

RESULTADOS INNOVADORES EN ATENCIÓN PRIMARIA

MESA 1

Los estudios PREDICT y REMEDIO

Moderador:

J.A. Bellón Saameño

Médico de Familia. Centro de Salud El Palo, Málaga. Doctor en Medicina. Profesor Asociado del Departamento de Medicina Preventiva en la Universidad de Málaga. Coordinador del Grupo de Investigación SAMSERAP, redIAPP.

Algoritmo de riesgo español para predecir el inicio de episodios de depresión mayor en atención primaria: el estudio PREDICT-España

Ponentes:

M.J. Gil de Gómez Barragán

Médico de Familia. Técnico de Salud de la Unidad Docente de MFyC de La Rioja.

M.A. Díaz Barreiros

Médico de Familia. Centro de Salud Vecindario, Las Palmas.

J.A. Bellón Saameño

Médico de Familia. Centro de Salud El Palo, Málaga. Doctor en Medicina. Profesor Asociado del Departamento de Medicina Preventiva en la Universidad de Málaga. Coordinador del Grupo de Investigación SAMSERAP, redIAPP.

Metodología general del estudio PREDICT-España

M.J. Gil de Gómez Barragán, C. Montón Franco, C. Vicens Caldentey, B. Oliván Blázquez, A. Vázquez Medrano y S. March

Introducción

En el año 2005 se aprobó el proyecto predictD-España como continuación y mejora de un estudio de ámbito europeo. Su objetivo principal es desarrollar y validar un inventario de riesgo multifactorial para predecir el inicio y mantenimiento de episodios de depresión en atención primaria. El estudio cuenta con el apoyo y financiación de la redIAPP, FIS, MEC, La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y de la Unión Europea, siendo aprobado por los diferentes comités de ética de cada una de las 7 provincias participantes.

Diseño

Estudio de cohorte prospectivo de tres años de seguimiento. Se está midiendo la depresión y sus posibles factores de riesgo en la línea base, a los 6, