salud. *Mediciones e intervenciones:* Se estudiaron los registros de factores de riesgo cardiovascular, tipo de ECV, años de evolución y tratamiento. Se compararon las cifras de analítica, peso, y tensión arterial registrados en primer lugar tras el evento y los últimos datos equivalentes recogidos en cada historial. Se utilizó la t de Student para comparar medias de datos apareados.

Resultados: N = 232 pacientes, 62,9% hombres, edad media 68 años (desviación Standard 10,3). Tiempo de evolución medio 10 años. Tipo ECV: 43,5% infarto, 12,5% angor, 34,1% ACV, 6% TIA, 3,9% arteriopatía periférica. El 70% fumaba, 69% era hipertenso, y 46% era diabético. Tratamiento actual: 72,9% antiagregados, 11,2% anticoagulado, y el 67,6% tomaba estatinas. Entre la primera analítica tras el ECV y la última registrada (tiempo medio de seguimiento 4,8 años), mejoraba el colesterol total (descenso medio 21,6 mg/dl, ic 95% -29,1,-14,1; $p < 0,001$), el LDL-colesterol (descenso medio 13,3 mg/dl, ic 95% -25,6, -1,1; $p = 0,03$), la tensión arterial sistólica (descenso medio -4 mmHg, ic 95% -7,3,-0,8; $p < 0,01$) y la diastólica (descenso medio -4,2 mmHg, ic 95% -5,9,-2,6; $p < 0,001$). No aparecían diferencias estadísticas significativas en los datos de glucemia, triglicéridos o peso.

Conclusiones: Los pacientes han mejorado desde su evento en los niveles de lípidos y tensión arterial, aunque de forma discreta. El tabaquismo aún afecta a una parte importante de estos pacientes.

CÁLCULO DEL RIESGO CORONARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿QUÉ TABLA ES MÁS ADECUADA PARA NUESTROS PACIENTES?

D. Rodríguez Villar, L. Muñoz Devesa y U. García

CAP Fuente de San Luis. Valencia. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: degales@hotmail.com

Objetivos: Evaluar si hay diferencias en la indicación de iniciar tratamiento hipolipemiante al utilizar dos tablas de riesgo cardiovascular distintas.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Observacional transversal. *Ámbito de estudio:* Un centro de salud de población urbana. *Sujetos:* 355 individuos de ambos性 entre 40 y 75 años sin eventos cardiovasculares ni tratamiento hipolipemiante que participaron en el Programa de Salud del Adulto del centro de salud entre el 01/01/2003 y 31/12/2004, de los cuales se perdieron 192. *Mediciones e intervenciones:* Se recogieron las variables que computan en las tablas de Framingham – Wilson (F) y REGICOR (R). Se calculó el riesgo coronario total con una y otra y si había diferencias. Después se evaluó si existían diferencias en la indicación de iniciar tratamiento hipolipemiante según las guías del ATP III.

Resultados: Los grupos de riesgo obtenidos y la indicación de tratamiento se compararon mediante tablas de contingencia y la medida de acuerdo kappa (κ). Un 34,9% de los pacientes descendieron de categoría de riesgo con R respecto a F ($\kappa = 0,125$). En cuanto a la indicación de tratamiento el kappa fue de 0,699. Este resultado es similar si se analiza por sexos y por fumadores. Para los diabéticos la discordancia entre las tablas de riesgo es máxima ($\kappa = 0,006$), sin embargo la actitud terapéutica no varía ($\kappa = 1$) ya que todos son considerados de alto riesgo.

Conclusiones: La tabla de F sobreestima el riesgo coronario en nuestro medio, lo que lleva a iniciar tratamiento hipolipemiante en un 6,1% de pacientes más que con R en todos los grupos excepto en diabéticos.

DETERMINANTES DEL MAL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y LOS LÍPIDOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

D. Orozco Beltrán, en nombre del Grupo de Investigadores del Estudio PRESEAP, C. Carratalá Munuera, C. Brotons Cuixar, D. Ariño Martín, I. Borras Boch y F. Buitrago Ramírez

Rediapp (Red Investigación Actividades Preventivas), Nodos de Valencia, Cataluña, Baleares, Aragón, Castilla-León, Euskadi, Extremadura, Madrid; Universidad Miguel Hernández. Alicante. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: dorozcob@meditex.es

Objetivo: Identificar los determinantes relacionados con el mal control de la presión arterial (PA) y colesterol-LDL en pacientes ya diagnosticados de enfermedad cardiovascular (EC) en la atención primaria (AP).

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio Transversal, parte de un ensayo clínico randomizado que valora la eficacia de un programa integral de prevención secundaria en EC en AP (PRESeAP). *Ámbito:* 42 centros de salud españoles. *Sujetos:* Pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica (CI), accidente vasculocerebral (AVC) o enfermedad arterial periférica (EAP) entre enero de 2004 y mayo de 2005. *Mediciones e intervenciones:* Características sociodemográficas, PA, colesterol-LDL y tratamiento.

Resultados: Participaron 1226 pacientes, 70% hombres. La edad media (DE) fue de 66,4 (11,2) años. El 44% mostró una PA mayor o igual a 140/90 mmHg y el 60% un LDL mayor o igual a 100mg/dl. El 23% de los pacientes mostraron ambas cifras controladas. El 84% recibía tratamiento antihipertensivo, y el 67% hipolipemiantes. La regresión logística mostró como determinantes del mal control de la PA la edad, ser soltero/viudo/divorciado, la hipertensión, la obesidad, no recibir tratamiento hipolipemante y no estar diagnosticada de CI ni insuficiencia cardíaca; para el LDL los determinantes fueron ser mujer, no estar diagnosticado de CI ni diabetes, la dislipemia y no tomar hipolipemiantes ni antihipertensivos.

Conclusiones: Los pacientes diagnosticados de CI mostraron un mejor control de la PA y del LDL que los pacientes con AVC o EAP. Los determinantes de control de la PA difieren de los del LDL, resultado a considerar al aplicar las recomendaciones para alcanzar los objetivos terapéuticos.

RELACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, ENFERMEDAD VASCULAR ASOCIADA Y PRESIÓN DE PULSO ELEVADA

R. Ramírez Arrizabalaga, J. Méntrida Rodríguez, R. Wolgeschaffen Torres y A. Criado Millán

CS Alameda de Osuna; CS Alcalde Bartolomé González; CS Presentación Sabio; Hospital de Móstoles. Madrid, Móstoles. Madrid.
Correo electrónico: jmentridar@msn.com

Objetivos: Describir las características de la Presión de pulso elevada (PPE) en pacientes con hipertensión esencial e identificar enfermedad vascular (EVA) y factores de riesgo (FRCV) asociados a la misma

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio transversal y multicéntrico. *Ámbito de estudio:* Nacional (España) entre junio y diciembre del 2004. *Sujetos:* Pacientes con HTA esencial tratados o de nuevo diagnóstico en consultas de AP. *Mediciones e intervenciones:* Se definió PPE como > 55 mmHg. FRCV: PA > 140/90 o hipertensión tratada, edad varones > 45 años, mujeres > 55 años, sexo, tabaquismo, sedentarismo, obesidad, colesterol total elevado > 200 mg/dl; HDL bajo < 40 mg/dl en varones, < 45 en mujeres; triglicéridos elevados > 150 mg/dl; micro albuminuria; DM e historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura. Las EVA: ictus isquémico establecido o TIA, IAM, angina de pecho, ICC, nefropatía diabética, enfermedad renal crónica y arteriopatía periférica. Sistema estadístico SPSS, versión 11.5. Se determinó la asociación entre los FRCV hallados y EVA a la hipertensión con la PPE.

Resultados: Total de pacientes: 3213. PPE: 1241(38,8%). FRCV: Edad (varones > 45 a; mujeres > 55 a): β 0,905; OR 2,47. Sedentarismo: β 0,535; OR 1,71. DM: β 0,390; OR 1,48. EVA: Enfermedad cerebro vascular: β 0,682; OR 1,98. Arteriopatía periférica: β 0,546; OR 1,73

Conclusiones: FRCV que más influyen en la presencia de PPE: edad avanzada, el sedentarismo y la Diabetes Mellitus. PPE se asocia con mayor incidencia de enfermedad cerebro vascular y de arteriopatía periférica y no con cardiopatía ni enfermedad renal

Hipertensión arterial

EFFECTIVIDAD DE LOS FÁRMACOS GENÉRICOS ANTIHIPERTENSIVOS EN VARIABLES INTERMEDIAS DE RESULTADO. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

J. Baena Díez, A. Muñoz Rubio, I. Duaso Allué, P. Carceller Sales, Y. García Navarro y L. Quinzanos de Visa

CS La Marina. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: jmbaena.pbcn@ics.scs.es

Objetivos: Estudiar la efectividad de los fármacos genéricos antihipertensivos respecto a los fármacos originales en variables intermedias de resultado

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Casos y controles. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria, centro de salud urbano. *Casos:* 107 hipertensos, tratados con un solo producto genérico, seleccionados por muestreo aleatorio sistemático de los listados de prescripción de la historia clínica informática. *Controles:* 107 hipertensos, tratados también con un sólo producto original, seleccionados por igual método, apareados por edad (\pm 5 años), sexo, fármacos antihipertensivos y dosis. *Mediciones e intervenciones:* Variable de respuesta principal: tensión arterial sistólica (TAS). Variables secundarias: tensión arterial diastólica (TAD) y proporción de pacientes con buen control (TAS < 140 mmHg y TAD < 90 mmHg). Se excluyeron los pacientes que tomaban otros fármacos modificadores de la tensión arterial (TA). Se controló por la TA antes de iniciar tratamiento. **Resultados:** Edad media: 67,1 años (57% mujeres). Casos y controles no difirieron en las variables apareadas ni en la TA antes del tratamiento. Los fármacos más frecuentes fueron: combinación de IECA+diurético (46,2%), IECA (21,0%) y atenolol (14,0%). No se hallaron diferencias entre casos y controles en la TAS (142,2 y 138,1 mmHg, respectivamente, $p = 0,063$) y en la TAD (82,2 y 81,1 mmHg, respectivamente, $p = 0,337$). Casos y controles si fueron distintos en la proporción de pacientes con buen control (33,6% y 49,5%, respectivamente, $p = 0,018$).

Conclusiones: Aunque los genéricos no difirieron significativamente en la TAS, la diferencia es relevante clínicamente. Este hecho y el peor control sugieren que se verifique la efectividad de los genéricos con ensayos clínicos.

PATRÓN CIRCADIANO DE LA PRESIÓN ARTERIAL, RELACIÓN CON EL RIESGO CARDIOVASCULAR Y PORCENTAJE DE CONTROL SEGÚN EL MÉTODO

M. Gómez Marcos, L. García Ortiz, L. González Elena, J. Parra Sánchez, A. González García y C. Herrero Rodríguez

Unidad de investigación de la Alamedilla. Salamanca. Castilla y León.
Correo electrónico: magomez@usal.es

Objetivos: Análisis del patrón circadiano de pacientes hipertensos, su relación con el riesgo cardiovascular y control de PA con la PA clínica (PAC), AMPA y MAPA.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Descriptivo trasversal. *Ámbito de estudio:* 2 centros de salud de Atención Primaria. *Sujetos:* 256 hipertensos incluidos por muestreo consecutivo a los que se le ha realizado una MAPA principalmente por mal control de la PAC. Son mujeres 131 (50,2%) y la edad media fue de 61,4 años. *Mediciones e intervenciones:* Variables: Edad, sexo, riesgo cardiovascular con la escala de la sociedad europea de hipertensión y PA medida mediante PAC, MAPA y AMPA. Criterios: Buen control: PAC < 140/90 mmHg, MAPA: PA media < 125/80 mmHg, PA actividad < 135/85 mmHg y PA reposo < 120/75 mmHg, AMPA PA media < 135/85 mmHg.

Resultados: La presión arterial media de 24 h fue 125,5/74,6 mmHg, en actividad 129,2/78,2 mmHg y en reposo 116,65/66,46 mmHg. Encontramos que 109 pacientes (45,8%) eran DIPPER, 90 (37,8%) eran NO DIPPER, 13 (5,5%), EXTREME DIPPER y 26 (10,9%) RISER, sin diferencia significativa entre varones y mujeres. Tienen un RCV de referencia 27 (11,3%), bajo 43 (18,1%), moderado 81(34%), alto 54 (22,7%) y muy alto 33 (13,9%), sin asociación significativa con los patrones circadianos. El porcentaje de control fue con la PAC 1^a toma: 20%, PAC 2^a toma: 27,6%, MAPA actividad: 58,6%, MAPA reposo: 58,3% y MAPA 24 horas: 43,8%. AMPA 1^a toma 36,7% y 2^a toma 52,5%.

Conclusiones: No se encuentra asociación del patrón circadiano con el riesgo cardiovascular estimado con la escala de la sociedad europea de hipertensión. La primera toma de presión arterial sobrevalora la PA real. La MAPA y el AMPA son métodos útiles para evaluar de forma adecuada el nivel de control del paciente hipertenso.

ESTUDIO COMPARATIVO DEL MANEJO DE HIPERTENSOS DENTRO DEL PROGRAMA Y FUERA DE ÉL

M. Maríes Vicente, C. Calvo Gil, M. Martín Rillo, M. Gimeno, A. Bertolín e Y. Salas

CS Godella. Valencia. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: krististan150@hotmail.com

Los abandonos del programa de hipertensión llegan hasta el 56% de los casos. Los hipertensos fugados presentan peor pronóstico y control tensional.

Objetivos: Definir el grado de cobertura del programa de hipertensión. Comparar el perfil, proceso de atención, grado de tratamiento y control del hipertenso en programa y fuera del mismo.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. *Ámbito de estudio:* Se realiza desde una consulta de Medicina Familiar y una consulta de Enfermería de Centro de Salud. *Sujetos:* Población de estudio: los 1560 usuarios (mayores de 15 años) adscritos a un cupo médico. Se analizan los 267 hipertensos diagnosticados hasta mayo de 2005, pertenecientes al cupo de estudio. *Mediciones e intervenciones:* Análisis estadístico: Chi cuadrado, varianza, coeficiente de correlación de Pearson. Se consideran significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados: La cobertura del programa resulta del 71% de los diagnosticados ($n = 189$). Perfil del hipertenso en programa: presenta mayor edad, índice de feminidad, frecuencia de dislipemias y tabaquismo que el hipertenso fugado ($p < 0,05$). El hipertenso en programa frecuenta más la consulta médica y enfermera, y se le han realizado más microalbúminas en el último año; en cambio tiene menor autocontrol tensional (AMPA) que el hipertenso fugado (87% frente al 95%, $p < 0,05$). Los hipertensos en programa presentan mayor grado de tratamiento (1,77 principio activo por hipertenso y día) y mejor control óptimo de presión arterial (61% con PA $< 140/90$, en diabéticos un 27% con PA $< 130/80$).

Conclusiones: La cobertura del programa es mejorable. El hipertenso en programa se controla mejor, lo cual es más evidente en los diabéticos. Se propone un protocolo para mejorar la adhesión.

HIPERTENSIÓN DE BATA BLANCA Y AUTOMEDIDA DE LA PA DOMICILIARIA: ¿MEJORAMOS EL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO MODIFICANDO EL PUNTO DE CORTE DE NORMALIDAD?

J. Bayó Libre, C. Roca Saumell, A. Dalfó Baqué, S. de la Fuente Gelabert, I. Mendizábal Condón y M. Senán Sanz

EAP El Clot; EAP Gòtic. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: 27515jbl@comb.es

Objetivos: Determinar si mejora el rendimiento de la automedida de la presión arterial domiciliaria (AMPAd) en el diagnóstico de la hipertensión de bata blanca (HBB) empleando diferentes puntos de corte de normalidad.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio comparativo de AMPAd y monitorización ambulatoria-24h (MAPA). *Ámbito de estudio:* 4 centros de AP urbanos. *Sujetos:* Se incluyeron pacientes de 18-80 años seleccionados por muestreo consecutivo, con hipertensión ligera-moderada, de reciente diagnóstico y sin tratamiento farmacológico. *Mediciones e intervenciones:* Se les practicó una AMPAd durante 3 días consecutivos seguido de una MAPA. Se analizó el rendimiento diagnóstico (sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo y negativo (VPP-VPN) y coeficiente de probabilidad positivo y negativo (CPP-CPN) para diferentes puntos de corte (125/75, 130/80, 135/85, 140/90, 145/95, 150/100 mmHg).

Resultados: Se incluyó 181 pacientes (58,9% mujeres; edad 58,4(11,5) años). La prevalencia de HBB diagnosticada mediante AMPAd decrecía de puntos de corte mayores a menores (79% (IC95%: 73-85%) en 150/100 mmHg hasta 9% (IC95%: 5-13%) en 125/75 mmHg). El rendimiento diagnóstico en diferentes puntos de corte osciló entre: 150/100 mmHg (S 89,2%, E 28,0%, VPP/N 46,2/78,9% y CPP/N 1,23/0,38), 135/85 mmHg (S 50,0%, E 75,7%, VPP/N 58,7/68,6% y CPP/N 2,05/0,66) a 125/75 mmHg (S 16,2%, E 95,3%, VPP/N 70,6/62,2% y CPP/N 3,44/0,88). La S y E se representó mediante una curva ROC.

Conclusiones: En el punto de corte recomendado ($< 135/85$ mmHg) se obtuvo un bajo rendimiento diagnóstico, que no mejoró modificando los puntos de corte. Para un correcto manejo de los hipertensos recién diagnosticados es conveniente descartar la HBB con una MAPA.

¿DEBEMOS DE ADIESTRAR AL MENOS 2 VECES A LOS PACIENTES QUÉ DESEAN REALIZAR AUTOMEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL?

C. Sanchis Domenech, J. Soler Torró, J. Galán Bernardino, J. Quintana Ortiz, E. Goñi Vercher y M. Benavent Company

Nodo Comunidad Valenciana RedIAPP. CS Algemesí; CS Tavernes de la Valldigna; CS Moncada; CS Alberic. Algemesí. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: soler_jma@gva.es

Objetivos: Determinar si son necesarias una o dos sesiones de adiestramiento para que el paciente realice una correcta automedida de la presión arterial (AMPA).

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio observacional. *Ámbito de estudio:* Consultas de medicina de familia de 4 centros de salud semiurbanos. *Sujetos:* Muestra consecutiva de 123 pacientes hipertensos seleccionados de la población que acude a consulta que aceptan realizar AMPA como control de su hipertensión. *Mediciones e intervenciones:* Se adiestró a cada paciente en la utilización del esfigmomanómetro automático OMRON 705CP según un protocolo previamente definido, entregando el equipo, instrucciones y hoja de registro. A las 2 semanas se realizó un segundo adiestramiento. Se evaluó el cumplimiento de las recomendaciones sobre AMPA a las 2 y 4 semanas mediante 18 ítems

Resultados: El rango de edad fue de 30 a 84 años (media 61 años) con un 58% de varones y una media de 8 años de evolución de la hipertensión. El promedio de recomendaciones correctamente seguidas 2 semanas después del primer adiestramiento fue de 14,9 (desviación estándar 2,12) y 2 semanas tras el segundo adiestramiento 16,9 (desviación estándar 1,91). Estas diferencias fueron significativas (IC 95% de 1,5 a 2,5). No se observaron diferencias en función de la edad, sexo o años de evolución.

Conclusiones: El readiestramiento de la técnica de AMPA mediante una segunda sesión a las 2 semanas ofrece una mejoría importante en la correcta automedida de la presión arterial.

Sesión 6

Jueves, 16 de noviembre - 15.00-17.30h

Sala 3G (Centro de Eventos)

Enfermedad renal

ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA E INSUFICIENCIA RENAL: UNA ASOCIACIÓN FRECUENTE

S. Tranche Iparraguirre, A. Riesgo García, R. Marín Irazo, R. Arias, E. Hevia y J. Estévan

Estudio ARTPO. CS El Cristo; Unidad de Hipertensión, Hospital Universitario Central de Asturias; CS Cabañaquinta; S. cirugía Vascular Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias.
Correo electrónico: stranchei@medynet.com

Objetivos: Determinar la prevalencia de insuficiencia renal en población con enfermedad arterial periférica y analizar su relación con factores de riesgo y enfermedad cardiovascular.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio epidemiológico prospectivo. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Selección por muestreo aleatorio simple en población general de edad igual o superior a 50 años ($n = 76.660$) obtenidos de la base de tarjeta sanitaria individual. *Mediciones e intervenciones:* Se recogieron datos demográficos, clínicos, prevalencia de factores de riesgo y enfermedad cardiovascular. Se definió enfermedad arterial periférica (EAP) por índice tobillo-brazo (ITB) $< 0,9$ e Insuficiencia Renal (IR) según valores de filtrado glomerular (FG) estimado por las fórmulas de Cockcroft-Gault $< 60 \text{ L/min./1,73 m}^2$. Se presentan datos basales.

Resultados: Se incluyeron 511 personas de 66,4 (10,5) años de edad media (DE), 62,4% (319) mujeres. La prevalencia de EAP por ITB fue del 10,8% de los que el 54,7% presentaban IR por fórmula de Cockcroft-Gault. Los pacientes con EAP e IR en comparación con los enfermos con EAP y función renal normal, eran de mayor edad ($77,3 \pm 11,3$ vs $67,4 \pm 8,7$ años, $p = 0,001$), con cifras más elevadas de creatinina ($1,19 \pm 0,3$ vs $0,95 \pm 0,2 \text{ mg/L}$, $p = 0,001$) y prevalencias superiores de hipertensión arterial (44,8% vs 41,6%), cardiopatía isquémica (13,8% vs 4,1%), e insuficiencia cardíaca (10,3% vs 4,3%) aunque sin alcanzar significación estadística.

Conclusiones: La insuficiencia renal está presente en uno de cada dos pacientes con enfermedad arterial periférica. Los pacientes con IR y enfermedad arterial periférica se caracterizan por ser de mayor edad, presentar cifras más elevadas de creatinina y manifiestan mayor tendencia a asociarse con enfermedad cardiovascular.

INSUFICIENCIA RENAL: UNA REALIDAD OCULTA

A. Riesgo García, S. Tranche Iparraguirre, R. Marín Iranzo, F. Fernández-Vega, M. Gorostidi Pérez y M. Prieto

Grupo Estudio FRESHA. Unidad de Hipertensión, Hospital Central de Asturias; CS El Cristo; Hospital San Agustín; CS Vallobín-Concinos. Oviedo, Aviles. Asturias.

Correo electrónico: alba9703@hotmail.com

Objetivos: Determinar la prevalencia de IRC oculta definida como aquella situación con creatinina plasmática normal y filtrado glomerular estimado por la fórmula de Levey < 60 ml/min y su riesgo cardiovascular.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. *Ámbito de estudio:* 42 Centros de Atención Primaria. *Sujetos:* 2130 hipertensos. *Mediciones e intervenciones:* Se determinaron datos demográficos, factores de riesgo y antecedentes de enfermedad cardiovascular, función renal por fórmula de Levey, perfil lipídico y tratamiento. Se definió la IRC como un valor de filtrado glomerular < 60 ml/min por la fórmula de Levey [186,3 x Cr pl-1,154 x edad-0,203 x 0,742 en mujeres]. Se consideró creatinina elevada 1,1mg/dl en mujeres y 1,3 mg/dl en varones.

Resultados: 2130 (53,3% mujeres), 65,6 ± 11 años, PAS/PAD de 145 ± 16/83 ± 10 mmHg. 30,3% diabéticos, 45,9% dislipémicos. Cuatro grupos: 1422 (66,8%) Cr normal y FG > 60 ml/min; 286 (13,42%) Cr normal y FG < 60 ml/min (IRC Oculta); 16 (0,8%) Cr elevada con FG > 60 ml/min y 405 (19%) Cr elevada con FG < 60 ml/min. Los pacientes con IRC oculta tenían mayor edad (70,6 ± 9,1 vs 64 ± 10,9, p < 0,001), mas frecuentemente mujeres (97,9% vs 44,5%, p < 0,001). Mayor prevalencia de insuficiencia cardiaca (7,1% vs 5,1%, p < 0,03), enfermedad arterial periférica (12,6% vs 7,2%, p = 0,01) y fibrilación auricular (8 vs 4, p = 0,01%).

Conclusiones: 1. Un 13,4% de pacientes con HTA esencial presenta IRC oculta. 2. Estos pacientes son habitualmente mujeres, tienen mayor edad y mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular. 3. La evaluación de la función renal mediante fórmulas debería de incluirse en la valoración sistemática de los pacientes con HTA esencial.

Insuficiencia cardíaca

EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN MIXTA FORMATIVA Y DE RECORDATORIO INFORMÁTICO SOBRE EL ABORDAJE Y SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) EN MAYORES DE 65 AÑOS

J. Casanovas Font, I. Ausió Arumí, L. Aulet, P. Aguilà Pujols y X. Farrés Fabré

ABS Vic Sud. Vic. Cataluña.

Correo electrónico: 28847jcf@comb.es

Objetivos: Estudiar las características de la IC en mayores de 65 años. Estudiar la eficacia de una intervención formativo-tecnológica para mejorar su abordaje.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio antes-después sin grupo control. *Ámbito de estudio:* Centro de salud semiurbano. *Sujetos:* 2701 pacientes mayores de 65 años. *Mediciones e intervenciones:* Se impartieron dos sesiones clínicas dirigidas a sanitarios e implantación de protocolo informático.

Extracción informatizada antes y después de la intervención, de pacientes con IC y posterior revisión de historiales registrando: ecocardiografía s/n, analítica s/n, tratamiento IECA (o ARAII) s/n, o beta-bloqueantes s/n. Aparte se recogieron otras dos variables: consejos sobre IC s/n y pacientes con antecedente de infarto, hipertrofia ventricular o valvulopatía. Analizamos la intervención comparando proporciones con test de McNemar X2 para datos apareados.

Resultados: Detectamos 163 casos de IC en mayores de 65 años (prevalencia del 6,03%). de 531 pacientes con cardiopatía estructural registrada, en 424 (80%) no constaba diagnóstico de IC. Analizamos la intervención sobre los 91 pacientes con datos disponibles en ambos períodos resultando positiva para Ecocardiografía practicada (incremento del 13,2%) y analítica realizada (incremento del 50,5%) y no positiva para los tratamientos con IECA (incremento del 6,6%) y beta-bloqueantes (incremento del 5,5%).

Conclusiones: La intervención es útil para mejorar el seguimiento de estos pacientes pero no parece influir en su abordaje terapéutico. Las pre-

valencias halladas son similares a las de estudios anteriores, pero se triplicarían incluyendo los casos con cardiopatía estructural no diagnosticados de IC. El diagnóstico temprano implicaría un mayor gasto en el abordaje de la IC pero comportaría mejoras sintomáticas y pronósticas.

LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN GALICIA. ESTUDIO GALICAP

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

CS Cuba. Vigo. Galicia.

Correo electrónico: lfransi@mundo-r.com

Objetivos: Conocer las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de los pacientes con ICC atendidos por médicos de Atención Primaria en Galicia.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. *Ámbito de estudio:* Participaron 149 médicos de Atención Primaria de toda Galicia. *Sujetos:* 1195 pacientes con diagnóstico hospitalario de insuficiencia cardíaca. *Mediciones e intervenciones:* Se registraron las características demográfico-antropométricas, clínicas y terapéuticas de los pacientes

Resultados: La edad media de los pacientes fue 75,8 ± 10,4 años, significativamente mayor en las mujeres. Presentaban antecedentes hipertensión arterial (80% en mujeres y 67% en varones, p < 0,001), dislipemia (46%), diabetes mellitus (32%), fibrilación auricular (46%), valvulopatía (35%) y cardiopatía isquémica (31%). La tensión arterial estaba controlada (< 130/70) en el 46% de los pacientes. El 67% tienen hecha ecocardiografía y, entre éstos, el 61% tienen la función sistólica preservada. Al 48% de los pacientes con cardiopatía isquémica se les realizó coronariografía, siendo este porcentaje el doble en los hombres que en las mujeres (62% vs 31%, p < 0,001). Los diuréticos fueron las drogas más prescritas (87%); el 49% de los pacientes tomaban IECAS, el 29% ARAII, el 27% betabloqueantes y el 38%, digoxina. Durante el último año, el 55% de los pacientes tuvieron algún ingreso hospitalario

Conclusiones: La ICC está mayoritariamente asociada con hipertensión arterial, siendo el control de la presión muy limitado. El sexo determina de forma importante la realización de coronariografía en los pacientes con cardiopatía isquémica. La prescripción de fármacos recomendados no parece ser la óptima y hay importantes diferencias entre áreas sanitarias. Es necesario promover estrategias para mejorar el cuidado de estos pacientes.

Fibrilación auricular

ADECUACIÓN DE LA PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA EN LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Bárbara Rodríguez, E. Roca Grau, F. Ramos Pérez, B. Iglesias Pérez, J. Benet Martí y F. Castro Brescó

ABS Garraf Rural. St. Pere de Ribes. Cataluña.

Correo electrónico: erocagrau@yahoo.es

Objetivos: Conocer la adecuación, según el grado de riesgo embolígeno, de la profilaxis tromboembólica (PTE) en los pacientes diagnosticados de fibrilación auricular (FA) crónica en atención primaria.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Área Básica de Salud rural (35.750 usuarios asignados). *Sujetos:* Pacientes adultos asignados al ABS con FA a 31/03/2006. *Fuente:* historia clínica informatizada. *Variables:* sociodemográficas; factores embolígenos; contraindicaciones de anticoagulación oral (ACO); tratamiento PTE (paciente tratado o no, tipo -ACO, antiagregantes-, dosis de antiagregante). Se utilizó la escala CHADS para estratificar el riesgo embolígeno y valorar la adecuación.

Resultados: n = 261 pacientes, edad (media = 75,1; DE = 11,4), y 51,7% hombres. La prevalencia de FA en población adulta asignada es 0,98% (IC95%: 0,9-1,1). El 79,4% (189; IC95%: 73,8-84,1) de los pacientes sin contraindicaciones (238) reciben PTE, siendo el 28,6% (68) tratamiento anticoagulante. Según la escala CHADS el 33,3% (87; IC95%: 27,9-39,3) tienen bajo riesgo embolígeno, 49,8% (130; IC95%: 43,8-55,8) moderado y 16,9% (44; IC95%: 12,8-21,9) alto. Según esta estratificación reciben tratamiento adecuado el 31% (81; IC95%: 25,7-36,9) de los pacientes. En

los pacientes de bajo riesgo el tratamiento es adecuado en el 23% (20; IC95%: 15,4-32,9), 35,4% (46; IC95%: 27,7-43,9) en el moderado y 34,1% (15; IC95%: 21,9-48,9) en el alto. Los principales motivos de inadecuación (180 casos) se deben a no recibir tratamiento (26,1%; IC95%: 20,2-33) y a dosis inadecuada de AAS (31,1%; IC95%: 24,8-38,2).

Conclusiones: Según las recomendaciones de la escala CHADS, la adecuación de la PTE es muy baja, a pesar del beneficio demostrado en pacientes con FA. Sorprende que la principal causa de inadecuación sea la utilización de AAS a dosis inferiores a las efectivas en estos pacientes.

DETERMINANTES DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN LA FIBRILACIÓN AURICAL: "A OJO DE BUEN CUBERO"

E. Roca Grau, A. Bárcena Rodríguez, B. Iglesias Pérez, F. Ramos Pérez, F. Castro Brescó y J. Benet Martí

ABS Garraf Rural. St. Pere de Ribes. Cataluña.

Correo electrónico: erocagrau@yahoo.es

Objetivos: Conocer los factores de riesgo emboligenos determinantes en la prescripción de anticoagulantes orales (ACO) en los pacientes con fibrilación auricular (FA) crónica en atención primaria.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Área Básica de Salud rural (ABS) (35.750 usuarios asignados). *Sujetos:* Pacientes adultos asignados al ABS con FA a 31/03/2006. *Fuente:* historia clínica informática. *Variables:* dependiente: tratamiento ACO (sí/no); independientes: género; factores emboligenos según las recomendaciones de la ACCP (hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), insuficiencia cardíaca congestiva y/o disfunción ventricular izquierda (ICC), edad > 75 años, accidente vascular cerebral y/o accidente isquémico transitorio previos y/o embolismo sistémico (AVC)). Análisis estadístico: regresión logística.

Resultados: n = 261 pacientes, edad (media = 75,1; DE = 11,4), y 51,7% hombres. Un 31% (81; IC95%: 25,7-36,9) tienen HTA, un 31,8% (83; IC95%: 26,4-37,7) DM, un 20,7% (54; IC95%: 16,2-26) AVC y un 29,1% (76; IC95%: 23,9-34,9) ICC. Los factores estadísticamente significativos son el AVC y la edad. Los pacientes con AVC previo tienen 4,3 veces más probabilidad de ser anticoagulados (IC95%: 2,2-8,6) y los > 75 años tienen 66,2% menos probabilidades de ser anticoagulados que los menores (OR: 0,34; IC95%: 0,18-0,63). La ICC presenta una significación marginal ($p = 0,095$). El resto de factores no están relacionados de forma estadísticamente significativa con el tratamiento anticoagulante. R2 del modelo: 16,2%.

Conclusiones: En el modelo se han incluido las características clínicas que deberían determinar la decisión de anticoagular, sin embargo sólo explican un bajísimo porcentaje de esta decisión. Asimismo, la edad influye en el sentido opuesto al recomendado por la evidencia, posiblemente por el miedo de los profesionales a anticoagular a los pacientes mayores.

Trombosis venosa

UTILIDAD DEL DÍMERO-D PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

M. Piñar Mateos, G. Ferres Pintó y X. Basurto Oña

Hospital de Figueres. Figueres. Cataluña.

Correo electrónico: mangelpinat@hotmail.com

Objetivos: Determinar la utilidad diagnóstica del dímero-D para el diagnóstico de Trombosis Venosa Profunda (TVP) proximal de extremidades inferiores en pacientes ambulatorios.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio de pruebas diagnósticas. *Ámbito de estudio:* Servicio de urgencias. *Sujetos:* Doscientas cuarenta historias clínicas de pacientes a los que se les practicó una ecografía doppler venoso de miembros inferiores ante la sospecha clínica de TVP entre el 1 de enero de 2004 y el 30 de marzo de 2006. *Mediciones e intervenciones:* Prevalencia de TVP en toda la muestra. Valor de corte del dímero-D más óptimo y su sensibilidad (S), especificidad (E), cocientes de probabilidad (CP), probabilidades post-test e intervalos de confianza (IC) del 95%.

Resultados: La prevalencia de TVP en toda la muestra fue del 16,6%. El valor de corte del dímero-D de mayor exactitud diagnóstica fue de 2048 ng/ml con una S: 77,5%, E: 66,9%, CP positivo: 2,34 (IC 95%, 1,45-3,59), CP negativo: 0,34 (IC 95%, 0,14-0,66).

Conclusiones: En pacientes con baja probabilidad clínica de TVP, un dímero-D < 2048 ng/ml, disminuye la probabilidad de enfermedad al 2% (IC 95%, 1%-3%), que nos permite un seguimiento clínico adecuado desde Atención Primaria.

Enfermedad cerebrovascular

DEL ACCIDENTE AL ATAQUE CEREBROVASCULAR AGUDO: MANEJO INICIAL PREHOSPITALARIO

E. Muñoz Triano, C. Canillas Rico, S. Martín Carabante, N. Quesada Granados, R. Gálvez Serrano y A. Jiménez Godoy

Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. Distrito Sanitario Málaga. Málaga. Andalucía.

Correo electrónico: esperanzamut@telefonica.net

Objetivos: Establecer: 1º Perfil pacientes demandantes asistencia urgente domiciliaria por Ataque Cerebral (AC). 2º Criterios priorización. 3º Manejo terapéutico neuroprotección-no-farmacológica. 4º Condiciones traslado-transferencia.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Descriptivo. Retrospectivo. Revisión Informes Asistencia Urgente (IAU) domiciliaria. Multidisciplinar. *Ámbito de estudio:* Urbano mediterráneo, 22 Centros de Salud, 1 Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (3 unidades móviles medicalizadas, dotadas para SVA). 529.231 habitantes. 578.718 Tarjetas Individuales Sanitarias. *Sujetos:* Totalidad pacientes con juicio clínico en IAU de ACVA. *Mediciones e intervenciones:* 1 Enero-31 Diciembre 2005. Variables: 17 categorización, 7 priorización, 5 manejo terapéutico neuroprotección-no-farmacológica, 13 condiciones traslado-transferencia.

Observadores internos multidisciplinarios. Estudio estadístico descriptivo exploratorio-univariante: frecuencias/bivariante: demandas < 4 horas/priorización (chi cuadrado). Software SPSS 11.0.

Resultados: 29.937 IAU, 2,6% AC (n = 790). Categorización: Edad media 80,2 años (35-102, DT 9,5), 61% > 80 años. 63,8% mujeres. Enero/Febrero/Marzo: 35,5%. Domingo/lunes 35,5%. Tarde-anochecer 47,3%. Rankin = / > 3: 52,6%. Demanda > 4 horas: 71,7%. Síntoma-demanda: alteración nivel conciencia 21,2%, ACVA 18,2%, disminución fuerza 12,2%, alteración lenguaje 7,38%, mal definido 6,2%, = / > 2 síntomas 13,4%, 21 síntomas diferentes. Escala cumplimentación tabaquismo/etilismo. Comorbilidad: diabetes 56,7%, cardiopatía 37%, hipertensión 23,9%, dislipemia 21,8%. AC previos 45% (13,3% secuelas+). Priorización: < 80 años (39%), Rankin = / < 2 (50,3%), < 4 horas (11,7%), motor (57,5%), lenguaje (49%), facial (42,2%), conciencia (73,7%), primer episodio (22%). Manejo: SF (9%), G5% (6,3%), insulina (7,5%)/glucemias > 170 (22,3%), captopril (10,5%)/TAS > / = 220-TAD > / = 120 (1,3%), oxigenoterapia (12%)/SpO2 < 94% (25,8%), paracetamol (1,1%)/Ta > 37,5°C (11,8%). Traslado-transferencia: AIT (42%), unidad-móvil-medicalizada (24,1%), alta hospitalaria (37,6%). Demanda < 4 horas: autosuficiencia ($p < 0,0001$), < 80 años ($p < 0,0001$), lenguaje ($p < 0,014$), facial ($p < 0,026$).

Conclusiones: 1) Perfil: mujer > 80 años, limitada vida diaria, consultó en invierno-atardecer-domingo/lunes, por alteración conciencia, AC previos/diabética/cardiopata, quedando en domicilio. 2) Se han detectado oportunidades de mejora otros tres objetivos.

Nutrición/obesidad

OBESIDAD: ¿TIENEN BUEN CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR NUESTROS PACIENTES OBESOS?

C. de Ribot Mundet, E. Mas Paradeda, J. March Nogué, M. Villar Concha, J. Lisbona Ginesta y D. Ettinghausen

Grupo de Trabajo Obesidad. UD Del Ssibe-Palafrugell-Girona. Palafrugell-Girona-. Cataluña.

Correo electrónico: cderibot@hospal.es

Objetivos: Valoración de la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en correlación con el IMC.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Comarca de unos 120.000 habitantes, con 6 ABS, realiza-

do entre el 2000-2006. *Sujetos:* Todos los pacientes obesos atendidos en AP (IMC > = 30 y < = 50,9) y edad 16 y 86 años. N = 9.943 pacientes. *Mediciones e intervenciones:* Variables valoradas: edad, sexo, IMC, presencia de tabaquismo o diabetes, colesterol total, HDL, LDL, HbA1C, HTA, TAS, TAD, ejercicio físico y RCV según Regicor.

Resultados: Del total muestra: hombres 42%, mujeres 58%. La obesidad mórbida es superior en las mujeres (M: 447; H: 158). La diabetes aumenta con el IMC, 19% en obesos de IMC de 30-35, 29% en los de 45-50. HTA aumenta con el IMC, desde un 48% en obesos de IMC de 30-35, 58% en los de 45-50.

Se han encontrado mínimas diferencias en función del IMC en las siguientes variables: *a)* Grado de control en HTA (TAS de 140 a 142, TAD de 77 a 82), *b)* Niveles de colesterol total, registrados en el 73%; tanto en dislipémicos (de 220 a 225) como en no-dislipémicos (de 190 a 186); similar para HDL y LDL, *c)* HbA1C, 7,45-7,55, *d)* RCV, que se ha podido calcular sólo en el 45% de la muestra entre 35 y 75 años, no hay diferencias significativas.

Conclusiones: El grado de obesidad incide proporcionalmente en la prevalencia de HTA y diabetes. No se han encontrado diferencias clínicamente significativas en el grado de control de la HTA, diabetes o dislipemia en función del grado de obesidad.

VALORACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN DE NUESTRA POBLACIÓN MEDIANTE ESTUDIO CUALITATIVO

M. Colas Colas, C. Betran Lacasta, R. Saenz Guallar,

J. Mojoner Antequera, J. Berlanga Rubio y A. García García

Unidad Docente Alcañiz. CS Alcañiz. Alcañiz. Aragón.

Correo electrónico: cristinabetran@hotmail.com

Objetivos: La importancia de la alimentación adecuada como instrumento de protección de la salud y prevención de la enfermedad, planteamos un proyecto de educación para la salud basada en la alimentación. Averiguar creencias, conocimientos y actitudes poblacionales sobre alimentación como análisis inicial.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio cualitativo con grupos focales, recogiendo datos hasta saturación de información. Las sesiones son grabadas en video y grabadora con el consentimiento de los participantes.

Ámbito de estudio: Colegios de la zona. *Sujetos:* Grupos formados por 12-15 madres de alumnos de colegios de educación primaria. *Mediciones e intervenciones:* Análisis del discurso.

Resultados: Existe gran preocupación por la salud. Se reconoce la alimentación adecuada como instrumento de protección de la salud y prevención de la enfermedad. Consideran la dieta mediterránea como dieta saludable, variada, compuesta por: carnes blancas, fruta de temporada, leche desnatada, aceite de oliva y pescado. Reciben información mediante publicidad y boca a boca. Echan en falta fuentes más fidedignas. Piensan que el tipo de alimentación influye en nuestra salud, es fundamental para la prevención de algunas enfermedades y que hay que enseñar a comer a los niños. La elección de alimentos está condicionada por: factor económico, gusto, comodidad, simplicidad en la preparación culinaria y por último el valor nutritivo.

Conclusiones: Aunque existe bastante información existen conceptos erróneos modificables, muchos de ellos basados en la publicidad actual.

KIT PARA EL CONTROL DEL CONSUMO DIARIO DE SAL COMÚN

R. Valls Foix y M. López Rodríguez

Facultat de Farmàcia; Universitat de Barcelona. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: rogerv@menta.net

Objetivos: El exceso de sodio en la alimentación es un problema de salud pública. La ingesta sódica se encuentra entre los parámetros que se considera urgente controlar. Uno de los inconvenientes de la supresión total de la ingesta de sal en el marco de una dieta baja en sodio es la dificultad del cumplimiento. La posibilidad de incluir en la dieta diaria una cantidad controlada de sal facilitaría el cumplimiento al mejorar el sabor de los alimentos y permitir que el cambio de hábitos sea asimilable más fácilmente. La supresión total del consumo de sal común adicionalmente puede plantear el problema de un aporte de yodo inferior al recomendado.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Se ha realizado búsquedas bibliográficas y únicamente se ha encontrado como posible solución la patente estadounidense US 4.666.408 que describe un kit de patrones visuales con el fin de familiarizar al individuo con el volumen de sal correspondiente al contenido de sodio de varias dietas bajas en sodio.

Resultados: Se ha concebido un kit para dosificación de una cantidad determinada de sal para consumo diario que comprende una pluralidad de contenedores, relacionados entre sí, provistos de un sistema de dispensación y de un sistema de cierre, dichos contenedores contienen dosis iguales y exactas de sal, preferentemente sal yodada, de rango comprendido entre 0,5-2 gr. Existe una patente en curso.

Conclusiones: Se ha diseñado un kit permite incluir en la dieta diaria una cantidad controlada de sal común o sal yodada. Dicho kit también puede ser utilizado como método normalizado para futuros estudios.

Sesión 7

Jueves, 16 de noviembre - 18.00-20.30h

Sala 3F (Centro de Eventos)

Dislipemias

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LAS HIPERCOLESTEROLEMIAS FAMILIARES EN ESPAÑA: ESTUDIO LIPO-VIDA-2006. DISEÑO METODOLÓGICO Y RESULTADOS PRELIMINARES

A. Herrero, R. Alonso, O. Vegazo, A. Alvarez, L. Feijoo y E. Yuste

Grupo Estudio Lipo-Vida 2006. CS Los Huertos; Unidad de Lipidos Fundación Jiménez Diaz; Departamento Médico Astrazeneca Spain Sa.; CS Ventanielles; CS Adormideras; CS Avila Norte. Madrid, Asturias, Coruña, Ávila.

Correo electrónico: ov@clinicaldatabank.com

Objetivos: Las hipercolesterolemias Familiares (HF) de base hereditaria son un trastorno frecuente. Engloban la Hipercolesterolemia Familiar Heterocigota (HFF), la Hiperlipemia Familiar Combinada (HFC) y otros tipos de Hipercolesterolemia Autosómica Dominante Monogénica. Aunque se asume una prevalencia del 0,2% de la HFF y 2% de la HFC, en nuestro país no se conoce con exactitud. El objetivo del estudio es establecer la prevalencia de las HF en España.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* estudio epidemiológico, transversal, multicéntrico de base poblacional. *Ámbito de estudio:* muestreo polietápico estratificado y selección probabilística de 400 sujetos a partir de la población del cupo de 20 investigadores de Centros de Atención Primaria (CAP) repartidos por la geografía española. Se han unido autonomías hasta alcanzar un mínimo de 1,6 millones de habitantes por CAP (peso mínimo del 4% sobre el total de España). *Sujetos:* Se recogerá información de 8.000 sujetos. *Mediciones e intervenciones:* Se enviarán 3 cartas a la población seleccionada para acudir a las consultas de los CAP. El diagnóstico de HF se realiza mediante un cuestionario clínico, siendo las concentraciones de colesterol y de triglicéridos, y los antecedentes familiares de hiperlipemia, los datos más útiles. En la HFF se usan criterios del Grupo MedPed Holandés (Atherosclerosis 2004; 173:55-68).

Resultados: En la actualidad hay 18 CAP activos. Tras cinco meses de trabajo de campo y del primer contacto con la población, se han realizado 1470 revisiones (Tasa de respuesta poblacional: 18%; [IC95%: 16-20]). El 0,56% [IC95%: 0,2-0,9] de los encuestados presentaba diagnóstico clínico de HF.

Conclusiones: La prevalencia de HF "preliminar" estimada en población española es del 0,56%.

¿MAL TRATAMOS LAS DISLIPEMIAS?

M. Baré Mañas, R. Andreu Alcover, L. Clotet Romero, E. Pablos Herrero, V. Sabaté Cintas y J. Puig Manresa

ABS Creu Alta. Sabadell. Cataluña.

Correo electrónico: rosaaa@hotmail.com

Objetivos: Conocer la adecuación de la prescripción de fármacos hipolipemiantes en los pacientes dislipémicos de nuestro Centro de Salud en función del nivel de riesgo cardiovascular.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo, observacional.

Ámbito de estudio: Área de salud urbana con una población de 26.250 habitantes. *Sujetos:* Población estudiada: todos los pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia en nuestro sistema informático (colesterol total

(CT) > 200 mg/dl) de 35-74 años. **Mediciones e intervenciones:** Cálculo de riesgo con tabla Regicor. Variables analizadas: edad, sexo, tabaquismo, diabetes mellitus (DM), CT, colesterol-HDL, tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD). Según estas tablas se define el punto de corte en 10 a partir del cual debería hacerse intervención farmacológica.

Analizamos: a) Pacientes en prevención primaria que según tablas estaría indicado tratamiento (riesgo > 10), b) Pacientes que según tablas no estaría indicado tratamiento (riesgo < 10) Análisis estadístico con SPSS.12

Resultados: 408 pacientes analizados. 53,7% (219) con tratamiento hipolipemiantes y 36,3 (189) sin tratamiento. de los pacientes con tratamiento el 87,7% (192) tenían riesgo bajo y 12,3% (27) alto. de los pacientes sin tratamiento el 9% (17) tenían riesgo alto y 91% (172) bajo.

Conclusiones: Tenemos un 9% de pacientes que deberían estar tratados por tener alto riesgo y no lo están y un 87,7% de pacientes sobretratados.

Puede haber muchos factores que hayan determinado el inicio de tratamiento en los pacientes con riesgo bajo: riesgo inicial alto, utilización de diferentes criterios, tablas... Debido a estos resultados el grupo investigador realizará intervención en el grupo de pacientes mal tratados.

¡MARCANDO LA DIFERENCIA!

E. Pablos Herrero, V. Sabaté Cintas, R. Andreu Alcover, M. Baré Mañas, L. Clotet Romero y J. Puig Manresa

ABS Creu Alta. Sabadell. Cataluña.

Correo electrónico: 33528eph@comb.es

Objetivos: Estimar el riesgo cardiovascular (RCV) de los pacientes hipercolesterolemicos de nuestra Área Básica, aplicando las tablas de Framingham y Regicor, y valorar la actitud terapéutica que supone aplicar una tabla u otra en prevención primaria.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo observacional. *Ámbito de estudio:* Área de salud urbana con una población de 26250 habitantes. *Sujetos:* Población de estudio: pacientes entre 35-74 años diagnosticados de hipercolesterolemia con colesterol total entre 200-300 mg/dl visitados entre marzo 2005 y marzo 2006. Criterios de exclusión: pacientes fuera del rango de edad, pacientes en prevención secundaria y pacientes con falta de datos. **Mediciones e intervenciones:** Cálculo del RCV de cada paciente con tablas Framingham y Regicor. División de los pacientes en tres categorías de riesgo: bajo (0-9%), moderado (10-19%) y alto (> 20%). Estadística realizada con SPSS-12. Variables estudiadas: edad, sexo, colesterol total (CT), HDL, tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD), tabaquismo, diabetes mellitus (DM). Se analiza la diferencia en la actitud terapéutica según la tabla utilizada

Resultados: 408 pacientes analizados. Existe una predicción de RCV con significación estadística directamente proporcional para todas las variables estudiadas siendo mayor para la variable edad, seguida de DM y sexo. Framingham: 43,1% riesgo bajo, 35,5% moderado y 21,3% alto. Regicor: 89,2% riesgo bajo, 10,5% moderado y 0,2% alto. Indicación de tratamiento: Framingham 21,3%, Regicor 10,8%. Sobretratamiento de un 11,8% aplicando Framingham.

Conclusiones: Existe una sobrevaloración del RCV según Framingham que implica un porcentaje significativo de sobretratamientos. La utilización de Regicor podría disminuir la iatrogenia y el gasto farmacéutico. Estos resultados confirmán la necesidad de unas tablas ajustadas a nuestra población.

Síndrome metabólico

PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO Y DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ENTRE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

J. Bilbao Larrañaga, N. Imaz Aristimúno, L. Isaba Senosiain, I. Pérez Irazusta, S. Sampietro Etxaniz y M. Martínez Barastay
UD de MFyC Gipuzkoa. San Sebastián. País Vasco.
Correo electrónico: iperez@chdo.osakidetza.net

Objetivos: Analizar la prevalencia de síndrome metabólico según los criterios de la NCEP y su asociación con enfermedad cardiovascular.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito:* 11 centros de salud urbanos y rurales. *Sujetos:* 623 pacientes diabéticos tipo 2 registrados en historias clínicas, seleccionados mediante un muestreo aleatorio sistemático. Se ha considerado para su selección una $p = 50\%$, un

riesgo alfa 5%, una imprecisión del 4% y un porcentaje de pérdidas del 5%. **Mediciones:** Se ha recogido en todas las historias clínicas el registro explícito de cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica, accidente cerebrovascular y retinopatía diabética. Así mismo se ha recogido el nivel de HDL, LDL, colesterol total, triglicéridos, IMC, Tensión Arterial en el último año. En el caso de que no hubiera dicha medición se solicitó una nueva analítica. La definición de síndrome metabólico se realiza según las recomendaciones de la National Cholesterol Education Program (NCEP).

Resultados: Se ha observado un 52,3% (IC 95%: 47,8-56,7) de pacientes diabéticos etiquetados con Sd Metabólico, más frecuente en mujeres 60,7% (IC 95%: 54,1-66,9). Estos pacientes presentan una prevalencia de arteriopatía periférica de 12,6% (IC 95%: 8,7-17,6), pie diabético 4,5% (IC 95%: 2,3-7,9%), retinopatía 20,6% (IC 95%: 15,7-26,2), cardiopatía isquémica 17,5% (IC 95%: 12,9-22,8), accidente cerebrovascular 6,6% (IC 95%: 3,8-10,4). Aunque la presencia de enfermedad cardiovascular establecida es más frecuente en los diabéticos con síndrome metabólico esta asociación no llega a ser estadísticamente significativa.

Conclusiones: La presencia de síndrome metabólico no está asociada con mayor presencia de enfermedad cardiovascular en los pacientes diabéticos.

PREVELENZA DEL SÍNDROME METABÓLICO Y SU IMPPLICACIÓN EN LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

V. Escabia Rodríguez, M. Iglesias Martínez, J. Bonet Simó, E. Castro Rodríguez, E. Hernández Aplanés y D. Gascón Moreno

CAP Badia Del vallés, Badia Del Vallés. Cataluña.

Correo electrónico: milaiglesia@camfic.org

Objetivos: Estudiar la prevalencia del síndrome metabólico en nuestra población diabética. Conocer si la presencia de síndrome metabólico en los diabéticos aumenta la prevalencia de enfermedad cardiovascular

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Centro de Salud urbano. *Sujetos:* Se analizan los pacientes diabéticos registrados en nuestra área básica. **Mediciones e intervenciones:** Utilizamos los criterios de la OMS para diagnosticar síndrome metabólico: un criterio mayor (intolerancia a la glucosa o diabetes mellitus tipo 2) y dos criterios menores (hipertensión arterial, hipertrigliceridemia o descenso HDL, IMC > 30 Kg/m², microalbuminuria.) Registramos la existencia de enfermedad cardiovascular

Resultados: Se estudian 943 pacientes diabéticos, el 51,6% son mujeres. La edad media: $58,4 \pm 10,07$. El 50,5% de los pacientes presentaban sd metabólico según los criterios de la OMS. El 45,45% de los hombres y el 55,35% de las mujeres presentan sd metabólico con diferencias estadísticamente significativa ($p < 0,003$). No hay diferencias para la presencia de Cardiopatía isquémica ($p = 0,61$) o de accidente cerebrovascular ($p = 0,88$) entre los diabéticos con sd metabólico o sin él. Los pacientes con un criterio menor distinto de HTA presentan un número de episodios de cardiopatía isquémica significativamente mayor ($p < 0,003$)

Conclusiones: Más de la mitad de nuestros diabéticos presentan sd Metabólico y la mayoría son mujeres.

La presencia de sd Metabólico no aumenta el riesgo a padecer enfermedades cardiovasculares que ya presentan los diabéticos.

Es importante insistir en controlar la obesidad, dislipemia y microalbuminuria en los diabéticos para disminuir la cardiopatía isquémica.

PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO, RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADO Y CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO EN UNA POBLACIÓN HIPERTENSA ATENDIDA EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ESPAÑA. ESTUDIO HICAP 2005

E. Márquez Contreras, J. División Garrote, B. de Rivas Otero, M. Luque Otero, R. Fernández González y E. Sobreviela Blazquez

CS La Orden; CS Fuentealbilla; Departamento Médico Astrazeneca; Unidad de Hipertensión-Hospital Clínico San Carlos; Mediclin-Astrazeneca. Huelva, Albacete, Madrid. Andalucía, Castilla La Mancha, Madrid.

Correo electrónico: rivasotero@yahoo.es

Objetivos: Conocer la prevalencia del síndrome metabólico (SM), su riesgo cardiovascular y el grado de control de los factores de riesgo de estos pacientes en una población hipertensa atendida en Atención Primaria en España.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio transversal. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Cada investigador incluyó datos de 5 pa-

cientes hipertensos consecutivos que acudieron a consulta y que contaban con una analítica y un electrocardiograma realizado en los 6 meses previos. **Mediciones e intervenciones:** El diagnóstico de SM se realizó por los criterios de la ATP III y la FID. La estimación del riesgo cardiovascular, control de la PA y diabetes mellitus (DM) se realizó según la ESC-ESH 2003, y la valoración del control lipídico según el NECP 2001 (ATP III). **Resultados:** 1288 médicos incluyeron 6375 hipertensos ($65,28 \pm 11,13$ años; 49,5% varones). La prevalencia del SM con los criterios del ATP-III fue del 47,4% y con los de la FID del 61,5%. El 6% de los pacientes hipertensos con SM presentaba un RCV bajo, el 12,5% moderado, el 43,7% alto y el 37,9% muy alto. Un 38,2% presentaba cifras de PA $< 140/90$ mmHg y un 10,3% cifras de PA $< 130/80$ mmHg. La diabetes estaba bien controlada (HbA1c $< 6,5\%$) en un 35,4% de los pacientes, y la dislipemia en el 21,6%.

Conclusiones: La prevalencia de SM es elevada entre los pacientes hipertensos atendidos en AP. El riesgo cardiovascular en los pacientes que presentan SM es alto/muy alto en la mayoría de los pacientes (81,6%), y a pesar de ello el control de los factores de riesgo es bajo.

Diabetes

ESTUDIO DE VALIDEZ DEL RETINÓGRAFO NO MIDRÍÁTICO COMO PRUEBA DE SCREENING DE RETINOPATÍA DIABÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

R. Alarcón Barbero, N. Halabi Esteberia, E. Medina Ferrer,
A. Picó Alfonso, M. Simón Talero y J. Ruiz Rosety

CS Florida. Alicante. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: ralarc2@hotmail.com

Objetivos: Conocer la validez del estudio de fondo de ojo mediante cámara no midriática para el diagnóstico de retinopatía diabética por médico de atención primaria, utilizando como patrón de oro el diagnóstico con oftalmoscopía tras midriasis realizado por oftalmólogo. Estudiar la concordancia en la interpretación de las retinografías obtenidas por retinógrafo no midriático entre Médico de Familia y Oftalmólogo

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio transversal descriptivo para conocer la validez de una prueba diagnóstica (retinógrafo no midriático Canon CR6- 45NM). Se aplicó programa informático EPI_INFO. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Tamaño muestral 124 ojos pertenecientes a 62 pacientes diabéticos tipo 2. *Mediciones e intervenciones:* Con los resultados obtenidos calculamos los indicadores de validez, sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo e índice de Kappa

Resultados: El 90,3% de los pacientes presentó fondo de ojo normal, solo el 9,7% manifestó retinopatía. La concordancia en la interpretación de retinografías cuando la lectura es hecha por médico de familia y por oftalmólogo es muy buena, hasta el 91%. En el estudio de validez del retinógrafo frente al oftalmoscopio en las lecturas del médico de familia la sensibilidad es del 100% y la especificidad del 97%. En el estudio de validez del retinógrafo frente al oftalmoscopio en las lecturas del oftalmólogo, la sensibilidad y la especificidad es del 100%.

Conclusiones: Desde Atención Primaria un médico entrenado presenta alta sensibilidad y especificidad para el screening de retinopatía

PLAN INTEGRAL DE DIABETES DE ANDALUCÍA: EXPERIENCIA INICIAL DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA

V. Regife García, I. Fernández Fernández, E. Mayoral Sánchez,
T. Vals Álvarez, A. Toro Fernández y M. Cornejo Castillo
Servicios Centrales; CS Ronda Histórica; Hospital V. Rocío; Hospital Infanta Elena. Sevilla, Huelva. Andalucía.
Correo electrónico: emayoral@riesgovascular.com

Objetivos: Describir la experiencia inicial del Programa de Detección Precoz de la Retinopatía Diabética (RD) del Plan Integral de Diabetes de Andalucía.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* 52 Centros de Salud, dotados con retinógrafos digitales no midriáticos. *Sujetos:* Pacientes con diabetes-2 sin RD conocida, incluidos en el Programa consecutivamente hasta marzo-06. *Mediciones e intervenciones:* Retinografía digital de 3 campos en cada ojo, con dilatación pupilar pre-

via según calidad de imágenes obtenidas. Transferencia de imágenes a un servidor central, con acceso telemático de los lectores.

Lectura e interpretación inicial de todas las retinografías por médicos de familia (MF) previamente formados y entrenados. Lectura e interpretación posterior por oftalmólogo (OFT) de las consideradas dudosas o patológicas por los MF. Examen oftalmológico completo de los casos patológicos según los OFT, para diagnóstico definitivo, tratamiento y seguimiento.

Resultados: Se practicaron 5434 retinografías (81% con dilatación pupilar). Los MF interpretaron como normales el 54%, y en un 2% no se obtuvieron imágenes de suficiente calidad. El 44% restante se transfirió al oftalmólogo por sospecha de RD o imágenes dudosas.

De éstas, el OFT consideró normales el 36%, y el 31% con signos de RD (27% grado leve-moderado, 3% grave-muy grave y 1% proliferativas).

Conclusiones: La retinografía digital en atención primaria es un método factible y válido para el cribado inicial de la RD.

La prevalencia global de RD se acerca al 15%, mayoritariamente con grados leves-moderados.

Aproximadamente un tercio de las pruebas consideradas patológicas o dudosas por el MF fueron catalogadas como normales por el OFT. Es previsible que una mayor experiencia y formación mejoren estos resultados.

FACTORES EMERGENTES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA DIABÉTIS TIPO 2

M. Pastoret Descamps, J. Caula Ros, J. Jurado Campos,
A. de Prado Montcusi, J. Pou Torelló e I. Gich Saladic

The Nord Catalonia Diabetes Study (NCDS). ABS Olot. Cataluña.
Correo electrónico: jcaula@comg.es

Objetivos: Valorar indicadores de lesión endotelial y polimorfismos genéticos como factores de riesgo cardiovascular en la diabetes tipo 2(DM2).

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio longitudinal caso-control. *Ambito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Se estudiaron tres muestras de sujetos: 40 pacientes con DM2 y enfermedad cardiovascular (ECV); 31 pacientes con DM2 sin ECV y 34 pacientes de referencia, no diabéticos. No existían diferencias significativas en cuanto a edad y sexo. *Mediciones e intervenciones:* Se determinaron las concentraciones plasmáticas de TGF-β total (ELISA) y Óxido Nítrico (NO) y se estudió la distribución de los polimorfismos del gen de la Sintetasa del Óxido Nítrico endotelial (eNOS) por PCR (polymerase chain reaction) y digestión por RFLP (Restriction Fragment Length Polymorphism).

Resultados: Los dos grupos de pacientes con DM2, con y sin ECV, presentaron menores concentraciones de TGF-β (ANOVA: $p = 0,014$) que el grupo sin diabetes. No se observaron diferencias significativas en las concentraciones de NO entre los tres grupos.

Estudiando la distribución del polimorfismo del gen eNOS, las tres muestras presentaron diferencias significativa ($p = 0,049$), con una mayor frecuencia del alelo "TT" en los pacientes DM2 con ECV ($p = 0,01$).

Conclusiones: Los resultados parecen indicar que la disminución del nivel de TGF-β en la diabetes puede ser un factor de riesgo cardiovascular ligado más a la diabetes que a la ECV. La mayor frecuencia del genotipo "TT" en el polimorfismo del gen eNOS en pacientes DM2 y ECV, podría sugerir su utilidad como marcador de riesgo cardiovascular en la DM2.

MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADOS A LOS DIABÉTICOS TIPO 2. VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN SENCILLA

A. Sanz Rosado, F. Blanco Urzaiz, C. González Niñez,
M. Vicente Martínez y M. Ortiz

CS Santa Hortensia, Área 2. Madrid.
Correo electrónico: asr1@wanadoo.es

Objetivos: La importancia control de los factores de riesgo cardiovasculares en el diabético tipo 2 (DM2) está en todas las guías de buena práctica clínica. Pese a ello es conocido lo difícil que resulta conseguirlo. Nuestro objetivo es valorar la efectividad de una medida consistente en un recordatorio que se activa al abrir la historia informática de un DM2 advirtiendo al profesional que es un paciente de alto riesgo cardiovascular.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal de cumplimiento de criterios, con dos cortes, antes y 4 meses después del inicio de la intervención. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. Centro de Salud (CS). *Sujetos:* Nuestra población son los DM2 incluidos en Cartera de Servicios del CS (421).

Se eligen 220 pacientes por muestreo aleatorio. **Mediciones e intervenciones:** Antes y después de la intervención se mide el cumplimiento de 5 criterios con evidencia para prevenir enfermedad cardiovascular en DM2: Presión arterial menor a 130/80 mmHg (PA); colesterol LDL menor a 100 mg/dl (c-LDL); registro de no fumar (NoF); antiagregación con aspirina (AAS) y prevención de la nefropatía con fármacos bloqueadores de la renina-angiotensina (BRA). **Resultados:** PA (34,1 / 42,7%); c-LDL (14,5 / 20%); NoF (33,6 / 41,8% p < 0,05; AAS (33,6 / 47,3%) p < 0,01; BRA (49,1 / 60%) p < 0,05. **Conclusiones:** Nuestra medida de intervención parece efectiva para conseguir los objetivos terapéuticos en los criterios estudiados a pesar del corto período de tiempo. Debemos comprobar hasta donde se puede mejorar mediante evaluaciones sucesivas.

PREDICCIÓN DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y DIABETES TIPO 2: RIESGO DE FRAMINGHAM FRENTE CRITERIOS DE SÍNDROME METABÓLICO

J. Cabré Vila, F. Martín Luján, M. Baldrich Justel, J. Piñol Moreso, B. Costa Piñel y J. Saumell Boronat

Grupo de Estudio de la Diabetes y del Síndrome Metabólico de SAP Reus-Altebrat. ABS Reus-1, ABS Reus-2, ABS Reus-4. Reus. Cataluña.
Correo electrónico: jcabre.tarte.ics@gencat.net

No está suficientemente establecido si el Síndrome Metabólico (SM) es mejor predictor de enfermedad cardiovascular (ECV) que otros métodos, como la puntuación de riesgo de Framingham (FRAM).

Objetivo: comparar los criterios de SM (según NCEP-ATPIII) con la puntuación de Framingham en la predicción de ECV y de diabetes tipo 2 (DM2). **Material y métodos:** *Tipo de estudio:* Estudio de cohortes prospectivo de 8 años (1998-2005). *Ámbito de estudio:* Dos Áreas Básicas de Salud urbanas (43.000 individuos), atención primaria. *Sujetos:* Muestreo aleatorio de sujetos mayores de 40 años. **Mediciones e intervenciones:** Se registran datos sociodemográficos y aquellos precisos para el cálculo del FRAM y criterios SM (NCEP-ATPIII) (rango 0-5 criterios); eventos cardiovasculares y casos incidentes de DM2. Las pruebas estadísticas (curvas ROC y áreas bajo la curva (AUC)) se realizaron separadamente por sexos (pues los criterios SM difieren).

Resultados: 943 individuos entre 40-75 años (margen aplicable a FRAM) (588 mujeres). El SM fue buen predictor de ECV tanto en varones como en mujeres (AUC 0,63 y 0,68, respectivamente) y de casos incidentes de DM2 en mujeres (AUC 1,0, frente 0,45 en varones).

En cambio, el FRAM fue mejor predictor de ECV en hombres (AUC 0,72 frente 0,68 en mujeres) y sólo predijo nuevos casos de DM2 en mujeres (AUC 0,87 frente 0,22 en hombres).

Conclusiones: La presencia de SM es buen predictor de ECV y de nuevos casos de DM2, pero sobre todo de estos últimos. Aunque el SM no predice la ECV igual que el FRAM, es útil como herramienta sencilla de detección de sujetos de alto riesgo.

Sesión 8

Jueves, 16 de noviembre - 18.00-20.30h

Sala 3G (Centro de Eventos)

Problemas con el alcohol

CUESTIONARIO MALT PARA LA DETECCIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL. VALIDACIÓN DE UNA VERSIÓN REDUCIDA

V. Carmona Tamajón, L. Péruela de Torres, E. Márquez Rebollo, R. Arias Vega, J. Fernández García y R. Ruiz Moral
Grupo de Trabajo Nodo COGRAMA (RediAPP), UD de MFyC. Hospital Regional Universitario Reina Sofía. Córdoba. Andalucía.
Correo electrónico: langel.perula.sspa@juntadeandalucia.es

Objetivos: Comprobar si podemos obtener una versión reducida del cuestionario MALT sin que se vean afectadas sus propiedades psicométricas y su rendimiento diagnóstico.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio observacional descriptivo de validación de una prueba diagnóstica. *Ámbito de estudio:* Dos Centros de Salud urbanos y un Centro Comarcal de Drogodependencia. *Sujetos:* Pacientes entre 18 y 80 años atendidos por cualquier motivo en las consultas (muestreo consecutivo) y que cumpliesen con los criterios de inclusión (pacientes sin diagnóstico previo de alcoholismo). **Mediciones e intervenciones:** Se recogieron los datos socio-demográficos y se les pasó el test MALT (MALT-S y MALT-O) y la entrevista SCAN. Se comprobó la fiabilidad (test-retest, consistencia interna) y la validez criterial y se hizo un análisis comparativo de las curvas ROC.

Resultados: Se incluyeron 614 pacientes con una media de edad de 43 ± 14,26 (DT) años. La concordancia test-retest de los ítems osciló entre 0,595-0,969 (índices Kappa). La consistencia interna (alfa de Cronbach) fue de 0,914 en la versión original y de 0,939 en la versión reducida, suprimiendo las 7 preguntas objetivas (MALT-O). En función de los criterios DSM-IV los índices de Sensibilidad y Especificidad fueron del 92,7% y 90,9%, respectivamente, y la curva ROC de 0,946 ± 0,015-DT- (IC95% = 0,917-0,974), no hallándose diferencias con respecto a la versión original; con la versión reducida el punto de corte óptimo sería de 4.

Conclusiones: Estos resultados nos permiten afirmar que el test MALT puede ser usado utilizando solamente su parte subjetiva, con las consecuencias que de ello se derivan, ya que acortaría el tiempo de su cumplimentación y posiblemente ello propiciaría más su uso.

VIOLENCIA ESCOLAR Y CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS: RELACIÓN ENTRE DOS CONDUCTAS DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA

A. Pérez Milena, R. Pérez Milena, M. Martínez Fernández, I. Jiménez Pulido, F. Leal Helmling y M. Mesa Gallardo

CS Mancha Real. Jaén. Andalucía.
Correo electrónico: alejandropm@superable.es

Objetivos: Valorar la relación entre la percepción de conductas violentas en el medio escolar y el consumo de sustancias tóxicas en adolescentes.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo mediante cuestionario autoadministrado. *Ámbito de estudio:* Dos institutos de educación secundaria. *Sujetos:* Alumnado de ESO y Bachillerato. **Mediciones e intervenciones:** Encuesta autoadministrada que recoge edad, sexo, consumo de sustancias tóxicas (alcohol, tabaco, drogas), test AUDIT, y cuestionario sobre percepción de violencia escolar.

Resultados: 450 adolescentes, edad media 14,5 años [± EEM0,1] e igualdad de sexos. Los adolescentes que toman alcohol (46% ± EEP3,2) perciben más frecuentemente violencia escolar (64% ± 3,5 y 27% ± 3,1; p < 0,001 X2 y son más frecuentemente agresores (39% ± 4,6 vs 16% ± 3,2; p < 0,001 X2) y agredidos (44% ± 4,7 vs 30% ± 4,1; p < 0,05 X2). El 23% [± 3,9] de los adolescentes que beben tienen un consumo perjudicial, con un 1% [± 0,9] de posible dependencia, sin relación con sexo ni edad. La puntuación del test AUDIT presenta correlación positiva con la percepción de violencia ($r = 0,46$; p < 0,05 Pearson). El tabaco está presente en el 21% [± 2,6] de los adolescentes y también incrementa la percepción de violencia escolar (73% ± 3,7 y 43% ± 2,6; p < 0,001 X2), e igual ocurre con las drogas ilegales (consumo 11% ± 2,0) (81% ± 4,1 y 46% ± 2,5; p < 0,01 X2). La figura del agresor es más frecuente en adolescentes que consumen tabaco (45% ± 6,9 vs 22% ± 3,0; p < 0,001 X2) y drogas ilegales (54% ± 9,8 vs 23% ± 2,9; p < 0,05 X2).

Conclusiones: El consumo de sustancias tóxicas (alcohol, tabaco, drogas ilegales) y la percepción de violencia en el medio escolar están relacionadas, siendo más frecuente el consumo en aquellos adolescentes con actitudes de agresión a otros compañeros. Se debe hacer un esfuerzo multidisciplinar para conseguir conductas adaptativas funcionales en el adolescente.

ALCOHOL EN ATENCIÓN PRIMARIA, ¿INTERVENIMOS A TIEMPO?

F. Sanchez Salmerón, J. Baeza López, M. Borrás Beltrán, M. Sanchez Pérez, M. Sanchez Pinilla y M. García Ayuso

C.S. La Unión. La Unión. Murcia.
Correo electrónico: jbaezalopez@hotmail.com

Objetivos: Conocer si la detección del alcoholismo en Atención Primaria se realiza tras screening o tras incidencias/patologías secundarias al consumo.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención primaria, centro de salud semirural. *Sujetos:* 1780 pacientes de un cupo de medicina de familia, la muestra son 1133 pacientes, con un error 2% y un intervalo de confianza del 95%. *Mediciones e intervenciones:* Variables: edad; sexo; screening positivo; patologías/incidencias secundarias al consumo: alteraciones analíticas, patología digestiva, traumatismos, consumo de otras drogas, demanda de ayuda y problemas conductuales/ familiares/ psiquiátricos. *Método:* Revisamos toda la muestra seleccionando aquellas historias en las que figuraba screening positivo al consumo excesivo de alcohol y/o en las que existían incidencias /patologías secundarias al consumo del mismo.

Resultados: Obtenemos 119 casos que cumplen los criterios de selección (prevalencia 10,50%).

La edad media es 43,27+/- 4,35 años, siendo 96 (80,67%) varones y 23 (19,32%) mujeres.

La detección del consumo excesivo de alcohol se realiza: En 9 casos (7,56%) por problemas conductuales/familiares/psiquiátricos, en 59 (49,57%) por alteraciones analíticas, en 7 (5,88%) por patología digestiva, 11 casos (9,24%) por consumo de otras drogas, 16 casos (13,44%) por demanda de ayuda del paciente, en 4 (3,36%) por traumatismos y en 13 casos (10,92%) tras screening directo nuestro.

Conclusiones: Encontramos una alta prevalencia de consumo de alcohol, similar a los últimos estudios. Nuestra intervención llega tarde la mayoría de las veces por no realizar un screening en todos nuestros pacientes. Necesitamos mayor concienciación para evitar las complicaciones sociales y físicas que conlleva el alcoholismo.

TEST DEL RELOJ. ¿EXISTE UN SISTEMA DE PUNTUACIÓN ÓPTIMO EN ATENCIÓN PRIMARIA?

E. Castell Friguls, L. Ferré Vall, M. Melé Baena, P. Villarreal Moreno, P. Monteagudo Caba y M. Fuentes Pérez

ABS Camp de L'arpa. CAP Maragall. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: mafuentesperez@hotmail.com

Objetivos: Averiguar cuál de los seis sistemas de puntuación del test del reloj (TR) estudiados tiene más utilidad en la valoración del estado cognitivo en Atención Primaria.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Centro de Salud urbano. *Sujetos:* Muestra aleatoria de pacientes ambulatorios ≥ 65 años que aceptaron (consentimiento informado) formar parte de un estudio colaborativo sobre pruebas de detección del deterioro cognitivo. *Mediciones e intervenciones:* Médico y/o enfermera solicitaban dibujo de reloj según normativa de cada sistema (Cacho "a la orden"; Méndez; Freedman; Shulman; Thalmann, 1996; Thalmann, 2002). Posteriormente, todos los dibujos fueron puntuados por un miembro de nuestro equipo, de forma ciega. Un médico adiestrado de nuestro hospital administró Mini-Mental State Examination (MMSE) también de forma ciega. Cálculo: sensibilidad, especificidad, valores predictivos del TR [con intervalos confianza 95% (IC 95%)]. Comparación número ítems. MMSE: patrón oro.

Resultados: 63,9% mujeres. Media edad = 76,7% (DE = 6,1). Prevalencia deterioro cognitivo: 25,4% (MMSE).

Número de ítems/Sensibilidad (%) (IC 95%)/Especificidad (%) (IC 95%)/Valor predictivo positivo (%) (IC 95%)/Valor predictivo negativo (%) (IC 95%): *Cacho:* (16 ítems) 50,9 (38,1-63,6) /78,6 (71,6-84,3) /45,2 (33,4-57,5) /82,2 (75,4-87,5). *Méndez:* (20 ítems) 60 (46,8-71,9) /67,7 (60,1-74,4) /38,8 (29,2-49,5) /83,2 (75,9-88,6). *Freedman:* (7 ítems) 69,1 (56-79,7) /63,4 (55,7-70,4) /39,2 (30,1-49,1) /85,7 (78,3-90,9). *Shulman:* (5 ítems) 74,5 (61,7-84,2) /56,5 (48,8-63,9) /36,9 (28,5-46,2) /86,7 (78,9-91,9). *Thalmann (1996):* (4 ítems) 49,1 (36,4-61,9) /83,2 (76,7-88,2) /50 (37,1-62,9) /82,7 (76,2-87,8). *Thalmann (2002):* (4 ítems) 69,1 (56-79,7) /63,4 (55,7-70,4) /39,2 (30,1-49,1) /85,7 (78,3-90,9)

Conclusiones: 1) No existen diferencias estadísticamente significativas en la sensibilidad de los sistemas estudiados (pese al distinto número de ítems), para detectar deterioro cognitivo. 2) Aconsejamos, por consiguiente, emplear los sistemas con menor número de ítems (Thalmann, 1996 y Thalmann, 2002)

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN BASADA EN EL ACERCAMIENTO DE PROFESIONALES DE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA EN EL ABORDAJE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

S. Sarret, L. Messaguer, J. Torrabadella, R. Llinares, G. Rodríguez y A. García

SAP L'Hospitalet de Llobregat; Consorci Sanitari Integral; Fundació Benito Menni; Fundació Orienta. L'Hospitalet de Llobregat. Cataluña.
Correo electrónico: 24185scm@comb.es

Objetivos: Valorar la repercusión de un acercamiento de especialistas de salud mental (SM) a equipos de atención primaria (EAP) en el abordaje de problemas de SM

Material y métodos: *Tipo de estudio:* antes-después. *Ámbito de estudio:* Municipio urbano con 260.000 habitantes, 12 EAP, 2 centros de SM de adultos y 1 infanto-juvenil. *Sujetos:* Personas con problemas de salud mental. *Mediciones e intervenciones:* Intervención: 1 psiquiatra y 2 psicólogos de referencia trabajan durante 6 horas/semana y 9 horas/semana respectivamente en los EAP para realizar visitas y compartir espacios de interrelación (sesiones, interconsultas...) Mediciones: En sendas muestras aleatorias con intervalo de confianza de 0,95 y precisión de 0,03 antes (2003) y después (2005) de la intervención, se comparan número y tipo de diagnósticos de SM, número y calidad de derivaciones, seguimiento y prescripción de psicofármacos

Resultados: Muestra 2003: 3.945; muestra 2005: 2.013. Pacientes con problema de SM activo: 376 (9,5%; IC: 8,6-10,5) en 2003 y 389 (19,3%; IC: 17,6-21,0) en 2005 ($p < 0,001$). Porcentaje de derivación a SM: 104 (28,3%) en 2003 y 114 (29,8%) en 2005 ($p = NS$). Existencia de visita específica: 89 (23,7%) en 2003 y 132 (33,9%) en 2005 ($p = 0,002$) Porcentaje de pacientes tratados con psicofármacos: 337 (89,6%) en 2003 y 177 (45,5%) en 2005 ($p < 0,001$).

Salud mental

COMORBILIDAD FÍSICA EN LOS PACIENTES DEPRIMIDOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

E. Aragonès Benaiges, J. Piñol Moreso, A. Labad Alquézar, A. Aresté Pitzalis, A. Caballero Altés y J. Hernández Anguera
Unitat de Recerca Àmbit AP Tarragona-Valls. Tarragona. Cataluña.
Correo electrónico: earagones@comt.es

Objetivos: Determinar, en pacientes deprimidos de atención primaria, tasas de comorbilidad con enfermedades crónicas orgánicas y evaluar la asociación de características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con la presencia de comorbilidad.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio transversal. Diseño en dos fases: primera, cribado y segunda, entrevista estructurada y cuestionario de valoración por el médico.

Ámbito de estudio: 10 centros de salud en Tarragona. *Sujetos:* 906 pacientes consecutivos en consultas médicas. *Mediciones e intervenciones:* Se criaron 906 pacientes con un cuestionario autocumplimentado y en 306 se aplicó una entrevista estructurada que incluía los diagnósticos normalizados de depresión mayor y distimia (DSM-IV), enfermedades orgánicas crónicas, gravedad de la comorbilidad orgánica (Duke Severity of Illness Scale-DUSOI).

Se evaluó la asociación de diversas variables sociodemográficas y clínicas con la presencia de comorbilidad orgánica relevante. Análisis estadístico: Chi², ANOVA.

Resultados: El 72,5% (IC95%:63,6-80,3) de los pacientes presentaban al menos una enfermedad crónica comórbida y un 50% (IC95%:40,7-59,3) presentaban dos o más. La comorbilidad fue de gravedad moderada-extrema (DUSOI > 50) en el 31,7% (IC95%:23,5-40,8). Entre los pacientes con comorbilidad la frecuentación era mayor y consumían más analgésicos/AINE. No había diferencias en consumo de antidepresivos, motivo de consulta (psicológico-somático) ni en la probabilidad de ser detectados como deprimidos. Gravedad, repercusión funcional y perfiles sintomáticos de la depresión no diferían entre ambos grupos.

Conclusiones: La comorbilidad orgánica es muy frecuente en los pacientes deprimidos de atención primaria. Estos pacientes son más frecuentadores y consumen más analgésicos pero, en general, las características de la depresión y el manejo por el médico son similares a la de los pacientes sin comorbilidad.

Conclusiones: La integración parcial de especialistas en SM en los EAP aumenta la detección de problemas de SM, su seguimiento específico y tiende a reducir la prescripción de psicofármacos. Es necesario establecer estrategias que aumenten la capacidad resolutiva de los EAP y reduzcan la derivación.

¿ES ÚTIL A LARGO PLAZO UNA INTERVENCIÓN PARA LA DESHABITUACIÓN DEL CONSUMO CRÓNICO DE BENZODIACEPINAS?

E. González, E. Martínez, F. Fiol, C. Vicens y A. Ramón

CS Son Serra-La Vileta. Gerencia de AP Mallorca. Palma de Mallorca. Illes Balears.

Correo electrónico: domicatrin@telefonica.net

Objetivos: Evaluar si la eficacia de una intervención para la deshabituación del consumo crónico de benzodiacepinas se mantiene a largo plazo.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Seguimiento posterior al cierre de un ensayo clínico aleatorizado (ECA). *Ámbito de estudio:* Tres centros de salud urbanos. *Sujetos:* 135 pacientes que participaron en un ensayo clínico para la deshabituación del consumo crónico de benzodiacepinas en el año 2001-2002. Se ha evaluado el consumo tras 4 años de la intervención (3 años después del fin del seguimiento). *Mediciones e intervenciones:* Intervenciones. La intervención previa había consistido en consejo estructurado y pauta descendente de medicación. Mediciones. Variable principal: consumo o no de benzodiacepinas. Además, motivo de prescripción, tipo de benzodiacepina y dosis. Se han calculado los riesgos tras 4 años con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%), comparando los resultados con los obtenidos a los 12 meses de la intervención.

Resultados: Localizamos 128 pacientes, 67 del grupo intervención y 61 del grupo control; hubo 7 fallecidos.

No consumen actualmente benzodiacepinas 27 (40,3%) del grupo intervención y 14 (23,0%) del grupo control.

Reducción absoluta de riesgo (RAR): 17,3% (IC95% 14,4-33,2%). Reducción del riesgo relativo 76% (IC95% -200-3%). El número necesario de tratamientos (NNT) es de 6.

El RAR a los 12 meses era de 36%. de los 31 que abandonaron el consumo a los 12 meses de la intervención 54,8% siguen sin consumir.

Principal motivo de prescripción: ansiedad (32,2%). Tipo de benzodiacepina más prescrita: loracepam (23,7%).

Conclusiones: El efecto de la intervención disminuye con el tiempo aunque sigue siendo eficaz para el abandono del consumo crónico de benzodiacepinas.

Atención al inmigrante

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN INMIGRANTES EN ATENCIÓN PRIMARIA (RESULTADOS PRELIMINARES)

S. Cid Andújar, R. Cantería Martínez, N. Montellà Jordana, E. Fernández Pérez, J. Cortés Martínez e Y. Ramírez García

ABS Ronda Prim, Mataró 7. Mataró. Cataluña.
Correo electrónico: cidmunt@hotmail.com

Objetivos: Determinar la prevalencia de depresión en inmigrantes atendidos en atención primaria y su relación con los factores sociodemográficos

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención primaria. *Sujetos:* Inmigrantes > 14 años atendidos por cualquier motivo por su médico de familia que hayan abandonado su país en los últimos 5 años. *Criterios de exclusión:* No saber leer, enfermedad psiquiátrica grave y/o demencia y no querer participar.

Mediciones e intervenciones: Se calculó una muestra de 153 pacientes, asumiendo una prevalencia = 15% y precisión ± 5%. La selección se hizo consecutivamente entre Enero y Mayo 2006. Se recogió la edad, sexo, país de origen, tiempo de abandono de su país, convivencia con familiares, contrato laboral, motivo de consulta (síntomas depresivos o no) y se administró la escala autoaplicada de Zung (traducida en idiomas). Se calcularon porcentajes, IC95% y el test de la X² para estudiar diferencias. **Resultados:** Se estudiaron 87 sujetos, el 57% (46%-67%) mujeres con edad = 35 (DE ± 11). Procedencia: 52% Sudamérica, 33% África. Un

76% (67%-85%) tienen contrato. Una tercera parte no han regresado a su país. El 58,6% viven con familiares. Según el ZUNG el 80% (72%-89%) presentan algún grado de depresión, el 46,7% leve. Las mujeres se deprimen más (90% vs 68%, p < 0,05) y los que no conviven con familia, presentan una prevalencia de depresión superior (94,3% vs 70,2% p < 0,05). Ninguno consultó por clínica depresiva.

Conclusiones: Los inmigrantes atendidos en Atención Primaria presentan sintomatología somática depresiva, en algunos casos grave, aunque no es motivo habitual de consulta.

PSICOPATOLÓGÍA EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE LATINOAMERICANA ATENDIDA EN UN CENTRO DE SALUD: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

H. Valdivia Altamirano, P. Gómez Campelo y M. Salinero Fort

Unidad de Formación e Investigación Área 4. Madrid.

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

Objetivos: Estimar y comparar la prevalencia de psicopatología en la autóctona e inmigrante latinoamericana en un Centro de Salud (C.S.), estratificando por subgrupos de población inmigrante latinoamericana (P.I.L.) e Identificar los factores asociados con salud mental en P.I.L.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo/transversal. *Ámbito de estudio:* Centro de Salud urbano que atiende a 60.000 usuarios (15% inmigrantes). *Sujetos:* 168 P.I.L. y 111 españoles, usuarios registrados en los ficheros automatizados del C.S. *Mediciones e intervenciones:* Variables sociodemográficas: Nacionalidad, edad, sexo, estado civil, ocupación, nivel educativo, socioeconómico. Variables psicológicas: Psicopatología (Cuestionario_Prime-MD), Apoyo social (Cuestionario_MOŚ), Estrés (Escala_estrés psicosocial), Estrategias de afrontamiento (Cuestionario_COPE). Variables sociales (P.I.L.): Situación legal, tiempo de residencia en España, motivos y condiciones de emigración. Fuente de datos: entrevista al paciente, completada con HC, e instrumentos diagnósticos. Recogida de datos: cuaderno de recogida en soporte papel.

Resultados: El 51,5% de los P.I.L. presentan alguna psicopatología frente al 38,7% de los autóctonos (p = 0,002). Los P.I.L. tenían mayor prevalencia de depresión (26,3% vs 19,8%), ansiedad (27,5% vs 18,9%), abuso de alcohol (10,2% vs 4,5%) y trastornos somatomorfos (35,9% vs 14,4%; p = 0,001), que los autóctonos, aunque sólo este último alcanza diferencias significativas. El trastorno alimentario era más frecuente en autóctonos (1,8% vs 0,6%).

Ecuador y Perú destacan como los países con P.I.L. con mayor prevalencia de psicopatología.

El apoyo social (afectivo, interacción, instrumental) y algunos tipos de afrontamiento (aislamiento, reestructuración) son las variables que más potenteamente se asocian con la salud mental de P.I.L.

Conclusiones: Los P.I.L. presentan mayor psicopatología que los autóctonos, si bien las diferencias tan sólo alcanzan significación en el trastorno somatomorfo. La red de apoyo social y el estilo de afrontamiento pueden amortiguar los efectos negativos de la inmigración.

ESTADO DE SALUD DE LOS INMIGRANTES QUE LLEGAN EN CAYUCO A UNA ISLA CANARIA

S. Matos Castro, S. Domínguez Coello, M. Ascanio León, M. Santana Martín, M. Padrón Peña

CS de Tacoronte. Tacoronte. Islas Canarias.

Correo electrónico: taburiente1966@hotmail.com

Objetivos: Determinar el tipo de asistencia ("atención in situ exclusivamente" o derivación) y las patologías atendidas de los inmigrantes que llegan a una isla canaria en cayucos.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio transversal. *Ámbito de estudio:* Puntos de asistencia de campaña: personal del Servicio de Urgencias Canario y Cruz Roja Española. Atención Primaria si el número de inmigrantes superaba la capacidad habitual de respuesta. *Sujetos:* Todos los inmigrantes que llegan a la isla desde el 1 de enero al 31 mayo de 2006. *Mediciones e intervenciones:* Patologías diagnosticadas al llegar a la isla, derivaciones realizadas y su causa.

Resultados: Llegan 6381 inmigrantes (133 menores y 7 mujeres) en 106 cayucos. Precisan asistencia sanitaria 343 (5,4%). de ellos 217 (63,3%) fueron tratados in situ y 126 (36,7%) tuvieron que ser trasladados a diferentes Centros Sanitarios (Atención Primaria, Hospitales Comarcales

y de Tercer Nivel). In situ se trataron 77 pacientes de hipotermia (35,5%), 62 hipoglucemias (28,5%), 27 erosiones (12,4%), 15 por sarna (6,9%), 14 traumatismos leves (6,4%) y 6 por dolor abdominal (2,7%); no se registró el diagnóstico en 16 casos (7,4%). Los diagnósticos de traslado fueron: deshidratación 24 (19%), quemaduras 16 (12,7%), dolor abdominal 14 (11,1%), heridas en extremidades 13 (10,3%), hipotermia 9 (7,1%), hipoglucemia 8 (6,3%), vómitos 6 (4,7%), hipotensión 3 (2,4%), traumatismo torácico 3 (2,4%) y 24 (19%) por otros 16 diagnósticos.

Conclusiones: La inmensa mayoría de los inmigrantes llegan en buen estado de salud, de los que precisan atención sanitaria, la tercera parte han de ser trasladados a otros centros.

Sesión 9

Viernes, 17 de noviembre - 09.00-11.30h

Sala 3F (Centro de Eventos)

Gestión atención

LA APLICACIÓN DEL PLAN DE INVIERNO: ¿HA SUPUESTO DESCARGA ASISTENCIAL PARA EL MEDICO DE FAMILIA?

A. Vázquez Duran, A. Ortega Roca, J. Gerhard Pérez, L. Martínez Angulo, J. Bernad Suárez y A. Casas Benz

ABS Vilassar de Mar. Vilassar de Mar. Cataluña.

Correo electrónico: 33920jgp@comb.es

Objetivos: Valorar el grado de descarga asistencial del médico de familia mediante la aplicación del Plan de Invierno (cribaje por parte de enfermería de los pacientes que solicitan atención urgente y presentan sintomatología de gripe o resfriado común).

Material y métodos: *Tipo de estudio:* estudio descriptivo retrospectivo. *Ámbito de estudio:* área básica de salud semi-urbana. *Sujetos:* pacientes > = 15a a los cuales se les aplicó el protocolo del Plan de Invierno, atendidos desde 1-11-2005 hasta 31-3-2006. *Mediciones e intervenciones:* Variables: sexo; edad; presencia o no de patologías crónicas (cardiopatías/inmunodeprimidos/EPÓC-asma/DM/ACO/alta reciente), de más de 3 síntomas (cefalea/mialgias/T_{axilar}/debilidad/cansancio brusco/congestión nasal/tos/odinofagia/estornudos) y de signos de alerta (otalgia intensa/duración > 7 días/cefalea frontal intensa/fiebre > 39°C/postración); auscultación (normal/patológica) y resolución de la visita. Cálculo de porcentajes e IC.

Resultados: Se analizaron todas las visitas que fueron registradas en el protocolo del Plan de Invierno, 102 en total. La media de edad fue 37,9 (DE17,05), un 71% eran mujeres. Un 14% presentaban patología crónica, un 49% más de 3 síntomas y un 19% algún signo de alerta. La auscultación fue normal en un 95%.

El 51% (IC95%: 41,2-60,7) de las visitas no requirieron atención médica inmediata; de éstas el 63% (IC95%: 49,8-76,1) fueron resueltas por enfermería y el 37% (IC95%: 23,8-50,1) fueron derivadas a su médico de cabecera en otro turno o día.

El 49% (IC95%: 39,2-58,7) restante fueron derivadas a algún médico en el momento de la demanda.

Conclusiones: Ante una posible epidemia de gripe o resfriado común, la aplicación del plan de invierno podría ser una estrategia efectiva para disminuir la sobrecarga asistencial de los médicos de familia.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD (ZBS)

A. Roca Casas, M. Ortega Cutillas, V. Juan Verger, J. Ripoll Amengual, A. Ballester Solivellas y A. Gomis Barrio

CS Es Trencadors; Gerencia de AP de Mallorca. Palma de Mallorca. Illes Balears. Correo electrónico: aroca@ibsalut.caib.es

Objetivos: Conocer el grado de satisfacción de los usuarios de nuestro centro de salud (CS).

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal realizado en junio de 2005. *Ámbito de estudio:* CS con una población de 15.549 habitantes. *Sujetos:* Usuarios del CS visitados > 1 ocasión desde su apertura, > 14 años. *Mediciones e intervenciones:* Recogida de información mediante cuestionarios y entrevista personal. Variables: accesibilidad, valoración de profesionales, espacios físicos, atención a urgencias y valoración global del centro.

Resultados: Tamaño muestral: 375 personas. El 44% siempre utilizan el teléfono para solicitar cita; el 25% lo hace en admisión o por teléfono. El 4,5% opina que no se tienen en cuenta sus preferencias al darle cita y el 5,4% que no resulta fácil obtenerla. El 32,8% han esperado poco para entrar en consulta. El 98,5% consideran eficaces a los enfermeros/as y el 80,5% a los administrativos. La satisfacción por la atención médica es > 97% en amabilidad, eficacia, problemas de salud, tiempo de dedicación, dejar hablar, escuchar, información, exploración y explicación del tratamiento. Visita domiciliaria: > 93% opina que han ido si era necesario y le atendieron bien. El 88% acudieron de urgencias y consideran que la atención fue rápida (87,9%) y correcta (94,9%). Frecuentación manifestada: 32,4% < 4 visitas/año; 18,6% entre 4-8 visitas/año y el 45,5% > 8 visitas/año.

Conclusiones: Elevado grado de satisfacción con médicos, enfermería y administrativos.

Aspectos peor valorados: accesibilidad y tiempo de espera. Elevado número de hiperfrequentadores.

MONITORIZAR LA CALIDAD ASISTENCIAL MEDIANTE LA INFORMATIZACIÓN

T. Elviro Bodoy, M. Gens Barbera, S. Atrian Casanova, L. Palacios Llamazares, F. Escolar Castellon y F. Gallego de la Cruz

CS Salou. Salou. Cataluña.

Correo electrónico: telvirob@papps.org

Objetivos: Mejorar los resultados en el estándar de calidad asistencial (EQA), utilizando la informatización como instrumento de mejora continua en un c a p.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Observacional, descriptivo y prospectivo. *Ámbito de estudio:* Cap. *Sujetos:* Población adscrita al cap. *Mediciones e intervenciones:* Se realizó una detección mediante brain storming de indicadores EQA con puntuación baja, priorización con parrilla de análisis, análisis de causas con diagrama Iskawa, cuadro de actividades enfocadas al registro y formación informatizadas en la historia clínica electrónica, listados de pacientes en esas patologías con puntuación baja y finalmente seguimiento informatizado de los indicadores dos veces al año con autoaudit informatizado on line. Se hizo un cuadro preventivo de fallos para poder prevenir errores

Resultados: 1) Insuficiente % pacientes con diagnóstico de dislipemia y enfermedad cardiovascular en el 2004 25% al 2005 45,16. 2) Insuficiente % pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca y tratamiento con IECA. enero 2004 25% al 2005 52,66%. 3) Mal control del pie diabético y diabetes mellitus tipo II sin datos en 2004 y 22,05% 2005. 4) Insuficiente % pacientes con diagnóstico de hipertensión con buen control 25% y 37,55% El total del EQA del centro paso del 2004 al 2005 del 49% al 75,4%

Conclusiones: La informatización del EQA como instrumento nos ha facilitado la información necesaria para poder elaborar un plan de mejora obteniendo una mejora en la calidad asistencial. El hecho de tener la información on line nos facilita la detección de mejoras facilitándonos la implantación de la mejora continua.

HOJA ANÓNIMA DE IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS POR PARTE DEL PROFESIONAL, COMO MÉTODO DE DETECCIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

S. Calvet Junoy, J. Davins Miralles y C. Pareja Rossell

CS La Mina. Sant Adrià del Besòs. Cataluña.

Correo electrónico: romet@bsab.com

Objetivos: Describir la utilidad de la hoja anónima de identificación de problemas del profesional (HAIPP) como herramienta de detección de oportunidades de mejora (OM) en el marco de un Plan de Mejora de Calidad (PMC) de un equipo de atención primaria (EAP).

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio transversal descriptivo. *Ámbito de estudio:* Atención primaria. Centro de Salud urbano formado por 58 profesionales, que atiende a 18897 habitantes. *Sujetos:* OM detectadas

por el HAIPP en el período 1989-2004 del PMC. *Mediciones e intervenciones:* Número de detecciones y problemas, causas, dimensiones de la calidad afectadas y grado de solución en relación a otros métodos de identificación (MI) de problemas (escucha activa, reclamaciones, grupo nominal, encuestas, indicadores)

Resultados: En el PMC se efectuaron 963 detecciones (media anual 60,1, DE 18,8) que correspondieron a 530 OM (media anual 33,1, DE 12,4). MI: Escucha activa: 386 detecciones (281 OM (53%), seguido de HAIPP: 138 detecciones, (107 OM (20%)), resto 439 detecciones (142 OM (26,7%). La HAIPP detectó el porcentaje más alto de problemas (65,4%) con causas de organización interna. Dimensión de la calidad más afectada en las OM detectadas por HAIPP: efectividad (sin diferencias con otros métodos). Grado de solución de OM detectados por HAIPP: 80,4% versus el global de PMC: 77,5%.

Conclusiones: La HAIPP ha sido el método que más problemas con causas de organización interna ha detectado. Es una herramienta útil, sencilla que fomenta la participación en el PMC de todos los profesionales del EAP.

¿QUÉ QUIEREN NUESTROS PACIENTES DE SU CENTRO DE SALUD?

M. Pérez Maroto, E. Arce Ortíz, C. Cerezuela Belizón, E. Martín Muñoz, M. Díaz Hernández y M. Jiménez Ramos

CS Los Dolores-Cartagena. Cartagena. Murcia.
Correo electrónico: fchiva@ono.com

Objetivos: 1. Identificar las expectativas de los pacientes hacia su Centro de salud (CS); 2. Analizar posibles diferencias según edad.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio transversal cualitativo. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* 63 pacientes del CS, diferenciando nivel social, domicilio, edad (< 36, 36-65, > 65), reclutados mediante bola de nieve. *Mediciones e intervenciones:* Se realizaron 9 grupos focales(GF), identificando expectativas, problemas y soluciones, con las preguntas: ¿Cómo es tu CS ideal?; ¿Problemas más importantes y sus soluciones?

Resultados: Participaron: 68,2%. Al valorar su CS ideal, los pacientes < 36 años: 1. Urgencias independientes y CS abierto 24 h; 2. Servicio médico domicilio; 3. Cuartos-baño diferenciados de adultos. Los de 36-65 años: 1. Especialidades en el CS: traumatología, Radiología (RX); 2. Ambulancia permanente; 3. Cita mismo día; 4. Centralita para citas, independiente. Pacientes > 65: 1. Personal exclusivo atención telefónica; 2. No demora sanitaria; 3. Servicio RX, 4. Buena accesibilidad. Los problemas del CS y soluciones son para < 36 años: 1. Teléfono comunicando siempre; 2. No tener horas para urgencias; 3. Servicio pediatra: masificado. Soluciones: más personal, médicos y pediatras todos y todas las tardes, diferenciando atención urgente. Para 36-65años: 1. No cogen el teléfono; 2. No hay servicios como RX, cardiología; 3. Demora en las citas; 4. No visitas domicilio. Soluciones: médicos para "imprevistos", personal sólo para el teléfono y ambulancia continua en CS. En los > 65 años: 1. No cogen el teléfono; 2. Gran demora sanitaria; 3. No ambulancia. Soluciones: Personal sólo para teléfono, ambulancia para CS y mejor organización del trabajo

Conclusiones: 1. Los estudios cualitativos son adecuados para valorar la satisfacción del paciente; 2. La dificultad del contacto telefónico es un problema fundamental, al igual que una ambulancia o la demora en la cita. 3. Los más jóvenes valoran la necesidad de atender urgencias un pediatra.

SIMULACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE LA CONSULTA DE 10 MINUTOS EN UN CENTRO DE SALUD

J. Martín Chaves y M. Rufino de Haro

Gerencia de AP. Salamanca. Castilla y León.
Correo electrónico: jesus.m.chaves@terra.es

Objetivos: Conocer el impacto de la implantación de la consulta de 10 minutos en un centro de salud, en cuanto a tiempo necesario para implementar la medida con éxito y necesidades de personal asociadas

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Se realiza una simulación estocástica basada en los datos de frecuentación hallados en un estudio realizado a nivel autonómico con desagregación etaria quinquenal. Como variables aleatorias se utilizan la frecuentación en sus distintos tramos y el tiempo de consulta. *Ámbito de estudio:* Centro de Salud. *Sujetos:* Plantilla del centro. *Mediciones e intervenciones:* Se parte de una encuesta de frecuentación

y se aplican sus resultados a los cupos de un centro de salud. Se considera la frecuentación una variable aleatoria que sigue una distribución de Poisson. Para el tiempo de consulta se realizan tres simulaciones: una considerando los 10 minutos de consulta como una constante (ventana temporal a cumplir), otra considerándolo un objetivo promedio y por tanto también como una variable aleatoria más del modelo, y en este caso con una distribución exponencial por tratarse de un tiempo de servicio, y una tercera en la que el tiempo de consulta se considera una variable aleatoria truncada, con un valor mínimo de 10 minutos.

Resultados: En los cupos más grandes (y que están dentro de los cupos óptimos establecidos legalmente) de nuestro centro se necesitarían 7,95 horas diarias para cumplir con una consulta de 10 minutos. Con 5 horas/día de consulta, sólo seríamos capaces de cumplir el objetivo de un 43% a un 64% según la simulación utilizada.

Conclusiones: Es necesario acotar el significado de consulta de 10 minutos

ANÁLISIS DE ASPECTOS ESTRUCTURALES Y ORGANIZATIVOS DE 271 EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (EAP). INEFICIENCIAS DETECTADAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

M. Ferrán Mercadé, J. Casajuana Brunet, R. Marquet Palomer, R. Morera Castell, B. Iglesias y E. Zabaleta

Divisió AP. Institut Català de la Salut. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: mferran@camfic.org

Objetivos: Analizar la situación de 271EAP sobre aspectos organizativos y estructurales. Identificar ineficiencias y proponer oportunidades de mejora.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Directivos de 271EAP (100%). *Mediciones e intervenciones:* Cuestionario adhoc de 10 preguntas estructuradas remitido por correo electrónico. Seguimiento telefónico hasta conseguir respuesta del 100%. Análisis de aspectos organizativos y estructurales focalizado en 6 ineficiencias predefinidas por un grupo de expertos.

Resultados: Informatización: 268EAP (99%) disponían de historia clínica (HC) informatizada. En 221EAP (82%) la totalidad de los profesionales sanitarios disponían de ordenador en la consulta. El 42% de los EAP estaban informatizados desde hacia más de 2 años. Central de llamadas: 98EAP (36%) disponían de central de llamadas 24h/día. Ineficiencias detectadas: En 65% EAP informatizados > 2años se continuaban utilizando HC papel. 77EAP (28%) carecían de responsable de Atención al Usuario (AU). En 68EAP (25%) la agenda de enfermería no era accesible desde AU. 160EAP (59%) enfermería presentaba restricciones horarias en su oferta de servicios. En 211EAP (78%) los profesionales sanitarios realizaban las recetas crónicas. En 247EAP (91%) los sanitarios ofrecían > 2 tipos de consulta además de domicilios.

Conclusiones: Las ineficiencias analizadas tenían una elevada prevalencia en los EAP. La ineficiencia más frecuente fue la realización de las recetas de crónicos por parte de personal sanitario. La resolución de estas ineficiencias está en manos de los propios miembros del EAP. Se presentaron los resultados a directivos territoriales y EAP proponiéndose como oportunidades de mejora la intervención en las ineficiencias detectadas.

Urgencias

VALORACIÓN DE LAS CITAS URGENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA EN CUATRO CENTROS DE SALUD

E. Puerta Del Castillo, B. Llarena Rodríguez, E. Fuentes Casañas y R. Sucas Fernández Del Castillo

CS de Candelaria; CS de Añaza; CS de Laguna Mercedes; CS Del Barrio de la Salud. UD de MFyC Zona I. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias.
Correo electrónico: melmack2k@hotmail.com

Objetivos: Analizar la distribución de la actividad asistencial urgente de cuatro centros de salud con el fin de mejorar la gestión de las mismas.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Descriptivo, retrospectivo. *Ámbito de estudio:* Atención Primaria. *Sujetos:* Citas generadas por la población adscrita a cuatro centros de salud (urbanos, semiurbanos, de nuevo creci-

miento, ciudad dormitorio) durante un año. *Mediciones e intervenciones:* Se analizaron las hojas de estadística de actividad asistencial obteniendo datos sobre: total de citas y aquellas "no programadas" (fuera de hora y urgentes). Análisis estadístico: se calcularon porcentajes y consultas promedios por día que generan al médico de familia aquellas citas.

Resultados: Se registraron un total de 373.812 citas siendo "no programadas" 92.737 (24,81%). El porcentaje de las consultas "no programadas" era de 3,71%, 4,98%, 7,39% y 8,73% y las consultas promedios generadas de éstas citas al médico de familia fueron: 7,87, 7,60, 13,57, 19,95 respectivamente en cada centro.

Conclusiones: En la mitad de los centros analizados el porcentaje de citas "no programadas" fue elevado, generando un incremento de la demanda asistencial diaria en los mismos. Pensamos que intervenciones en la gestión de la consulta, la educación sanitaria, control de los partes de baja y recetas en crónicos, podrían reducir las mismas.

IMPACTO DE LA INTEGRACIÓN ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN URGENTE DE UN DEPARTAMENTO DE SALUD

C. Catalan Oliver, E. Tarazona Gines, V. Palop Larrea,
V. Cebrian Ordóñez, J. Ruiz López y D. Gonzalez

Subdirección Asistencial. Departamento 11 de Salud. Alzira. Valencia.
Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: ccatalan@hospital-ribera.com

Objetivos: Conocer el impacto de la integración asistencial de la atención primaria y hospitalaria en la atención urgente de un Departamento de salud.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Departamento de Salud con Gerencia única desde el año 2003 que atiende una población de 244.924 habitantes. *Sujetos:* nº de urgencias en el servicio de urgencias del hospital y de los 10 puntos de atención continuada durante los años 2004 y 2005. *Mediciones e intervenciones:* Las estrategias asistenciales realizadas en este período han sido: historia clínica electrónica, intercambios de profesionales, triage, "consulta rápida" hospitalaria, información al usuario en la sala de espera del hospital de las demoras en atención continuada, centros sanitarios integrados.

Resultados: La tendencia de crecimiento de las urgencias hospitalarias en nuestro medio es de un 4% anual (de 98.533 en 1999 a 125.480 en 2003). Por otra parte existe un crecimiento y envejecimiento de la población por lo que es previsible también un crecimiento paralelo de las urgencias (129.943 urgencias esperadas en 2005). Desde el año 2003 la aplicación de estrategias de integración han permitido una reducción del nº de urgencias hospitalarias (116.085 en 2005) con una disminución del 14,3% respecto a las esperadas. Así mismo el total de las urgencias del Departamento ha permanecido estable en estos dos últimos años ya que las urgencias se han redistribuido desde la atención hospitalaria hacia la primaria.

Conclusiones: La integración asistencial racionaliza la atención urgente. Los problemas de salud son resueltos en función de su gravedad o complejidad en el "mejor lugar" diagnóstico y terapéutico

da a la decisión (IAD) de los pacientes, útil para la práctica diaria, sobre beneficios y riesgos del cribaje.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo. *Ámbito de estudio:* 5 Centros de Salud de Barcelona. *Sujetos:* Hombres de 50 a 70 años asintomáticos atendidos en AP. *Mediciones e intervenciones:* Selección aleatoria y sistemática de la muestra. Se recoge edad y nivel de estudios. Valoración de conocimientos mediante un test de 14 preguntas referidas a 14 ideas clave, previamente definidas por un grupo de expertos, que debe tener el IAD. Análisis descriptivo univariante y bivariante.

Resultados: N = 221. Edad media 59,9 (DE = 5,9); estudios primarios o inferior: 44,8%. 10,9% responden bien al menos 70% de las preguntas (criterio de conocimientos suficientes). En las preguntas referentes a qué es y para qué sirve el PSA, más del 50% responden que no lo saben. 84,6% responde que la detección precoz del CP evita muertes. 49,8% no sabe si el médico tiene dudas sobre este tema y 38,9% piensa que no las tiene. Existen diferencias en los conocimientos según nivel de estudios.

Conclusiones: A pesar de la amplia extensión del cribaje del CP, la información que tiene la población es escasa y a menudo errónea. La incertidumbre científica existente sobre la utilidad del cribaje es el aspecto más desconocido por los usuarios. Es necesario transmitir a los pacientes información entendedora y no sesgada sobre el cribaje del CP.

DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE CÉRVIDO ¿SON TODAS LAS QUE ESTÁN, ESTÁN TODAS LAS QUE SON?

N. Gilsanz Aguilera, A. González Rodríguez, F. López Ocaña,
J. Santa Cruz Talledo, F. Muñoz Cobos y A. Canalejo Echeverría

Málaga. Andalucía

Correo electrónico: nuriaga1980@hotmail.com

Objetivos: Determinar la cobertura del programa de detección del cáncer de cervix (global y por grupos de edad).

Valorar la calidad de las tomas de muestras.

Conocer el número de lesiones precancerosas y cáncer de cérvix en mujeres cribadas Marzo 2004 a Enero 2006

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Descriptivo. Retrospectivo. *Ámbito de estudio:* Centro de salud urbano. *Sujetos:* Total de mujeres con al menos una citología realizada en el centro de salud entre marzo 2004 y enero 2006. (N = 772). *Mediciones e intervenciones:* Fuente de datos: informes Anatomía Patológica. Variables de estudio: edad, adecuación de muestra, estadio hormonal, estudio anatomo-patológico (Bethesda), estudio microbiológico.

Resultados: La cobertura se estima para periodicidad máxima de 5 años y 8100 mujeres de la zona básica con criterios de cribado: 26,3%.

La edad media 34,56 años (95% entre 14 y 50 años; 4,1% menor de 19 años; 90% entre 20 y 50 años y 8% mayor de 50)

El 99,7% de las muestras adecuadas

Citologías: normales 97,8%, 16 SIL bajo grado (2,1%) y un SIL alto grado (0,1%). 6 virus papiloma (0,8%).

El 78,9% de citologías con patrón estrogénico. Un 3,4% atrófico con asociación estadísticamente significativa ($p = 0,00$) con la edad (media de edad en atróficas 56,73 años y sin atrófia 33,72 años).

Conclusiones: La cobertura del programas es baja y sesgada hacia mujeres en edad fértil.

La calidad de la muestra adecuada. Escasa detección de lesiones en citologías que podría relacionarse con baja cobertura en edades de mayor riesgo,

NUEVA VÍA DE COORDINACIÓN CON EL ONCÓLOGO PARA EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: PRIMEROS RESULTADOS

M. Llagostera Español, X. Bayona Huguet, S. Granollers Mercader,
J. Martínez-Ballarin, C. Martínez López y A. Escobedo Sánchez

CAP Cornellà. Cornellà de Llobregat. Cataluña.

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

Objetivos: Puesta en marcha de un proceso nuevo para agilizar la derivación de AP al servicio de oncología, mediante un circuito automático por mail (información codificada) para el tumor de pulmón, con algoritmos de actuación (hallazgo en radiología, hemoptisis, proceso de lenta evolución), compromiso de obtención de cita on-line desde la consulta y realización de la primera visita en oncología antes de 7 días.

Sesión 10

Viernes, 17 de noviembre - 09.00-11.30h

Sala 3G (Centro de Eventos)

Cáncer/detección precoz

¿QUIERE UN PSA? ¿ESTÁ SEGURO?

L. Guix Font, R. Aragonès Forés, M. Fabregas Escurriola,
V. Zamora Sánchez, L. Estella Sánchez y J. Casajuana Brunet

Grupo de Trabajo DECIDIU. EAP Gòtic. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: 37617gf@comb.es

Objetivos: Valorar los conocimientos de la población sobre el cribaje de cáncer prostático (CP) previos a la elaboración de un instrumento de ayu-

Material y métodos: *Tipo de estudio:* estudio observacional transversal, multicéntrico. *Ámbito de estudio:* 16 Centros de Atención Primaria de 10 municipios urbanos. *Sujetos:* Pacientes adultos con sospecha de cáncer de pulmón. *Mediciones e intervenciones:* Análisis de las derivaciones realizadas en el primer año: pacientes, calidad y rapidez de la derivación y la respuesta del oncólogo.

Resultados: 24 médicos, de 11 CAP, derivan 36 pacientes (88% hombres, mediana 64 años). El 94% se derivan: código 1, el 100% está bien derivado (según algoritmo), un 20% de profesionales han puesto más información de la necesaria al mail, y se ha confirmado el diagnóstico de tumor maligno en el 41,5% de los casos. Se concreta la cita en el momento de la consulta (tiempo medio de respuesta: 44 minutos), y el intervalo medio de "solicitud visita-realización 1^a visita", es de 4,3 días. El 100% de los médicos de AP han recibido información feed-back de la derivación.

Conclusiones: Los profesionales han incorporado el circuito a la práctica diaria, lo utilizan bien, la confirmación de cáncer es alta, el circuito consigue la primera visita en un plazo de tiempo breve, y se ha establecido una comunicación bilateral AP-hospital.

Cuidados paliativos/atención domiciliaria

MALNUTRICIÓN EN POBLACIÓN INCLUIDA EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

C. Aguado Taberne, J. Martínez de la Iglesia, B. Fernández Conde, C. Burg Gómez de Mercado, P. Ruiz Afán y A. Lemos Leña

Unidad Clínica de Occidente. Córdoba. Andalucía.

Correo electrónico: med015678@saludalia.com

Objetivos: Evaluar riesgo de malnutrición de pacientes incluidos en programa de atención domiciliaria.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal observacional. *Ámbito de estudio:* Centro de salud urbano. *Sujetos:* de 185 pacientes incluidos en el programa, se seleccionaron por muestreo sistemático estratificado a 96 (nivel de confianza = 0,95, precisión = 0,08). *Mediciones e intervenciones:* Se realizó un historial y exploración completas valorando: valoración antropométrica, capacidad funcional, cognitiva, síntomas despresivos y/o de ansiedad y evaluación de riesgo de malnutrición (cuestionario MNA). Se realizó una analítica completa.

Resultados: El 75,8% fueron mujeres con media de edad de 80,4 (DT = 7,3). El 70,5% presentaba más de dos enfermedades crónicas, consumiendo una media de 5,4 fármacos (DT = 2,7). El 89,9% precisaban ayuda para realizar las actividades instrumentales y el 82,2% para las básicas. El 35,2% tenían riesgo de malnutrición y el 23,1% presentaban malnutrición. Se detectaron niveles de ácido fólico inferiores a los normales en el 41,4%, de proteínas totales en el 40,3%, de hemoglobina en el 38,8% y de albúmina en el 33,8%. Se asoció malnutrición con un menor peso, circunferencia braquial y de pantorrilla, mayor edad y menor puntuación en las escalas de Lawton y Barthel. El análisis multivariado mantuvo asociación con la menor puntuación del cuestionario Barthel y la mayor edad.

Conclusiones: Existe una elevada prevalencia de posible malnutrición o riesgo de la misma en la población estudiada, relacionándose con peor capacidad funcional y mayor edad. Se debería evaluar en todos estos pacientes su situación nutricional y establecer medidas de prevención e intervención en los programas de atención domiciliaria.

¿QUÉ REGISTRAMOS EN LA HISTORIA CLÍNICA RESPECTO AL CONOCIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO Y EL PRONÓSTICO POR PARTE DEL PACIENTE TERMINAL ONCOLÓGICO Y SU FAMILIA?

J. Vigatà Reig, S. Romero Ruperto, N. de Miguel Llorente, A. Ventura Olivé, J. Atmetlla Andreu y P. Babi Rourera

ABS La Pau y ABS Chafarinas. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: xemavir@menta.net

Objetivos: Determinar qué información registramos en la historia clínica (HC) respecto al conocimiento del diagnóstico y pronóstico de la en-

fermedad en el paciente terminal oncológico y la respuesta emotiva a la muerte.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Descriptivo longitudinal retrospectivo. *Ámbito de estudio:* Dos Centros de Salud urbanos. *Sujetos:* Fallecidos por neoplasia entre 2000-2003 (n = 186). Excluidos: atendidos únicamente por el Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte, y personas con < 3 visitas los últimos 6 meses de vida. *Mediciones e intervenciones:* Revisión HC: variables sociodemográficas, tipo neoplasia, meses diagnóstico/defunción, cuidador principal (CP), lugar defunción, contenidos registrados de los comentarios al paciente y familia sobre: diagnóstico, pronóstico, respuesta emotiva a la muerte.

Resultados: Varones 130(69,9%); edad media 69(DE:26) años; neoplasias prevalentes: pulmón 53(28,5%), colorrectal 22(11,8%), gástrica 12(6,5%); tiempo diagnóstico/defunción: mediana(P25-P75) 12,4(5,7-31,4) meses. CP: cónyuge/familiares 1er grado (CFPG) 136(71,1%), otros 6(3,2%), no consta (NC) 44(23,7%). Mueren en hospital 70(37,6%), domicilio 50(26,9%), NC 60(32,3%). Conocen diagnóstico: sí 43(23,1%), [21,5% hombres y 26,8% mujeres]. Si CP es CFPG conocen diagnóstico 25,7% respecto 16,7% otros cuidadores (p = 0,01). Conocen pronóstico: si 18(9,7%), no 24(12,9%), NC 144(77,4%). Respuesta emotiva muerte: negación 10(5,4%), depresión 28(15,1%), aceptación 10(5,4%). Escaso registro respecto como morirá, si sufrirá, hospitalización y preocupación futuro familia. Familia conoce diagnóstico: sí 59(31,7%) [37,5% si CP CFPG], no 10(5,4%), NC 117(62,9%). Si la familia conoce diagnóstico mueren en hospital 28,6% y en domicilio 48%. Familia conoce pronóstico: sí 55(29,6%), no 8(4,3%), NC 123(66,1%).

Conclusiones: Insuficiente registro en HC del conocimiento del paciente y su familia del diagnóstico y pronóstico. Escaso registro de la respuesta emotiva a la muerte.

ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y EL PROCESO DE MORIR EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Aragón Jiménez, M. Mongelli, P. Brito Brito, A. García Hernández y M. Rodríguez Álvarez

CS de Güímar. Güímar. Área de Salud de Tenerife. Islas Canarias.

Correo electrónico: jefqueen@hotmail.com

Objetivos: Medir el miedo a la muerte y al proceso de morir en los profesionales sanitarios de atención primaria de un área de salud y valorar la necesidad de formación en cuidados al final de la vida.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio observacional en un área de salud. *Ámbito de estudio:* Toda nuestra área de salud. *Sujetos:* Personal sanitario. *Mediciones e intervenciones:* Encuesta basada en la escala revisada de Collet-Lester de miedo a la muerte y al proceso de morir.

Resultados: El personal sanitario de nuestra área de salud, soporta unos elevados niveles de miedo a la muerte y al proceso de morir.

Conclusiones: Los profesionales de la salud debemos prepararnos para ofrecer una atención de calidad en los cuidados al final de la vida.

ATENCIÓN DIFERENTE, ¿DUELO DIFERENTE?

P. Estevan Burdeus, E. Comín Salamanca, P. Nogales Aguado, M. Sanz Sanz y S. Garrido Elustondo

CS Las Águilas I. Madrid.

Correo electrónico: estevan@eresmas.com

Objetivos: Describir grado de duelo en los familiares de enfermos fallecidos por cáncer que han recibido asistencia por un Equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD) y los que no la han recibido.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Área de Salud urbana de Madrid. *Sujetos:* Familiares de primer o segundo grado, o cuidadores principales de pacientes fallecidos, divididos en dos grupos según hayan recibido asistencia por el ESAD del Área o no. *Mediciones e intervenciones:* Variables sociodemográficas. Variables que determinan la intensidad del duelo. Inventario validado del duelo de Texas (1977), que clasifica el duelo en prolongado, ausente o atenuado, retardado y agudo resuelto.

Resultados: 101 sujetos. 82,17% mujeres. Edad media, 55,07 años. Relación con el fallecido: 50,49% esposos; 37,62% hijos; 1,98% padres; 5,94% hermanos; 5,94% otros. Estudios: 43,56% básicos; 31,68% medios; 24,75% altos. ¿Cómo cree usted que llegó a fin de mes?: 44,55% con alguna / gran dificultad; 37,62% ni con dificultad ni con facilidad;

17,8% afirmaron llegar con cierta / gran facilidad. Practicantes católicos 72% Cuidaron del paciente: 98%. Viven solos: 26, 73%. Lugar de fallecimiento: grupo ESAD: 64,7% en domicilio; grupo Hospital. 100% en el hospital. Tipo de duelo: grupo ESAD: ausente 52,9%; retrasado 11,8%; prolongado 17,6%; agudo resuelto 17,6%. grupo Hospital: ausente 18%; retrasado 14%; prolongado 60%; agudo resuelto 8%.

Conclusiones: Se encuentran diferencias en la distribución del duelo entre ambos grupos. En el grupo ESAD se ha encontrado duelo ausente con mayor frecuencia. En el del hospital hay más prevalencia de duelo prolongado.

DESHIDRATACIÓN CRÓNICA EN AP: ESTUDIO EN PACIENTES INMOVILIZADOS

V. Escribano Hernández, B. Aragón Martín, C. Martín González,
J. Pere Pedrol y P. Caballero Valles

CS Angels Uriarte. Madrid.

Correo electrónico: polipop67@hotmail.com

Objetivos: Estimar la prevalencia de deshidratación crónica en la población anciana incluida en el programa de inmovilizados en un centro de salud urbano. Analizar si existe una relación de dicha patología y el grado de dependencia del paciente. Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes incluidos en el programa.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Atención primaria. *Sujetos:* Pacientes mayores de 65 años incluidos en el programa de inmovilizados ($n = 160$). Se realiza extracción sanguínea rutinaria donde se añaden parámetros que determinan deshidratación crónica. Se excluyen pacientes con patología aguda durante el mes previo a la extracción. Solicitamos consentimiento informado verbal. *Mediciones e intervenciones:* Edad, sexo, índice de Katz. Parámetros analíticos: cociente BUN/creatinina, iones, hematocrito. Se considera deshidratación crónica el cociente BUN/creat > 20/1. Patología y tratamiento crónico. Datos del cuidador: parentesco, cohabita mismo domicilio paciente.

Resultados: Proyecto en curso. Resultados preliminares de una muestra de la población ($n = 59$): de los 59 pacientes analizados hasta ahora 42 son mujeres y 17 hombres, con una edad media de 83 años. de estos pacientes 25 tienen un índice de Katz A y B, 16 tienen C, D y E, y 12 pacientes tienen una medición de F y G. En un 74,5% de los casos el cuidador principal vive con el paciente, tan sólo 20% de los pacientes tienen ayuda de un cuidador profesional. El 42,3% de los pacientes están diagnosticados de deterioro cognitivo. El cociente BUN/creatinina es > 20 en el 45,8%, con un IC para el 95% de 33-58,5%.

Conclusiones: Pendiente resultados

Sesión 11

Viernes, 17 de noviembre - 12.00-14.30h

Sala 3F (Centro de Eventos)

Educación sanitaria

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA: PROMOCIÓN DE LA SALUD-EDUCACIÓN SEXUAL EN ESCOLARES

A. Muñoz Ureña, A. de Miguel Gómez, N. Antolín Bravo,
J. Murcia Legaz, C. Cobo González y C. Pérez-Crespo Gómez

CS San Antón-Cartagena. Cartagena. Murcia.

Correo electrónico: alfm70@yahoo.es

Objetivos: Aumentar los conocimientos salud reproductiva y planificación familiar de la población adolescente, de 14 a 16 años de nuestra zona de salud.

Determinar el nivel de conocimientos en materia de sexualidad, de la población escolar postintervención, comparada con la universitaria

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio cuasi-experimental, de intervención controlado. *Ámbito de estudio:* Zona de Salud Urbana, 17167

habitantes. *Sujetos:* Población: 63 alumnos de 3º de la ESO y 53 alumnos de 1er curso de Escuela Universitaria. *Mediciones e intervenciones:* Mediciones e Intervenciones: Intervención educativa en ESO. Encuesta de 20 ítem validada estadísticamente (alfa de Krombach: 0,7708). Descriptivo, tablas ce contingencia y Xi-cuadrado.

Resultados: Respuestas totales realizadas: 86%. Edad Media ESO 15,19($\pm 0,78$) y universitario 20,33($\pm 0,753$). Mujeres ESO 58,7% universitarias 90,6% ($p < 0,0001$). 7,8% ($p = 0,044$) ESO sí al uso repetido mismo preservativo, dos preservativos menos riesgo embarazo 21% ESO 3,8% Univ ($p = 0,01$). Preservativo-Protección SIDA 83,9% ESO 88,7% Univ ($p = 0,458$). Primera vez no preservativo ESO 14,3% Univ 1,9% ($p = 0,02$). Preservativo-sólo en eyaculación: 28,6% ESO 11,3% Univ ($p = 0,02$). Retirar pene en erección ESO 58,8% Univ 82,2% ($p = 0,013$). Preservativo a mano ESO 65,6% Univ 37,8% ($p = 0,016$). Resto ítems encuesta sin diferencias significativas entre ambos grupos

Conclusiones: El grupo ESO adquirió conocimientos para disminuir las diferencias por falta experiencia con respecto al grupo universitario; pero apreciamos aún respuestas que sugieren un cambio de estrategia

EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA SANITARIA X DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA Y EN LA PRÁCTICA DEL CONSEJO SANITARIO AL VIAJERO

T. Zapata López y M. Anegón Blanco

CS Jaime Vera, Universidad Rey Juan Carlos. Coslada, Alcorcón. Madrid.
Correo electrónico: lzomas@gmail.com

Objetivos: 1) Conocer la práctica del consejo sanitario al viajero de los médicos de atención primaria del área sanitaria "x" de la Comunidad autónoma "y". 2) Evaluar las recomendaciones preventivas de los MAP al viajero. 3) Identificar las necesidades de formación de los MAP en Medicina del Viajero.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio observacional descriptivo de carácter transversal. *Ámbito de estudio:* Todos los MAP del área sanitaria "x", de la comunidad autónoma "y". *Sujetos:* Médicos de Atención Primaria que llevan más de un año pasando la consulta. *Mediciones e intervenciones:* Distribución de un cuestionario, previamente pilotado, para recabar información sobre el tipo de consejo dado al viajero, el número de viajeros atendidos al año, así como para evaluar las necesidades de formación en medicina del viajero de los MAP

Resultados: N = 222. Tasa de respuesta 40,5%. Cada MAP atiende una media de 17 (IC95%; 13-21) pacientes/año. El 68,9% (IC95%; 59,3%-78,5%) de los MAP del área dan consejo sanitario al viajero. El 66,7% (IC95%; 57,0-76,4%) siempre aconsejan quimioprofilaxis-antipalúdica a los viajeros. Sólo el 30% (IC95%; 20,5-39,5%) ha recibido en alguna ocasión algún curso de formación en medicina del viajero, pensando el 87,8% (IC95%; 81,0-94,6%) que tiene necesidad de una formación específica, especialmente en vacunas 78,9% (IC95%; 70,5-87,3%) y quimioprofilaxis antipalúdica, 70% (IC95%; 60,5-79,5%). El 71,1% (IC95%; 61,7-80,5%) de los MAP piensa que los equipos de atención primaria deben asumir el consejo sanitario al viajero a zonas de riesgo, sin embargo el 77,8% (IC95%; 69,2-86,4%) no se consideran preparados

Conclusiones: Los MAP del área atienden a pocos viajeros al año, sin embargo un porcentaje elevado recomienda quimioprofilaxis-antipalúdica, pese a tener una escasa formación.

Existe una clara necesidad de formación en medicina del viajero de los MAP.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD SOBRE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS (VVAS)

E. Pérez Ramírez, M. Tamayo Velásquez, M. García Bernal,
F. Vázquez Romero, J. Luque Alba y N. Recio Recio

Grupo Investigador del Proyecto "Al final, tú decides" (FIS PI041716). Escuela Andaluza de Salud Pública, Distrito Sanitario la Vega. Granada. Andalucía.
Correo electrónico: mariai.tamayo.easp@juntadeandalucia.es

Objetivos: 1. Realizar sesiones de Educación Para la Salud sobre Voluntades Vitales Anticipadas. 2. Evaluar la sesión.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Descriptivo. *Ámbito de estudio:* Centros de Atención Primaria del Distrito Sanitario la Vega en la provincia de Málaga. *Sujetos:* 522 personas mayores de 18 años residentes en el Distrito Sanitario la Vega. *Mediciones e intervenciones:* Intervenciones: Se re-

alizaron 33 sesiones formativas de Educación para la Salud, de 60 min. aprox. impartidas por profesionales sanitarios entrenados ("Instructores"). Presentación PowerPoint con 25 diapositivas, caso clínico y dinámicas de grupo. Durante las sesiones se explica todo lo necesario para cumplimentar una Voluntad Vital Anticipada y se reparte material divulgativo. Mediciones: evaluación de la sesión, percepción sobre conocimientos antes-después y disposición a cumplimentar una VVA durante el próximo año mediante un cuestionario.

Resultados: Se han realizado un total de 33 sesiones en las que han participado 522 asistentes. Los resultados de las evaluaciones de las sesiones muestran las siguientes medias de respuesta (escala 0-10): *Puntuación global de la sesión*: 8,72 IC (8,55-8,88). *Conocimientos antes de la sesión*: 4,15 IC (3,71-4,59). *Conocimientos después de la sesión*: 8,43 IC (8,15-8,71). *Recomendaría hacer una Voluntad Vital Anticipada*: 7,78 IC (7,5-8,06). *Haría una VVA el próximo año*: 6,14 IC (5,76-6,51).

Conclusiones: Los participantes tienen bajos conocimientos sobre las VVAs y muestran una mejora en su percepción con respecto a los conocimientos sobre el tema después de la sesión formativa. Recomendarían a sus familiares/amigos hacer una VVA pero sin embargo la media cuando se les pregunta por la posibilidad de cumplimentar el próximo año es de 6,14 (escala 0-10).

EFFECTIVIDAD DE LA EDUCACIÓN SANITARIA SOBRE PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

A. Cuellar Martín, E. García Ramón, I. Esteban Saez, C. Crespo González, B. Fernández Sánchez e Y. Granja Garrán
CS Arturo Eryries. Valladolid. Castilla y León.
Correo electrónico: anacuellar@ yahoo.es

Objetivos: Determinar los conocimientos adquiridos sobre primeros auxilios tras un programa de educación sanitaria impartido a los adolescentes de 15 años

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal realizado mediante cuestionario estructurado con 12 preguntas. Se realizó un cuestionario pretest y otro posteducacional. *Ámbito de estudio:* Realizado en 2 institutos de una ZBS urbana de 19.876 habitantes. La población sujeto de estudio fueron los adolescentes de 15 años que cursaban 4º de ESÓ. *Sujetos:* El tamaño de la población fue de 405 alumnos, de los cuales 155 constituyeron la muestra, representada por un 67% de varones y un 33% de mujeres. *Mediciones e intervenciones:* -Medir los conocimientos adquiridos sobre demanda de ayuda en emergencias, actitud ante traumatismos craneales y actitud en los casos de pérdida de conciencia

Resultados: 1) El 74% conocía previamente la necesidad de activar el 112 en caso de emergencia, pasando al 100% posteriormente ($p < 0,05$). 2) Un 49% conocía lo que debía hacer en caso de atragantamiento, siendo el 97% los que conocieron la actuación adecuada tras la educación ($p < 0,01$). 3) El 87% conocía previamente la conducta de inmovilización cervical ante un traumatismo craneal. 4) En las pérdidas de conciencia, el conocimiento sobre la necesidad de comprobar la respiración y el pulso pasó de un 54% al inicio a un 89% después ($p < 0,01$)

Conclusiones: 1) La educación sanitaria ha sido efectiva para adquirir conocimientos sobre primeros auxilios. 2) Sería necesario realizar talleres de primeros auxilios en los centros escolares. 3) La demanda del 112 está ampliamente difundida entre los adolescentes.

TIENES UN E-MAIL....DE SALUD". CONSULTA.JOVEN@SESPA.PRINCAST.ES

R. de Dios Del Valle, E. Badallo León y E. García González
Gerencia del Área Sanitaria I de Asturias. Jarrio-coaña. Asturias.
Correo electrónico: ricardo.dedios@sespa.princast.es

Objetivos: Evaluar la utilización del servicio de asesoramiento, preventión y promoción de la salud mediante correo electrónico

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Descriptivo Transversal. *Ámbito de estudio:* Área Sanitaria. *Sujetos:* de 12 a 20 años. *Mediciones e intervenciones:* El objetivo de las consultas jóvenes en institutos es realizar asesoramiento, prevención y promoción de la salud; y no asistencia. Para incrementar la accesibilidad a actividades de promoción se ha creado una consulta joven virtual, a través del correo electrónico los adolescentes pueden enviar sus dudas, a cualquier hora, desde cualquier lugar y anónimamente. Se evalúan las consultas realizadas durante 6 meses (1/12/05-

31/05/2006). Variables: sexo, edad, tema, día, hora, demora en responder. Las variables cuantitativas se describen con media y la desviación estándar y las cualitativas con distribución porcentual de frecuencias. Se muestran los intervalos de confianza del 95%.

Resultados: 98 usuarios enviaron 144 consultas (24/mes). 23% (IC95%: 14,3-31,7) repiten. Edad: 15,70 años (IC95%: 14,96-16,44). 65,3% (IC95%: 57,2-73,4) mujeres. Un 7,7% (IC95%: 2,95-12,3) son los fines de semana. Un 23% (IC95%: 15,7-30,1) son a partir de las 15:00 horas. Los temas: Sexualidad (36,8%; IC95%: 28,6-45), Tabaco/Alcohol (13,2%; IC95%: 7,3-19,1), Drogas ilegales (23,6%; IC95%: 16,3-30,9), alimentación (8,3%; IC95%: 3,5-13,2). 8,3% (IC95%: 3,5-13,2) de las consultas se refieren a una persona diferente al consultante (amigo/a). La demora en responder fue de 3,79 días (IC95%: 3,43-4,16).

Conclusiones: Utilización alta. El volumen de consultas ha impedido cumplir el objetivo de responder en 48 horas. Incrementamos la accesibilidad permitiendo la consulta en horarios en los que el centro de salud está cerrado. Comparada con las presenciales existen diferencias en la temática, prevaleciendo la sexualidad y drogas ilegales. Entendemos que el anonimato permite que pregunten más libremente. Consideramos que el servicio se ha consolidado y comenzamos a recibir consultas de padres.

CAMINANTE NO HAY CAMINO, SE HACE CAMINO AL ANDAR...

A. Sacristán Rubio, V. Antolín Díaz, H. Juan Galinari, M. Domínguez Molina, A. García Conesa y L. Palma Bellido
CS Ibiza, S.u.a. N° 10. Madrid.
Correo electrónico: albertoasr@hotmail.com

Justificación: la inactividad física es uno de los 10 factores de riesgo que causan enfermedades crónicas. Los profesionales de atención primaria desempeñan un papel protagonista en fomentar hábitos saludables.

Objetivo: Estimular a los pacientes de una zona básica de salud, a realizar ejercicio en compañía de profesionales del propio centro.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Descriptivo, observacional. *Ámbito de estudio:* Comienza el 18-8-2005 y se registra desde el 20-09-2005 hasta el 13-06-2006. La captación de los pacientes es en las consultas. *Sujetos:* Toda la población de la zona básica de salud. *Mediciones e intervenciones:* Dos días a la semana, durante una hora, caminamos junto con los pacientes durante 45 minutos, y realizamos ejercicios durante 15 minutos. Se valoró edad, sexo y enfermedades crónicas.

Resultados: Participaron 124 pacientes, con una asistencia media de 26 pacientes. Predomina la participación de las mujeres 82 (66%) frente a los hombres 42 (33%). La edad media es de 58 años (el rango es de 21-90), la edad media en las mujeres es de 61 años y en los hombres de 58 años. Los participantes presentaban las siguientes patologías: HTA 57, hipercolesterolemia 42, DM 25, 6 padecían las tres patologías. Otras patologías fueron: artrosis 97, obesidad o sobrepeso 37, ansiedad 21, osteoporosis 19, depresión 16, cardiopatía isquémica reciente 2, embarazadas 2, EPOC 1.

Sólo 9 pacientes no presentaban enfermedad significativa con tratamiento en el transcurso de esta actividad.

Conclusiones: La edad media de participación es alta (56 años) con predominio de las mujeres. La gran mayoría de las personas que han participado presentan alguna enfermedad en tratamiento.

Tabaquismo

EFFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS PARA LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

B. Sanz Pozo, M. Anegón Blanco y J. de Miguel Díez

Grupo de Trabajo de Bioética de semFYC, Grupo de Trabajo de Tabaquismo de la SMMFYC. CS Greco. Getafe. Madrid
Correo electrónico: bsanzpozo@hotmail.com

Objetivos: Determinar la efectividad de un programa de consejo antitabaco intensivo, sistemático, realizado por profesionales de enfermería.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Ensayo clínico controlado y aleatorizado con seguimiento a los 12 y 24 meses. *Ámbito de estudio:* Consultas de medicina y enfermería de atención primaria. *Sujetos:* Fumadores que

demandaron asistencia en las consultas de medicina de nuestro centro durante el período de captación, hasta alcanzar el tamaño muestral requerido (125 pacientes). Los criterios de inclusión fueron: fumadores, edad entre 18 y 70 años y puntuación del test de Richmond > 7. *Mediciones e intervenciones:* Los pacientes captados se asignaron de forma aleatoria al grupo control (consejo breve del médico) o al grupo intervención (consejo intensivo del profesional de enfermería). Los pacientes de ambos grupos fueron telefoneados al año para ver si fumaban. Adicionalmente, los pacientes abstinentes fueron llamados a los dos años para ver si seguían siendo no fumadores.

Resultados: Las tasas de cesación tabáquica al año fueron de 13,8% en el grupo control (95% CI: 6,5%-24,7%) y del 6,7% en el grupo intervención (95% CI: 1,8%-16,2%). La odds ratio fue de 0,44 (IC 95%: 0,13-1,55) no encontrando diferencias significativas entre ambos grupos ($p = 0,18$). Los factores asociados con una mayor probabilidad de dejar de fumar fueron una menor puntuación en el test de Fagerström (OR: 0,76) y el sexo varón (OR: 4,89).

Conclusiones: Las intervenciones intensivas de los profesionales de enfermería unidas al consejo breve del médico no son más efectivas que el consejo médico breve aislado en fumadores no seleccionados evaluados en atención primaria.

LOS FUMADORES QUE SE HACEN UNA SPIROMETRÍA DEJAN MÁS DE FUMAR

S. Martín Delgado, M. Verdera Antich, M. Juan Juan,
M. Vicente Hernández, R. Robles González y E. Carandell Jäger
CS Son Pisa. UD de MFyC Mallorca. Palma de Mallorca. Illes Balears.
Correo electrónico: silviamd5@hotmail.com

Objetivos: Evaluar el efecto de la espirometría de cribaje de EPOC en el abandono del tabaco.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Observacional que compara el abandono del tabaco en un grupo de fumadores a los que se realizó espirometría de cribado de EPOC y otro grupo de fumadores sin espirometría. *Ámbito de estudio:* Centro de Salud docente de zona urbana. *Sujetos:* Grupo espirometría: muestra de conveniencia de fumadores 40-69 años con espirometría de cribado, noviembre 2004-mayo 2005 localizados telefónicamente doce meses después de espirometría. Se excluyeron pacientes con otras patologías pulmonares, espirometría previa, limitaciones físicas y medicación inhalada. Grupo sin espirometría: pacientes de similares características sin espirometría reclutados durante 2006. *Mediciones e intervenciones:* Edad, sexo, actividad laboral, paquetes/año, abandono tabaco último año, fase abandono tabaco, síntomas, escala disnea.

Resultados: Grupo espirometría (GE): 114. Grupo sin espirometría (GSE): 102. Ambos grupos eran homogéneos para edad, sexo, actividad laboral, síntomas, disnea y antecedentes familiares. Los del grupo de espirometría dejaron más de fumar, 18,4% (IC95% 10,8-25,9) frente a 2,9% (IC95% 0,6-8,3) había menor proporción en fase de preparación en GE 25,3% (IC95% 15,6-34,9) frente a 43,0% (IC95% 32,4-53,6). No diferencias significativas en dejar de fumar con recaída en el último año (11,8% GE- 16,2% GSE), disminución número cigarrillos (45,2% GE y 40,4% GSE), fase precontemplativa abandono tabaco (25,8% GE y 25,3% GSE), y contemplativa (36,3% GE y 50% GSE).

Conclusiones: Realizar espirometrías de cribado de EPOC puede favorecer la deshabituación tabaquismo. Se necesitan ensayos clínicos para obtener evidencias más robustas.

IMPACTO DE LA LEY DEL TABACO EN LOS FUMADORES, TRABAJADORES ACTIVOS

I. Pereiro Berenguer, N. Ruiz Varea, M. Blasco González,

E. Sánchez Vázquez, M. Bauzá Amengual y M. Elbaz Eljarrat

Grupo de trabajo del impacto de la Ley del Tabaco. CS Trafalgar; CS Nazaret; CS Serrería I y II; CS L'Alguer. Valencia. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: ipereiro@hotmail.com

Objetivos: Describir los cambios producidos, un mes después de la aplicación de la Ley del Tabaco (LT), en el consumo de tabaco en fumadores.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio antes-después sin grupo control. *Ámbito de estudio:* Centros de Salud. *Sujetos:* Trabajadores activos que acuden por cualquier motivo al centro de salud (CS) Criterios de in-

clusión: Ser fumador hasta el 31 de diciembre 2005. *Variables:* Sexo, edad, lugar de trabajo, número de trabajadores, nivel educativo, número de cigarrillos fumados al día (CIG) antes de LT, después de LT (fuera y dentro del lugar de trabajo), actitud frente al tabaco. *Intervenciones:* Ley del Tabaco

Resultados: Fueron captados 175 trabajadores que acudieron al CS durante el mes de enero de 2006. El 51,5% eran hombres. Desde la aplicación de la LT el 8,6% había dejado de fumar. de los que seguían fumando el 51% pensaban dejar de fumar durante los próximos 6 meses. La media de cigarrillos fumados antes de la LT era de 20 y después fue de 14 CIG ($p < 0,000$). Los fumados dentro del lugar de trabajo pasaron de 9 a 3 CIG ($p < 0,000$). El 80% afirmaban no fumar en su lugar de trabajo. El 53% estaba totalmente de acuerdo o acuerdo en que la Ley había influido en la disminución del CIG por él fumados.

Conclusiones: En el primer mes desde la entrada en vigor de la LT ha disminuido de forma significativa el número de cigarrillos fumados. Un porcentaje muy elevado respeta la LT y no fuma en el lugar de trabajo.

Atención familia

APGAR FAMILIAR: DIFERENCIAS DE GÉNERO

P. Beato Fernández, M. Brugada Mir, R. Cabello Lázaro, J. Mármol Puy, A. Rovira Piera y M. Estévez Domínguez

EAP Llefià. Badalona. Cataluña
Correo electrónico: 23862pbf@comb.es

Objetivos: Conocer percepciones sobre funcionamiento familiar según sexo: 1) Diferenciar porcentajes de percepción de disfunción familiar (DF). 2) Conocer diferencias en funciones familiares específicas. 3) Observar diferencias según edad, situación convivencial y depresión y/o ansiedad

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo transversal. *Metodología:* Análisis de respuestas al cuestionario Apgar familiar. Muestra aleatoria de pacientes. Datos de la historia clínica. *Ámbito de estudio:* Centro de Salud Urbano. *Sujetos:* Personas que acuden a las consultas del médico. *Mediciones e intervenciones:* Edad, sexo, estado civil, puntuación Apgar familiar, análisis cualitativo de subapartados (ayuda/discusión/decisiones/tiempo/afectividad). Se considera DF Apgar < 7 puntos. Respuestas < 2 puntos muestran deficiencias en el área estudiada. Diagnósticos previos de ansiedad y/o depresión.

Cálculo de prevalencias, promedios y frecuencias.

Resultados: 326 estudiados (69,6% mujeres). *Edad media:* Mujeres/Varones 57,3/59,2. *Promedio Apgar:* 8,49/8,73. *Prevalencias DF:* 11,89%/9,09%. *Edad:* Mujeres > 15 < 40: 10,25%/5,88%, > 40 < 65: 11,76%/10%, > 65: 13,04%/9,52%. *Según convivencia:* Con pareja 7,73%/6,41%, resto 23,72%/19,09%. *Si depresión y/o ansiedad:* 14,15%/11,76%. *Deficiencias específicas:* Ayuda 21,58%/15,15%, decisiones 32,15%/29,29%, decisiones 22,46%/21,21%, tiempo 34,36%/27,27%, afectividad 9,25%/7,07%.

Conclusiones: Más mujeres perciben DF. Más mujeres perciben deficiencias en cada una de las funciones familiares. Estas diferencias son independientes de edad, emparejamiento y/o diagnóstico de depresión y/o ansiedad.

Violencia de género y escolar

DE LAS RECOMENDACIONES EXPERTAS A LA REALIDAD: ¿SOMOS COMPETENTES PARA ABORDAR EL MALTRATO?: AUTOEVALUACIÓN

M. Zabalegui Ardaiz, J. López Goñi, B. Martínez Aguado, C. Litago Gil y C. Migueliz Beaumont

CS de Estella. Estella. Navarra.
Correo electrónico: jesusmoreno@navarraxp.com

Objetivos: Conocer cómo consideran los sanitarios su situación frente al maltrato. Detectar déficits para la mejora. Extraer habilidades centinela para monitorizar.

Material y métodos: *Diseño:* Descriptivo, transversal, multicéntrico. *Ámbito:* Un Área de salud. *Sujetos:* Médicos y ATSS del Área. *Mediciones e intervenciones:* Cuestionario autoadministrado. Datos: personales, diagnóstico, 10 dificultades, 10 capacidades, 12 prácticas habituales, comunicación – emoción y necesidades. Mayoría en escala 1-5. Análisis en SPSS.v11,5

Resultados: Responden 67 (50%), 61 válidas. 42,6% ATS, 63,9% mujeres y 34,4%

Urgencias Media edad: 42,6 (\pm 8,2). Media de casos en 3 años: 2,03 (\pm 2,91). Para la mitad la prevalencia es < 5%. Sabemos peor: preguntar por abusos sexuales 13,1%, saber preguntar a mujeres de riesgo 19,6% y mejor: conocer los recursos 34,4%. Capacidad global media: 2,84 \pm 0,56 (1-5)

Práctica habitual: lo peor preguntar si sospechamos maltrato 13,1%, indagar abusos sexuales 24,4% y acordar lo que afecta la intimidad 29,3%. Abordaje de agresor 8,1%.

Muestran correlación teoría-práctica: Conocer recursos (CCSpearman's = 0,554) conocimiento-abordaje de agresor (CCS = 0,607) preguntar por abusos sexuales (CCS = 0,665) y Saber preguntar (CCS = 0,602) que correlaciona, mejor que ninguna, con capacidad global (CCS = 0,762) y resto de habilidades.

Conocer los recursos con coordinación (CCS < 0,7). Práctica: Acordar con la mujer y sentirse a gusto en la comunicación (CCS = 0,660) junto a valorar riesgo de nueva agresión, correlacionan mejor con las ocho prácticas restantes (CCS < 0,7 p < 0,005).

Conclusiones: Infravaloramos la prevalencia. Nuestra competencia dista de las recomendaciones expertas sobre todo en detección en mujeres de riesgo y valoración de maltrato sexual. La comunicación con acuerdo es más satisfactoria. Saber preguntar se perfila como mejor habilidad centinela de monitorización.

RELACIÓN ENTRE VIOLENCIA ESCOLAR, HABILIDADES SOCIALES Y APOYO SOCIOFAMILIAR EN LA ADOLESCENCIA

A. Pérez Milena, R. Pérez Milena, M. Martínez Fernández, F. Leal Helmling, I. Jiménez Pulido y J. Milena Jiménez

Grupo de Trabajo del Adolescente de samfyc. CS de Mancha Real. Jaén. Andalucía.

Correo electrónico: alejandropm@superable.es

Objetivos: Conocer el perfil familiar y social del adolescente con situaciones de violencia escolar.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio transversal mediante encuesta autoadministrada anónima. *Ámbito de estudio:* Dos institutos de educación secundaria. *Sujetos:* Alumnado de ESO y Bachillerato. *Mediciones e intervenciones:* Se recoge edad, sexo, cuestionario de violencia escolar, escala de asertividad ADCA-1, apoyo social (test DUKE-UNC) y función familiar (test Apgar-familiar).

Resultados: Participan 450 adolescentes, edad media 14,5años [± EEM0,2].

La percepción de violencia (casi nunca 50% ± EEP2,3; a veces 39% ± 2,3; a menudo 10% ± 1,4; casi siempre 1% ± 0,5) se relaciona con la edad (p < 0,05 ANOVA) pero no con el sexo. La percepción de violencia es mayor en adolescentes con menos habilidades sociales (40%+2,1vs66%+1,9; p < 0,05 X2), con percentiles de auto y heteroasertividad (ADCA1) más bajos (respectivamente p = 0,054 y p < 0,05 X2).

El incremento de la percepción de violencia se acompaña de menor puntuación del Apgar-familiar (p < 0,05 ANOVA) y posiblemente de un mayor porcentaje de apoyo social inadecuado (p = 0,065 X2) fundamentalmente por menor apoyo afectivo (p = 0,086 X2). Los adolescentes se definen como observadores (67% ± 3,6), agresores (27% ± 2,4) y/o agredidos (37% ± 4,1).

Los agresores presentan un estilo relacional de baja asertividad (20% ± 1,4) y agresivo (40% ± 1,1), mientras que hasta el 60% (± 0,8) de los no agresores tiene una asertividad normal (p < 0,01 X2). El apoyo social podría ser más bajo entre los agresores (25% ± 5,4; 14% ± 2,6; p = 0,076 X2).

Conclusiones: La violencia en el ámbito escolar se relaciona con el apoyo sociofamiliar del adolescente y se percibe más en la segunda etapa de la adolescencia.

Una mejora de las habilidades sociales facilitaría una adaptación saludable a su entorno educativo.

Sesión 12

Viernes, 17 de noviembre · 12.00-14.30h

Sala 3G (Centro de Eventos)

Infeciosas

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA GRIPE AVIAR EN CATALUÑA

S. Hernández Anadón, C. Llor Vilà, S. Crispi Cifuentes, O. Calvino Domínguez, M. Pérez Bauer e Y. Fernández Pagès

EAP Jaume I-Tarragona 3. Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: silviah@comt.es

Objetivos: Analizar que piensan los profesionales sanitarios y los usuarios sobre aspectos comunes de la gripe aviar

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Encuesta transversal y validada de conocimientos sobre la gripe aviar. *Ámbito de estudio:* Atención primaria. *Sujetos:* Muestra consecutiva de sanitarios y no sanitarios reclutados durante marzo-abril. *Mediciones e intervenciones:* Muestra aleatoria de 120 pacientes. Administramos un cuestionario de elaboración propia. Tres ítems con preguntas cerradas tipus Likert con 5 alternativas de respuesta, dos con dos alternativas. Otras variables: edad, sexo, sanitario, no sanitario. Se realizan pruebas de estadística descriptiva y tests de chi cuadrat y t de Student (significación estadística p < 0,05)

Resultados: n: 120 (51 fueron sanitarios y 59 no sanitarios), edad media 44,1 ± 16,8 años, 46 hombres (38,3%). 85 sabe setrata de un virus (70,8%), más entre los sanitarios. 32 de los sanitarios (62,7%) i 11 de los no sanitarios (18,6%) saben que al encontrar un una ave urbana muerta deberían avisar al ayuntamiento (p < 0,001). La mayoría saben que los granjeros son el colectivo de mayor riesgo (101; 84,2%). Sólo 21 encuestados (14 sanitarios y 7 no sanitarios) saben que puede afectar a los cerdos (no d.s.). Más del 90% sabe que no hay casos en Cataluña y que existe vacuna.

Conclusiones: Hay falta de información entre la población sobre aspectos concretos de la gripe aviar. Convendría informar más al colectivo sanitario sobre la historia natural de la enfermedad a la hora de hacer frente a una posible pandemia de la enfermedad

PERCEPCIÓN DE RIESGO, PREVENCIÓN Y PREDISPOSICIÓN AL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE VIH EN POBLACIÓN USUARIA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

M. Carrillo-Tirado, I. García-Sánchez, C. Escudero-Espinosa, M. López-Ruz, G. Fernández-Martínez y D. Chang-Chan

Escuela Andaluza de Salud Pública; Hospital Virgen de Las Nieves; Hospital San Agustín. Granada, Jaén. Andalucía.

Correo electrónico: marta.carrillo.easp@juntadeandalucia.es

Objetivos: 1) Conocer percepción de riesgo de transmisión sexual del VIH-SIDA. 2) Identificar factores relacionados en aceptación de prevención y diagnóstico precoz. 3) Explorar relaciones de personas VIH+ con su entorno social.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Diseño cualitativo mediante entrevistas. *Ámbito de estudio:* SSPA (Sistema Sanitario Público Andalucía).

Sujetos: Usuarios/as VIH+ y VIH- y profesionales sanitarios. *Mediciones e intervenciones:* No procede

Resultados: La percepción de riesgo de adquirir VIH/SIDA es baja, tanto en población sana como seropositiva. La posibilidad de contagio se percibe generalmente lejana, aunque existen diferencias según nivel educativo y hábitat. La falta de confianza en la pareja y el miedo al rechazo dificultan la negociación de sexo seguro. La escasa información sobre la prueba de diagnóstico precoz, el miedo al rechazo social y el temor a falta de confidencialidad en centro de salud limitan la predisposición a su realización. En cambio, el apoyo social y las ventajas del diagnóstico precoz la favorecen. Las personas VIH+ consideran que son discriminadas socialmente. La falta de información veraz en su entorno sobre vías de

contagio contribuye a su estigmatización social. Sus relaciones sociales y sexuales están condicionadas por miedo al rechazo y exclusión social.

Conclusiones: El conocimiento sobre VIH/SIDA, vías de transmisión y medios de prevención es aún escaso en población general, limita la realización de prueba diagnóstica, condiciona el compartir el resultado y favorece entornos sociales discriminatorios. Siguen siendo necesarias campañas de información y sensibilización sobre VIH/SIDA y la importancia del diagnóstico precoz accesibles y comprensibles para la población. Luchar contra la discriminación social es imprescindible en muchos medios, incluidos las consultas.

Osteoporosis

CONCORDANCIA POBLACIONAL ENTRE DIAGNÓSTICO DENSITOMÉTRICO DE OSTEOPOROSIS Y TRATAMIENTO ANTIESTEOPORÓTICO

G. Sanfeliú Gimeno, B. Reig Mollá, J. Sanfeliú Genovés, S. Peiró Moreno y F. Aparisi Rodríguez

Dirección General de Salud Pública; Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; CS Villamarchante; CS Nazaret; Hospital Universitario La Fe. Valencia. Comunidad Valenciana

Correo electrónico: sanfelix_gab@gva.es

Objetivos: Estimar la prevalencia de osteoporosis en mujeres postmenopáusicas mayores de 50 años en la ciudad de Valencia y analizar el grado de concordancia entre los criterios densitométricos de diagnóstico de osteoporosis (OD) y el tratamiento antiosteoporótico.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio transversal, descriptivo con componentes analíticos. *Ámbito de estudio:* Ciudad de Valencia. *Sujetos:* Muestra poblacional de mujeres postmenopáusicas mayores de 50 años obtenida por muestreo aleatorio del sistema de información poblacional (se presentan los resultados de las primeras 285 mujeres). *Mediciones e intervenciones:* A las mujeres participantes se les administró una encuesta (entrevista) y se les realizó una densitometría ósea de columna y cadera. La OD se definió por criterios OMS.

Resultados: Un 25,6% (IC95: 20,7; 31,1) de la población de mujeres postmenopáusicas presenta OD, mientras que un 19,7% (IC95: 15,2; 24,7) de esta población recibe tratamiento antiosteoporótico. De las tratadas (n = 56), el 58,9% era menor de 65 años, el 39,3% tenían 2 o más factores de riesgo de baja masa ósea patológica (FRBMOP) y sólo el 32,1% presentaba OD. El grado de concordancia entre OD y tratamiento, medido por el estadístico kappa, fue de 0,07 ($p = 0,11$). En el análisis de regresión logística, el tratamiento sólo se asoció a la presencia de 2 o más FRBMOP severos (Odds Ratio: 3,63; $p = 0,002$; $r^2 = 0,03$).

Conclusiones: A nivel poblacional no existe relación entre OD y tratamiento. Sólo la presencia de 2 o más FRBMOP severos se asoció a recibir tratamiento antiosteoporótico.

¿ESTAMOS SOBRETRATANDO A LAS MUJERES OSTEOPÉNICAS?

A. Serra Torres, S. Sitjar Martínez de Sas, L. Alemany Vilches, J. Sotoca Momblona, B. Contreras Raris y G. Fluxà Terrassa

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: 37373ast@comb.es

Objetivos: Conocer los tratamientos farmacológicos (suplementos de calcio/vitamina-D, raloxifeno, bifosfonatos) y no farmacológicos (dieta, exposición solar) prescritos a mujeres osteopénicas. Valorar el cumplimiento terapéutico del tratamiento con suplementos de calcio y/o vitamina-D.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio transversal. *Ámbito de estudio:* CAP Les Corts. *Sujetos:* Mujeres osteopénicas confirmados por densitometría ósea (DMO) entre febrero'2005-enero'2006. *Mediciones e intervenciones:* Comprobación en la historia clínica de: valoración/consejo dietético, valoración de exposición solar, prescripción de calcio, vitamina-D y raloxifeno/bifosfonatos. Análisis de la prescripción de fármacos en función de edad, antecedente de fractura, T-score mínimo, presencia de valoración/consejo dietético. Análisis de la dosis diaria media de suplementos de calcio y vitamina-D tomada por las pacientes, estimada por recogida de nº de recetas.

Resultados: n = 122 mujeres osteopénicas (T-score < -1,0 y > -2,5). Edad media: 61,7 (DE 9,0). 88,2% post-menopáusicas y 23,8% con antecedentes de fractura. La valoración/consejo dietético se encontró en el 30,3%, y la de exposición solar en ninguno. La prescripción de fármacos fue: raloxifeno/bifosfonato 15,6%, calcio 74,4%, vitamina D 68,6%. Para todos los tratamientos farmacológicos la prescripción se asoció a valores más bajos de T-score. La prescripción de calcio se asoció además a la ausencia de valoración dietética. El cumplimiento medio de los pacientes fue de 430,5 mg/día de calcio elemento (DE 321,8), y de 312,6UI vitamina D (DE 240,3), sin asociarse con ninguna variable estudiada.

Conclusiones: Existe una falta de registro de la valoración dietética y exposición solar en las mujeres osteopénicas, así como del registro de las fractura como patológicas. Destaca una correlación entre la prescripción de suplementos de calcio y la ausencia de valoración dietética en la historia. Se prescribe más los tratamientos farmacológicos en pacientes con valores menores de T-score. El antecedente de fractura no se asocia a la prescripción de fármacos ni al mejor cumplimiento por los pacientes.

TRATAMIENTO ANTIESTEOPORÓTICO EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS: ¿QUÉ Y POR QUIÉN?

B. Reig Mollá, G. Sanfeliú Gimeno, J. Sanfeliú Genovés, S. Peiró Moreno y F. Aparisi Rodríguez

CS Villamarchante; Dirección General de Salud Pública; Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; CS Nazaret; Hospital Universitario La Fe. Valencia. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: sanfelix_gab@gva.es

Objetivos: Describir los tratamientos antiosteoporóticos que toman las mujeres postmenopáusicas mayores de 50 años y el origen de la prescripción.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio transversal. *Ámbito de estudio:* Ciudad de Valencia. *Sujetos:* Muestra poblacional de mujeres postmenopáusicas mayores de 50 años obtenida por muestreo aleatorio del sistema de información poblacional (se presentan los resultados de las primeras 285 mujeres). *Mediciones e intervenciones:* A las participantes se les realizó una encuesta (por entrevista personal) que recogía el tipo de medicamentos tomados y otras variables.

Resultados: El 19,7% (IC95: 15,2; 24,7) de las mujeres estaban tratadas con fármacos antiosteoporóticos (excluido calcio y/o vit. D). Los fármacos más prescritos fueron alendronato (31,7%) y risedronato (28,3%). El 24,2% de las mujeres tomaban calcio y/o vitamina D, en un 65,0% de forma concomitante con otro fármaco antiosteoporótico. Los traumatólogos (36,7%), ginecólogos (31,7%), médicos de familia (16,7%) y reumatólogos (11,7%) son el origen del 96,7% de los tratamientos. Cada especialidad mantiene un perfil de prescripción diferencial, siendo risedronato el fármaco preferido por los traumatólogos (54,6%), la terapia hormonal (42,1%) y raloxifeno (26,3%) por los ginecólogos, y el alendronato (36,8%) por los médicos de familia.

Conclusiones: Una de cada 5 mujeres postmenopáusicas > de 50 años toma algún fármaco antiosteoporótico, siendo los bifosfonatos los más frecuentes. Una de cada cuatro toma calcio y/o vit. D. Sólo el 16,7% de los tratamientos antiosteoporóticos (excluido Ca y/o vit D) se originan en atención primaria.

Fibromialgia

FIBROMIALGIA Y RASGOS DE PERSONALIDAD

M. Abellana Sangrà, S. García Capel, A. Ceron Muñoz y F. Centelles Mañoso

CAP Sant Ilàtzer. Terrassa. Cataluña.
Correo electrónico: silvia@netdreams.net

Objetivos: Valorar la existencia de rasgos de personalidad anómalos en pacientes diagnosticadas de Fibromialgia.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo trasversal. *Ámbito de estudio:* Ámbito urbano. *Sujetos:* Muestra obtenida de registro informaticoizado OMI-AP. N: 161, 160 mujeres y un hombre. *Mediciones e intervenciones:* Entrevista clínica. Administración de Test de personalidad

International Personality Disorder Examination (I.P.D.E.) DSM-IV.
Resultados: Se entrevistaron 121 mujeres, 29 no fueron localizadas y 11 rehusaron participar. Edad media (DE): $54 \pm 9,6$ años. Casadas/pareja 78,5% (95). Clase social baja 59% (72). Enfermedad mental asociada en un 73,6% (89). Mala autopercpción de salud última semana 53,7% (65) y regular en un 34% (41). Expectativa de curación negativa 68,6% (83). El 96,7% (117) de pacientes mostró un IPDE alterado. Era patológico más de un rasgo de personalidad en un 94% (114). Media (DE) de rasgos anómalos $4,5 \pm 2$. Los rasgos de personalidad más prevalentes fueron: Límite 72% (87 casos), obsesivo 70% (86), histrónico 66% (80) y evitación 62% (75). Medias (DE) de puntuación obtenidas: $4,6 \pm 1,4$, $4,5 \pm 1,2$, $3,6 \pm 0,8$ y $4,5 \pm 1,4$ respectivamente. Clasificando la personalidad de las pacientes en función de los rasgos de mayor puntuación, el 28% (34) serían mixtas, 20% (24) límitas, 18% (22) obsesivas y el 11% (13) evitativas. Según criterios del DSM IV, de confirmarse los resultados de este test de screening, el 39% (47) de las pacientes se situarían en trastornos de personalidad grupo C, el 34% (41) en grupo B y el 18% (22) serían mixtas.

Conclusiones: Los resultados obtenidos sugieren una alta prevalencia de rasgos de personalidad anómalos en pacientes diagnosticadas de fibromialgia, pero se precisa de una valoración psicológica más completa para confirmar la existencia de trastornos de personalidad establecidos.

¿ES FIBROMIALGIA TODO LO QUE RELUCE? FACTORES ASOCIADOS A SU DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

C. Serra Carbonell, M. Ribas Fábrega, N. Bermúdez Chillida, J. Baena Díez y E. Alberto Márquez
 CS La Marina; CS Dr. Carles Ribas. Barcelona. Cataluña.
 Correo electrónico: jmbaena.pbcn@ics.scs.es

Objetivos: Estudiar variables asociadas al diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Casos y controles. *Ámbito de estudio:* 2 centros de salud urbanos. *Sujetos:* Casos: todos los pacientes diagnosticados de fibromialgia, extraídos de las historias clínicas informatizadas (HCI). Controles: pacientes sin fibromialgia, seleccionados por muestreo aleatorio simple del archivo de HCI, apareados por edad y sexo. *Mediciones e intervenciones:* Se estudiaron las variables edad, sexo, médico/s que diagnosticaron y siguieron los casos, diagnóstico de depresión, ansiedad, insomnio, patologías funcionales y tratamientos. Se calcularon las odds ratio (OR) crudas y ajustadas mediante regresión logística bivariante.

Resultados: Se estudiaron 88 casos y 88 controles, con una edad media de 55,3 años (DE 10,9) y un 97,7% de mujeres. El 62,3% de las fibromialgias fueron diagnosticadas por el médico de familia (MF). El 69,3% realizaban seguimiento por el MF, el 23,9% por el reumatólogo y el 21,0% por salud mental.

Los casos estaban diagnosticados con más frecuencia de depresión (OR 12,3; IC95% 6,1-25,2), ansiedad (OR 4,2; IC95% 2,2-7,9), insomnio (OR 3,1; IC95% 1,3-7,5) y síndrome del colon irritable (OR 8,7; IC95% 1,1-71,1).

Sin embargo sólo la depresión mantuvo la significación en el análisis multivariado (OR 10,1; IC95% 4,4-23,2).

Los casos recibían con más frecuencia antidepresivos (OR 11,6; IC95% 5,6-23,8), ansiolíticos (OR 4,1; IC95% 2,2-7,8), placebos (OR 2,1; IC95% 1,0-4,6) y analgésicos (OR 1,9; IC95% 1,0-3,7), de nuevo únicamente los antidepresivos mantuvieron la significación (OR 9,6; IC95% 4,3-21,4).

Conclusiones: Sólo el diagnóstico de depresión y el tratamiento antidepresivo se asociaron a la fibromialgia.

Incontinencia urinaria

INCONTINENCIA URINARIA: ¿CÓMO AFECTA A NUESTRAS PACIENTES?

A. Riera Reina, M. Llano Izquierdo, A. Aguilar Margalejo, S. Cobo Guerrero, L. Santiago Pérez y M. Masamunt París
 ABS Florida Sud. Hospital de Llobregat. Cataluña.
 Correo electrónico: montsemp@mixmail.com

Objetivos: Describir prevalencia de los tipos de incontinencia urinaria (IU) en mujeres y de factores de riesgo asociados. Valorar la repercusión

en calidad de vida. Realizar, en una segunda fase del estudio, una intervención grupal en mujeres diagnosticadas de IU.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal mediante encuestas administradas por personal sanitario. *Ámbito de estudio:* Centro Salud urbano. *Sujetos:* Mujeres > 18 años atendidas en cita previa durante mayo 2006. Se excluye deterioro cognitivo. *Mediciones e intervenciones:* datos filiación, antecedentes generales/ginecológicos, fármacos, cuestionarios validados ICI-Q, IU-4 y King's, y diagnóstico previo de IU.

Resultados: Índice de respuesta: 100/111 (n: 100). Edad media: 50 años. 24% estudios superiores, 15% analfabetas. Según ICI-Q (diagnóstico de IU): IU 36%, 16,7% con pérdidas moderadas/graves; 30,6% > 1 vez/día. Factores de riesgo: 79% con > 1 partos, de los que el 43% presentaron incontinencia ($p = 0,004$) respecto nulíparas (incontinencia 9,5%), 13% partos instrumentados, 14% prolapsos genitales, 52% menopáusicas, 34% sequedad vaginal, 23% obesas (la mitad incontinentes), 72% patología predisponente de IU (18% infecciones urinarias de repetición, 14% diabetes mellitus, 18% ansiedad/depresión, 12% cirugía genitourinaria, 6% estrenamiento). Fármacos relacionados: 14% benzodiazepinas, 14% diuréticos, 9% AINES.

Tipo de IU: según IU-4 (clasificación clínica): urgencia: 8,3%; esfuerzo: 61%; Mixta: 30,5%

Afectación calidad de vida: según King's (calidad de vida: vida diaria, física y social, relaciones personales, emociones, sueño, impacto)

- Percepción afectación moderada: vida diaria 12,5%, actividad física/social 14%, relaciones personales 5,6%, malestar psíquico 15%.
- Recursos utilizados: compresas 55,6%, Limitación líquidos 5,6%, cambio ropa 22,3%.
- Preocupación por el olor 33,3%. 61,1% no habían consultado nunca, la mitad no lo considera importante.

Conclusiones: 1) Alta prevalencia de incontinencia urinaria. 2) Infra-diagnóstico por baja morbilidad percibida por las pacientes y por escasa consulta al personal sanitario. 3) Necesidad de realizar cribado en la población de riesgo. 4) Elevada utilización de recursos no costeados por el Sistema Nacional de Salud.

Sesión

10 Mejores Comunicaciones Orales

Viernes, 17 de noviembre · 16.00-18.00h

Sala 3F (Centro de Eventos)

Sesión Aula Docente – Experiencias Docentes

Jueves, 16 de noviembre · 12.00-14.30h

Sala I (Salas Joaquín Rodrigo)

LA TELEINMERSIÓN: NUEVO PARADIGMA DE FORMACIÓN Y COMUNICACIÓN MÉDICA

M. Velasco Marcos, R. Rodríguez Borrego, P. Vicente García, M. Bernad Vallés, M. Asensio Calle y J. Juanes Méndez

CS Miguel Armijo; CS Garrido Sur; Facultad de Medicina; Universidad de Salamanca. Salamanca. Castilla y León.

Correo electrónico: mauxi.velasco@comsalamanca.es

Objetivos: La teleinmersión tiene el potencial de cambiar significativamente los paradigmas de formación y asistencia médica a distancia. Un sistema de teleinmersión permitiría a personas situadas en distintos lugares compartir el mismo entorno virtual; es decir, en una reunión o consulta podrían interactuar, prácticamente de la misma forma a como lo harían si estuvieran esas personas en una misma habitación. Presentamos una simulación virtual del enorme potencial que sin lugar a dudas jugará esta tecnología en nuestros sistemas docentes del futuro, además de la po-

sibilidad de atención y seguimiento de pacientes con patología crónica. A diferencia de las teleconferencias, que sólo sitúan a los interlocutores en pantallas de televisión, la teleinmersión da un paso más allá, pasando de las dos a las tres dimensiones.

Descripción: Un sistema de teleinmersión consta un banco de cámaras digitales hemisférico que captura a los participantes en la sesión desde una gran variedad de ángulos. El mismo sistema hace un seguimiento de los movimientos de la cabeza de los usuarios. Este sistema tecnológico de comunicación a distancia requiere avances en la infraestructura de Internet, debido a las características de gran ancho de banda, bajo retardo y comunicaciones sincrónicas, dependientes del tiempo.

Conclusiones: Esta tecnología supone un reto apasionante para el futuro de las comunicaciones entre profesionales para el trabajo colaborativo, al crear espacios virtuales de intercambio de información, pero con la sensación de estar inmerso en un entorno cercano a realidad.

LA FORMACIÓN ESPECÍFICA DEL TUTOR DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

F. Tomás Aguirre, C. Fernández Casalderrey, F. Gil Latorre
y F. Segura Marín

UD de MFyC; E.v.e.s. Valencia. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: francisco.tomas-aguirre@uv.es

Objetivos: Evidenciar la situación actual del Mes Específico de Formación (MEF) de los tutores de Medicina de Familia de una Unidad Docente. Analizar las actividades solicitadas. Obtener resultados de la evaluación de las mismas por tutores, residentes y personal del centro docente.

Descripción: El MEF es un período del cual disponen los tutores para, aprovechando la necesidad docente de que el residente asuma por completo la asistencia durante el mismo, solicitar la realización de actividades (asistenciales y no asistenciales) para implementar su formación. La presente comunicación recoge el análisis de estas actividades realizado por una Unidad Docente durante el curso 2004-2005: El proceso de solicitud, los trámites, las actividades solicitadas y las evaluaciones de los resultados de las mismas por las partes implicadas (tutores, residentes, coordinadores y staff del centro docente).

Conclusiones: de 150 tutores pertenecientes a 34 centros acreditados coordinados por la Unidad docente, 82 tenían residente; de ellos, el 87,8% realizaron el MEF. Se desarrollaron 74 actividades no-asistenciales y 57 asistenciales. Respecto a las evaluaciones: el 80,5% evalúan al centro formador entre bien y muy bien. Entre mucha (43,2%) y suficiente (21,0%), valoran los residentes la contribución del MEF del tutor en su formación. Por parte del Coordinador del Centro se valora entre mucha y suficiente la contribución del MEF para la mejora del centro y el staff lo considera entre muy bien y bien.

ACERCANDO A LOS JÓVENES AL CENTRO DE SALUD. FORMACIÓN DE AGENTES MEDIADORES DE SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA

O. Fernández Martínez, D. Raya Collados, C. Hidalgo Cabrera,
F. Ramos Díaz y T. Rodríguez Rivas

CS Chana. Granada. Andalucía. Correo electrónico: Andalucialife@supercable.es

Objetivos: Formar agentes mediadores de salud para que estos extiendan los mensajes de salud a otros jóvenes y promuevan hábitos de vida saludables.

Descripción: Se trata de una intervención comunitaria educativa desarrollada con 26 alumnos voluntarios de 12 a 17 años (1ºESO-1ºBachiller) de un IES de nuestra ZBS, llevada a cabo por personal sanitario: R1 y R3 MFYC. Se limitó el número de participantes para facilitar el aprendizaje colectivo y poder utilizar una metodología activa y participativa. Se organizaron las jornadas de "FORMACION DE AGENTES MEDIADORES DE SALUD" en las instalaciones de nuestro centro de salud durante un fin de semana, con una duración de 8 horas. Los contenidos a tratar se dividieron en 4 talleres: "Educación afectiva y sexualidad" (3 horas). "Acoso escolar e imagen corporal" (1hora). "Hábitos saludables: ejercicio físico y alimentación" (2 horas). "Prevención de Adicciones" (2 horas) Los talleres se desarrollaron con una metodología muy participativa a través de sesiones de dinámica de grupos con juegos y distintos roll play, con el objetivo de llegar a unos puntos comunes que permitiesen a los adolescentes desarrollar estrategias de ayuda y resolución de problemas en las áreas temáticas en que se intervenía. Al finalizar se administro un cuestionario para conocer la opinión de los participantes

Conclusiones: El taller mejor valorado fue "Educación afectiva y sexualidad".

Al 100% le parecieron interesantes las jornadas, volverían a repetirlas y las aconsejarían a sus compañeros.

Al 72% le habría gustado profundizar más en sexualidad.

El 87% consideraba que los temas tratados habían sido de su interés.

Para nosotros la experiencia fue muy enriquecedora y una forma de acercar a los jóvenes al centro de salud y a su médico de familia.

VIDEORGRABACIÓN COMO HERRAMIENTA DOCENTE EN HABILIDADES COMUNICACIONALES

M. Senan Sanz, M. Buela Castell y J. Cano Sanz

Cap El Clot. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: Cataluña 33643mss@comb.es

Objetivos: General: Presentar una comunicación médica en un foro de investigación al inicio de la residencia para facilitar el máximo desarrollo de la capacidad de formación, docencia e investigación. Específico: Realizar evaluación formativa de esta comunicación oral como actividad de mejora comunicacional en transmisión de conocimientos, valorando cómo ha estructurado los tiempos de la exposición, las técnicas verbales de transmisión de conocimientos y las técnicas no verbales facilitadoras de la exposición.

Descripción: La residente de primer año presentó en el 2005 un trabajo de investigación en el congreso SEMFyC. Previamente le había proporcionado material escrito para autoformación en habilidades comunicacionales. Realicé videorgrabación de la exposición, la visionamos y desarrollamos un feed-back formativo analizando: estructuración de los tiempos, técnicas verbales y no verbales, y puntos fuertes y débiles de la exposición. Acordamos que la exposición estuvo bien presentada en su soporte power point y la transmisión de conocimientos fue correcta en el ajuste de los tiempos y en las técnicas de transmisión de conocimientos. Aspectos a mejorar fueron escaso recorrido visual, lectura excesiva de las diapositivas, uso de muletillas, inadecuado uso de las manos.

Conclusiones: La residente extrae como principal conclusión un intenso aprendizaje con esta experiencia, que ha considerado muy positiva y ha desarrollado un aumento de la seguridad en sí misma. Ha sido un catalizador para nuevos trabajos de investigación que desarrollaremos a lo largo de su residencia. En futuras exposiciones tendrá en cuenta aquellos aspectos de la comunicación que quedaron como puntos débiles en la valoración formativa.

ANÁLISIS DE LA ROTACIÓN DE CUATRO MESES EN ATENCIÓN PRIMARIA AL INICIO DEL PRIMER AÑO DE FORMACIÓN EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: NUEVO PROGRAMA

F. Segura Marín, F. Tomás Aguirre, C. Fernández Casalderrey
y F. Gil Latorre

UD de MFyC. Valencia. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: gil_fra@gva.es

Objetivos: Analizar la rotación en atención primaria (AP) de los residentes de primer año (R1) de Medicina Familiar y Comunitaria con la implantación del nuevo programa de la especialidad.

Descripción: Al finalizar el rotatorio (cuatro meses), en AP del R1, el coordinador y el técnico de salud de la unidad docente, se entrevistaron con, los responsables docentes del centro de salud (CS), tutores y residentes de 32 CS docentes, las entrevistas se hacían en cada CS y se discutían, recogiendo ventajas y desventajas (resumidas en cinco y cuatro ítems respectivamente) más comunes entre los tutores y residentes del paso del R1 en el rotatorio por AP. **Ventajas:** 1) Conocimiento del equipo de AP. 2) Conocimiento que se adquiere de la existencia de las unidades de apoyo de AP. 3) Iniciar la relación Tutor-Residente de manera temprana. 4) Orientar la formación posterior especializada, a las necesidades y el ámbito de la AP. 5) Coincidencia en el tiempo y en el CS con otros residentes. **Inconvenientes:** 1) Es necesario organizar, estructurar y planificar la incorporación y la estancia del R1 para evitar otros inconvenientes añadidos. 2) Adecuación de los Tutores a la nueva realidad y su incorporación. 3) Coincidencia de otros residentes con el R1 en la consulta. 4) Período de incorporación coincidente con el verano.

Conclusiones: Tanto en ventajas como inconvenientes destaca la duplicidad en consulta con residentes que nos ha servido para informar a los R1 para su elección de tutores y el resto sobre todo los inconvenientes nos servirá para implantar medidas correctoras.

SUPERVISIÓN Y REGISTRO DE LA ROTACIÓN DE LOS MIR EN EL CENTRO DE SALUD

M. Monge Barrio, R. Roji Buqueras, I. Villanueva Gómez y F. Fernández Simón
CS Cizur- Echavacoiz. Pamplona. Navarra.
Correo electrónico: mariamonge4@yahoo.es

Objetivos: El Nuevo Sistema de Evaluación Formativa del MIR de MFYC pone en evidencia la importancia del autoaprendizaje y establece al tutor como guía del proceso. Pretendemos mejorar la eficacia de la formación de los residentes en el Centro de salud así como la evaluación formativa de la misma.

Descripción: Hemos puesto en marcha un sistema de evaluación del autoaprendizaje tomando como elemento de partida la guía de competencias que figura en el nuevo programa de la especialidad. Calendario propuesto:

1. *Definición de objetivos:* elaborar un check list por parte del residente. Autoevaluación inicial. 2. *Sesión residente-tutor:* determinar las competencias específicas prioritarias, tareas propuestas y criterios de evaluación de las mismas. 3. *Sesión de feed back bimensual:* evaluar el grado de competencia adquirido y la eficacia de las tareas propuestas. 4. *Sesión final:* valorar los objetivos alcanzados en la formación del residente. Autoevaluación final del residente. Análisis conjunto del resultado del proyecto y plan de mejora. En el informe final calibramos la correspondencia entre los objetivos iniciales y los alcanzados, ponderando su importancia según los criterios de la guía. Registraremos las sesiones realizadas con su correspondiente informe de autorreflexión. Dejaremos reflejado el análisis de la influencia de este sistema de evaluación sobre la calidad de la formación adquirida.

Conclusiones: 1. La autoevaluación y la implicación de los tutores proporcionan una formación de mayor calidad. 2. Se estimula la autorreflexión del profesional sobre su ejercicio. 3. La intervención propuesta favorece la buena relación de tutorización basada en la confianza y el respeto mutuos

PERO, ¿CÓMO FUNCIONA ESTE APARATO? TALLER PRÁCTICO DE VIDEOGRABACIÓN Y EDICIÓN DIGITAL COMO PRIMER PASO PARA SU USO COMO INSTRUMENTO DOCENTE

E. Gavilán Moral y J. Parras Rejano
UD de MFyC de Córdoba. Córdoba. Andalucía.
Correo electrónico: egavilan@wanadoo.es

Objetivos: La videograbación de las consultas es una herramienta docente muy potente, al partir de situaciones de la práctica clínica. Sin embargo, los requerimientos técnicos y las consideraciones bioéticas suponen importantes barreras. Por este motivo, diseñamos un taller para capacitar en el uso de la tecnología de videograbación digital y conocer las particularidades bioéticas que acompañan a los videoregistros en el contexto clínico cotidiano.

Descripción: En las 5 ediciones del taller, que tuvo una duración de 5 horas, participaron un total de 86 tutores y residentes de varias Unidades Docentes (Málaga, Córdoba, Jaén, Santander, Logroño). Se formaron grupos homogéneos de 56 participantes que se familiarizaron en primer lugar con el material técnico, y seguidamente efectuaron una breve grabación de un roll-play. Con el material resultante, se procedió a la captura, edición y grabación digital a través de un software específico, y a la posterior visualización en televisor y en ordenador. Mediante discusión grupal se debatió sobre las utilidades, limitaciones, ventajas e inconvenientes de las videograbaciones de las consultas reales. Por último, se repasaron las recomendaciones bioéticas del Grupo de Comunicación y Salud y las del Royal College of General Practice. Las diversas ediciones del taller discurrieron en general con uno alto de participación de los asistentes, siendo valorado de forma muy satisfactoria y visto como de gran utilidad.

Conclusiones: El uso de las videograbaciones como instrumento con fines docentes, precisa previamente de formación para ajustarse a los requerimientos técnicos y bioéticos necesarios.

FORMACIÓN DE MONITORES DE SESIONES DE ENTREVISTA CLÍNICA BASADAS EN INCIDENTES CRÍTICOS

C. Fernández Casalderrey, J. Sanfelix Genovés, F. Gil Latorre,
F. Segura Marín, F. Tomás Aguirre y A. Gallego Peris
Grupo de Trabajo de Entrevista Clínica de la SVMFYC. UD de MFyC. Valencia.
Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: gil_fra@gva.es

Objetivos: Aprender una metodología de trabajo para monitorizar sesiones de entrevista clínica basadas en incidentes críticos en centros de sa-

lud, (centrada en el que aprende -Problem based learning-) y las herramientas necesarias: role-play, feedback de grupo, uso de la videogravación para docencia de comunicación.

Descripción: curso 8 horas, se reproduce una sesión completa a partir de un incidente crítico aportado por un alumno, (situación difícil en la relación medico-paciente vivida en la consulta) la monitoriza el profesor del curso y se graba, luego se reproduce mostrando las técnicas empleadas por el profesor, desde manejo del role play hasta las técnicas para proporcionar video-feedback en ambiente protegido. Despues, un alumno ensaya a monitorizar él la sesión con nuevo caso, que también se graba, sobre la grabación del alumno, el profesor y el grupo proporcionan feedback, se repite el ciclo monitorización-video-feedback con varios alumnos hasta agotar las ocho horas.

Conclusiones: En encuesta abierta, los alumnos calificaron el curso como: "dinámico, ameno, útil en la práctica clínica, basado en hechos, con gran protección emocional del que aprende, se aprenden herramientas docentes potentes en poco tiempo" manifestaron gran aceptación porque los capacita para dirigir sesiones en su centro. Como mejorable señalaron: "grupos menos numerosos (máximo 10 personas), y la necesidad de continuidad para mantenimiento". Creemos que como formación, proporciona entrenamiento sobre técnicas de manejo de grupo, role-modelling, role-play, feedback, manejo de videogravaciones. Ofrece la oportunidad de trabajar a partir del incidente crítico las necesidades del que aprende, y en el propio centro de salud.

COMO ELABORAR UN PROYECTO DOCENTE

C. Fernández Casalderrey, V. Gosálvez Soler y F. Gil Latorre
CS Salvador Pau. Valencia. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: gil_fra@gva.es

Objetivos: Iniciar a los tutores de medicina de familia y otros profesionales sanitarios en la elaboración de un proyecto docente y dotar de las herramientas necesarias para: Realizar la autoevaluación de su perfil profesional personal Conocer y describir las características de la zona básica y puesto de trabajo Desarrollar los contenidos del proceso de tutorización durante el período de residencia Conocer las metodologías más útiles en el proceso de formación de residentes Realizar la planificación temporal de las actividades a desarrollar Evaluar el proyecto docente

Descripción: Taller de 4 horas, con una metodología activa y participativa con mini-exposiciones teóricas y trabajo grupal donde se irán desarrollando los diferentes apartados: Herramientas para la autoevaluación del perfil profesional personal, para la descripción de la Zona Básica de Salud y del puesto de trabajo, elaboración de un proyecto docente para el residente a 4 años, metodologías docentes y actividades a realizar, evaluación de un proyecto; posteriormente los grupos presentan sus conclusiones y se discuten, para mejorar y consolidar los conocimientos adquiridos.

Conclusiones: Taller útil y necesario porque: La Comisión Nacional de la Especialidad MFyC aprobó el documento de recomendaciones sobre acreditación-reacreditación de tutores que recoge la necesidad de presentar un Proyecto Docente para este fin. En una encuesta sobre necesidades de formación de tutores, realizada por el grupo de Educación Médica y Desarrollo Docente de la SVMFYC, las actividades más solicitadas fueron: desarrollo curricular, herramientas docentes y herramientas evaluativas, todos estos aspectos son básicos para la elaboración de un proyecto docente.

INTERVENCIÓN COMUNITARIA CON ADOLESCENTES: HABLEMOS DE SEXO

A. Gil Santiago, C. Oriol Zerbe, S. Nadal Gurpegui, M. Gómez Miranda,
E. Liso Vinyals y E. Sequeira Ayamar
CAP Raval Sud. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: ayozegs@yahoo.es

Objetivos: Abordar la sexualidad de una forma integral a través de actividades lúdicas y educativas. Trabajar conocimientos y promover habilidades y actitudes para un sexo responsable. Facilitar el acceso de los adolescentes al Centro de Salud.

Descripción: Intervención comunitaria entre el Centro de Salud y una asociación juvenil de un barrio urbano marginal. Participan 26 adolescentes (13-19 años), cinco médicos/as, tres enfermeras y cinco animadoras/as socio-culturales.

Durante cuatro días se realizan varias actividades: *Lunes*: proyección de película con posterior debate. *Martes*: juegos educativos (dinámicas de grupo, role-playing). *Miércoles*: programa de radio sobre sexualidad, diseñado y realizado por los jóvenes, invitando a los profesionales sanitarios como expertos. *Jueves*: visita por el Centro de Salud (Medicina Familiar, Ginecología y Enfermedades de Transmisión Sexual/ETS) con taller práctico sobre anticonceptivos.

Conclusiones: Detectamos ideas erróneas, tabús y pocos conocimientos sobre temas básicos (masturbación, orgasmo y ETS).

Los jóvenes expresan un sentimiento de invulnerabilidad con poca conciencia de los riesgos de un sexo desprotegido. Percibimos una falta de habilidades en el uso del preservativo y en la disposición a usarlo.

Temas más preguntados: anticonceptivos, ETS, masturbación, aborto y orgasmo.

A lo largo de los días observamos una mejora en los conocimientos, la habilidad y la actitud de los jóvenes hacia una sexualidad responsable.

Hemos provisto a los jóvenes de instrumentos para vivir una sexualidad segura.

Se rompe la "barrera" entre el Centro de Salud y estos jóvenes, facilitando el contacto con los profesionales sanitarios.

Alto grado de participación y satisfacción de los jóvenes, monitores/as y sanitarios en la experiencia.

LA FORMACIÓN EN METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN ¿POR DÓNDE SEGUIR?

*M. Del Cura González, R. Escrivá Ferrairo, T. Sanz Cuesta,
E. Benito Alarcos y R. Cañas de Paz*

UD de MFyC del Área 9. Leganes. Madrid.

Correo electrónico: mcurgag@yahoo.es

Objetivos: Analizar la evolución de los cursos/talleres de formación de los residentes en metodología de la investigación en una Unidad Docente durante el período 1997-2005. Identificar las mejoras necesarias para adaptarse a las necesidades del nuevo programa

Descripción: Se ha revisado la formación impartida dirigida a residentes y tutores analizando contenidos, duración, periodicidad de las sesiones, distribución teórico/práctica, número de alumnos, los proyectos diseñados, desarrollados y con evaluación externa (comisión de investigación del área sanitaria) así como los resultado de la evaluación realizada por los asistentes.

Los docentes que han participado en la actividad y los residentes de la promoción 2004, que están recibiendo esta formación durante 2006 han realizado una evaluación/reflexión sobre los resultados obtenidos, y se plantean propuestas de adaptación al nuevo programa de la especialidad.

Conclusiones: Los contenidos básicos son homogéneos durante todo el período. La incorporación de contenidos sobre lectura crítica, elaboración de preguntas y búsqueda de información mejora la adherencia del residente.

Los módulos de duración limitada son percibidos mejor por los residentes que las ediciones del curso que se han desarrollado de forma mensual en períodos más largos.

La evaluación externa de los proyectos de investigación es una herramienta de calidad del trabajo realizado.

Consolidar líneas estratégicas de investigación donde enmarcar los proyectos de los residentes e incorporar tutores motivados facilita finalizar los proyectos diseñados.

El programa de la especialidad, definiendo los contenidos por niveles de prioridad facilita estructurar los contenidos y la evaluación

TUTORIZACIÓN CONTINUADA: UN TRABAJO EN EQUIPO

M. Sarlat Ribas, C. Babace Isturiz y R. Requena Santos

CS Rodríguez Paterna. Logroño. La Rioja.

Correo electrónico: sarlatribas@yahoo.es

Objetivos: Conseguir un progreso adecuado en la adquisición de competencias de los residentes, mediante una tutorización activa continua, la evaluación formativa personalizada y la constitución de un equipo docente tutor - residentes.

Descripción: Realizamos tutorías mensuales de 6 horas con los tres residentes. R1 y R2 realizan una auto-evaluación de sus competencias antes y después de cada rotación, según los objetivos del nuevo programa. In-

cidimos en temas prioritarios en la práctica diaria y puntos débiles, para elaborar un proyecto docente individual a desarrollar durante el 3º año. A la vez, inician su práctica asistencial con pacientes relacionados con su rotación. El R3 ya tiene elaborado su proyecto personal, de forma que se revisan aquellas áreas de mejora que han quedado pendientes. El trabajo en equipo fomenta el intercambio de experiencias, la tutorización entre ellos y la adquisición de responsabilidades docentes para con el grupo. El tutor desempeña el papel de facilitador en la elección de tareas para conseguir los objetivos. El equipo planifica el calendario anual de tutorías, sesiones clínicas, proyectos de investigación y presentación de comunicaciones a congresos durante el año. Todo registrado en la carpeta informática de cada residente, junto con las tareas realizadas, su auto-evaluación y la evaluación sumativa final.

Conclusiones: La tutorización continuada en equipo facilita la adquisición de competencias. El equipo docente se enriquece de las diferentes experiencias y permite delegar responsabilidades formativas en el grupo. El camino hacia el portafolio está abierto.

Sesión Aula Docente – Investigación Docente

Viernes, 17 de noviembre · 12.00-14.30h

Sala I (Salas Joaquín Rodrigo)

FORMACIÓN DE RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMILIA

F Gil Latorre, F Ribera Casares y C. Fernández Casalderrey,
F. Tomás Aguirre, F. Segura Martín

Grupo de Trabajo de Calidad. UD de MFyC. Valencia. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: gil_fra@gva.es

Objetivos: Determinar las características del tutor en la formación de residentes de medicina de familia (MF) por los tutores de MF

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* 28 centros de salud docentes (CSD). *Sujetos:* 82 tutores de MF. *Mediciones e intervenciones:* Cuestionario elaborado por miembros de la comisión de calidad de la unidad docente, mediante técnica de brainstorming, se elaboró un listado de características asistenciales y organización de trabajo del tutor y residente, tanto asistencial como no asistencial y su dedicación a ambas: Características del tutor, formación de residentes. Las preguntas se formularon cerradas, con un ítem abierto. Recogían motivos por lo que habían contestado la respuesta donde lo requería, con preguntas abiertas.

Resultados: Respuestas 65,96% Edad media tutores 45 años, número de años como tutor 6,8 años, horario mañana y tarde (mayoritariamente mañanas) 81,70%. Media visitas/día 43,27. El 38,3% dedican el 80% al trabajo asistencial y el 58,3% entre el 50 y el 80%. En cuanto a la organización de la consulta diaria un poco mas de la mitad comparten la misma consulta y pasan visita diferentes días, 3 días el tutor 2 días el residente (26%) y pasan visita medio día cada uno (26%), los motivos mas frecuentes son, de espacio y aprovechar mejor el tiempo para actividades no asistenciales.

Conclusiones: Predomina el trabajo asistencial en CSD y el poco tiempo que coincide el tutor con el residente

SITUACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUA Y LA INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA

R. de Dios Del Valle y A. Fierro Campayo

Gerencia del Área Sanitaria I de Asturias. Jarrio-coaña. Asturias.

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

Objetivos: Conocer la evolución durante cuatro años de la formación continua en un área sanitaria

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Área Sanitaria. *Sujetos:* Profesionales de Atención Primaria. *Mediciones e intervenciones:* Encuesta nominal del 2002 al 2005. *Variables:* cursos, institución docente, duración, presencial/a distancia, publicaciones, comunicaciones, premios científicos, ponencias, deseo de investigar

Resultados: 152 encuestas. La media de horas realizadas fue: en 2002 de 105.39 (DE:133.64), en 2003 85 horas (DE:135.84), en 2004 130.98 (DE:209.22) y en 2005 184.31 (DE: 347.33). El 67,5% (IC95%: 66,3-68,6) de la formación fue a distancia en el 2005. La formación dependiente de farmaindustria paso del 40,5% en el 2002 al 23,6% en el 2005. El número de profesionales en actividades científicas paso de 27 en 2002, a 37 en 2005. 18,2% de los profesionales querían investigar en el 2002, el 17,1% en el 2003, el 20,8% en el 2004 y el 25% en el 2005.

Conclusiones: La realización de la formación a nivel central provocó una disminución del número de horas docentes realizadas por los profesionales. La Gerencia establece medidas encaminadas a mantener la actividad docente en el área (tutorización y acuerdos con sociedades) recuperando la situación a los dos años. El incremento de oferta formativa provoca una disminución del peso de farmaindustria. Las actividades de investigación han crecido en el área de forma global en un 31,7% del 2002 al 2005. En nuestra área cobra importancia la formación a distancia, y los programas formativos de tutorización como el "Experto consultor" son de gran interés.

ENTRADAS Y SALIDAS EN LA FORMACIÓN MIR EN MFYC: POR LA MEJORA DE LA ESTRUCTURA DOCENTE

J. Zarco Montejo, M. Sánchez-Celaya Del Pozo, R. Fragua Gil,
M. Manso Rodríguez, A. de la Vega Olmeda e I. García-Heras Carretero
UD de MFyC del Área 1. Madrid.
Correo electrónico: mscelaya@gmail.com

Objetivos: Describir diferentes aspectos de la evaluación de la estructura docente, realizada por médicos residentes de seis promociones de una Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Observacional descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. *Sujetos:* 141 residentes que finalizan el período de formación. **Mediciones e intervenciones:** Cuestionario autoadministrado que incluye diferentes campos en relación al tutor, proceso de aprendizaje y estructuras docentes.

Frecuencias para variables cualitativas. Media y DE para cuantitativas. **Resultados:** La valoración del tutor de medicina de familia es muy positiva, en perfil asistencial y docente y menos el investigador. Evaluación global media 8,22 (DE1.7). El 95% considera los centros de salud como estructura docente adecuada. 50% considera el exceso de presión asistencial inadecuado (>40 pacientes/día). Escasa valoración de las actividades de atención familiar y comunitarias realizadas. El 60% considera el hospital de referencia inadecuado. Destaca la valoración positiva de las guardias como elemento formativo. El tutor hospitalario, la UD, el coordinador y la comisión asesora, son valorados positivamente. La evaluación global de la residencia es positiva, destacando la valoración excelente del R-3 (media 8,82, DE 1,1).

Conclusiones: 1) La evaluación de la estructura docente es un elemento fundamental en el proceso formativo del residente. 2) La valoración de los diferentes protagonistas docentes que intervienen en dicho proceso es muy positiva, identificándose determinadas áreas de mejora. 3) Destaca la valoración negativa del hospital de referencia como estructura docente. 4) Las guardias son reconocidas como un elemento formativo importante precisando de mayor supervisión. 5) La presión asistencial es una de los factores más negativos identificados durante la residencia.

EL MÉDICO INTERNO RESIDENTE, ESE GRAN DESCONOCIDO

C. López Riobos, H. Rodríguez Requena, M. Sánchez-Celaya Del Pozo
e I. Vázquez Burgos
EAP Rafael Alberti. UD Área 1. Madrid.
Correo electrónico: mscelaya@gmail.com

Objetivos: Determinar mediante un cuestionario, el grado de comprensión de los pacientes, de la información proporcionada por un folleto informativo sobre la figura del médico interno residente (MIR), en consultas de Atención Primaria.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Observacional transversal. *Ámbito de estudio:* Consultas docentes de un centro de salud urbano. *Sujetos:* Pacientes que acuden a consultas de médicos acreditados para la docencia seleccionados por muestreo sistemático. Se calcula un tamaño muestral de 100 usuarios para un nivel de confianza del 95%, precisión de 4 y con

una proporción de respuesta esperada del 95%. **Mediciones e intervenciones:** Variables demográficas, estudios, tiempo de pertenencia a la consulta, y grado de conocimiento de la figura del residente, mediante cuestionario autoadministrado de 11 preguntas; 8 cerradas (según escala Likert), una dicotómica y dos abiertas. El cuestionario se administra tras lectura de folleto informativo sobre la figura y actividades del MIR.

Resultados: Edad media 50,83 años (DE 18,63), 68% mujeres y 41% estudios primarios. El 96% entiende con claridad el folleto y el 100% opina que el residente está suficientemente preparado. Casi el 90% señala que el folleto es interesante y que más información mejora la relación en consulta. El 80% está de acuerdo con la atención recibida. El 40% de pacientes que no participan lo hacen por dificultad visual.

Conclusiones: Los pacientes consideran que el folleto informativo sobre el MIR es interesante y mejora su relación en consulta.

La mayoría comprenden con claridad la información, respondiendo adecuadamente al cuestionario planteado.

La capacidad visual limita su aplicación.

CONOCIMIENTO Y USO DE TÉCNICAS DE ENTREVISTA CLÍNICA POR LOS TUTORES

M. Pedregal González, E. Molina Fernández, M. Márquez Rodríguez,
A. Morón Contreras, J. Pardo Álvarez y F. Mora Moreno

Grupo de Trabajo de Comunicación y Salud de Huelva. UD de MFyC; CS
Docentes. Huelva. Andalucía.
Correo electrónico: mpedre@inicia.es

Objetivos: a) Conocer la formación en Entrevista Clínica (EC) de los tutores. b) Conocer la utilización de técnicas de EC. c) Determinar la proporción de tutores que han realizado algún proyecto de investigación en EC. d) Conocer cuantos utilizan las videograbaciones como instrumento docente.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Observacional descriptivo. *Ámbito de estudio:* Se envió a las Unidades Docentes provinciales de la autonomía por correo electrónico. *Sujetos:* Se recibieron 70 encuestas correctamente cumplimentadas. **Mediciones e intervenciones:** Se confeccionó un cuestionario ad hoc.

La encuesta se piloto entre miembros del grupo de Comunicación y Salud provincial construyéndose seguidamente el cuestionario definitivo.

Resultados: *Resultados principales:* La edad de los respondientes fue de 46,61 años (DT 4,65 años). El 72,1% fueron hombres. Los años como tutor fue de 9,54 (DT 5,41 años). El 92,9% tenía formación en EC. La forma más frecuente para lograrla fue un curso básico (81,4%). El 89,7% utilizaba habitualmente habilidades de EC. El 14,5% había realizado algún trabajo de investigación.

El 75,4% se había videograbado y el 73,5% de los residentes; sólo el 44,78% conocían el GATHA-res.

El 92,8% afirmaban que transmitían docencia en EC.

Ante la pregunta si habían perdido la ilusión por lo que hacían (consulta, tutorización), la mayoría (84,1%) opinaba negativamente.

Conclusiones: a) La mayoría de los tutores que contestaron a la encuesta tienen formación en EC y la utilizan habitualmente en la consulta. b) La realización de trabajos de investigación relacionados con EC es escasa. c) La mayoría utilizan las videograbaciones, aunque el conocimiento del GATHA-res es limitado.

OPINIONES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE LA UTILIZACIÓN DE VIDEOGRABACIONES DE CONSULTAS MÉDICAS

J. Parras Rejano y E. Gavilán Moral
UD de MFyC. Córdoba. Andalucía.
Correo electrónico: juanprj@superable.es

Objetivos: Conocer las opiniones sobre la utilización de videograbaciones de los asistentes a talleres realizados para capacitar en el uso de las mismas.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Observacional descriptivo. *Ámbito de estudio:* Unidades Docentes de MFyC. *Sujetos:* Profesionales sanitarios asistentes a tres talleres realizados para capacitar en el uso de videograbaciones digitales de consultas. **Mediciones e intervenciones:** Encuesta de opinión autoadministrada, realizada ad hoc. Análisis descriptivo y prueba chi cuadrado.

Resultados: La tasa de respuesta fue del 77% (37 encuestas de 48 asistentes). La edad media era de 45 años, siendo el 56% varones, un 84% acreditados como docentes en formación postgrado y un 95% con formación en entrevista clínica. El 59,5% se ha videograbado la consulta en alguna ocasión. El 94,6% considera que las videogramaciones son una buena herramienta. La falta de formación técnica (73,0%), de material (67,5%) y las dificultades técnicas (64,9%), son limitadores para su utilización. Los problemas bioéticos y legales no impiden su utilización al 89,2% y 86,5%, respectivamente. El 46,7% de los que nunca se han videograbado opina que "los pacientes cambian su actitud en consulta al saberse grabados", frente a ninguno de los que sí lo han hecho ($p<0,0001$). El 59,1% de los que se han videograbado alguna vez, opina que "los profesionales se muestran con naturalidad cuando se videograban", frente al 26,75% de los que no ($p=0,073$).

Conclusiones: El uso de las videogramaciones presenta un gran interés como herramienta docente. Se precisa una mayor dotación de medios técnicos y de capacitación en su manejo para una más amplia utilización de este recurso.

ACTITUDES ACERCA DE LA MEDICINA DE FAMILIA EN ESTUDIANTES DE SEGUNDO CURSO DE LA LICENCIATURA DE MEDICINA

F. Escobar Rabadán y J. López-Torres Hidalgo

CS Universitario Zona IV; Facultad de Medicina. Albacete. Castilla-La Mancha. Correo electrónico: fjescobar@sescam.jccm.es

Objetivos: Conocer las actitudes que presentan los estudiantes de medicina hacia la Medicina de Familia (MF), antes de cursar una asignatura de Atención Primaria.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Observacional, descriptivo, transversal. *Ámbito de estudio:* Facultad de Medicina. *Sujetos:* Se invitó a participar en el estudio a 81 estudiantes matriculados, de los que respondieron 44.

Mediciones e intervenciones: Se diseñó un cuestionario para conocer los conocimientos y actitudes de los estudiantes sobre la MF: 34 preguntas cerradas (escala Likert de 5 opciones), autoadministrable y anónimo.

Se citó a los alumnos para el día previo al comienzo de las clases.

Resultados: El 75% de los participantes eran mujeres, y el 72,7% tenía 19 años. Al 38,7% le agradaba la idea de trabajar como médico de familia, pero solo el 11,4% lo consideraba primera opción. Un 97,7% veía útil conocer los fundamentos de la MF aunque fueran a dedicarse a otra especialidad, y un 45,5% pensaba que debería ser asignatura transversal. Un 34,1% creía conocer bien el trabajo del médico de familia, y el 56,8% consideraba que el médico de familia es competente para la mayor parte de la atención que precisan los pacientes. Sin embargo, un 34,1% pensaba que la MF es poco estimulante. Sólo un 18,2% creía que la MF tuviera una elevada consideración en la Facultad, y la mayoría pensaban que está poco valorada socialmente (72,7%) y por el resto de la profesión (63,6%).

Conclusiones: Los estudiantes de medicina piensan que la MF está poco considerada tanto a nivel académico como social, y son minoría los que se decantan por esta opción laboral.

METODOLOGÍA PARA UNA INTERVENCIÓN DIRECTA EN ADOLESCENTES POR UNA SEXUALIDAD SALUDABLE

E. Artigues Barberà, M. Martínez Orduna, A. Plana Blanco,
D. Bañeres Codina, S. Sáez Cárdenas y C. Torres Penella

Aula de Salut; Universitat de Lleida; CAP Balafia-Pardinyes-Secà de Sant Pere. Lleida. Cataluña.

Correo electrónico: antoniplana@camfic.org

Objetivos: 1) Conocer la información en adolescentes sobre sexualidad, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual y mitos. 2) Analizar habilidades, creencias y medidas preventivas en actitudes sexuales. 3) Definir factores predisponentes, facilitadores y reforzantes. 4) Obtener diagnóstico en salud sexual-reproductiva.

Material y métodos: *Tipo de estudio:* Estudio observacional-descriptivo. *Ámbito de estudio:* Instituto de enseñanza secundaria. Curso 2005-2006.

Sujetos: Alumnos 3º ESO. **Mediciones e intervenciones:** Cuestionario estructurado para evaluar conocimientos, creencias, actitudes y conductas de los adolescentes para identificar factores y causas. Aplicación del modelo PRECEDE, obtención diagnóstica y propuesta de cambio en comportamiento.

Resultados: 39 cuestionarios; 51,28% chicas.

Conducta: Tener relaciones sexuales saludables (RSS).

Factores:

- *Predisponentes:* Lo que saben, creen, piensan, opinan.

— Positivos (a favor de RSS): Conocen preservativo y petting. Tienen adquirida información respecto Sida y prácticas de riesgo.

— Negativos (en contra de RSS): Muchos han tenido relaciones. No quiere ponerse el preservativo. Disminuye el placer. Desconocen infecciones de transmisión sexual.

- *Facilitadores:* Habilidades y recursos que inciden.

— Positivos: Se sienten capacitados en discusión, negociación, adquisición y uso correcto de preservativos. Pueden comprarlos. Pueden consultar a padres, profesores y profesionales.

— Negativos: Alcohol. Baja autoestima y falta habilidades sociales. Algunas infecciones no dan síntomas. Marcha atrás como método anticonceptivo

- *Reforzantes:* Consecuencias derivadas de conductas.

— Positivos: Relación sexual=placer sin riesgo. Relación=manifestación de amor.

— Negativos: Relación=Penetración. Relación=Enfermedad,... Diagnóstico: Alto riesgo de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual.

Conclusiones: El modelo PRECEDE nos es útil para el diagnóstico grupal del conocimiento de la información sobre RSS que tienen nuestros adolescentes, permitiéndonos analizar factores y descubrir habilidades, creencias y mitos, determinando medidas preventivas hacia conductas sexuales saludables.

Nos permite plantear en un futuro una intervención educativa directa.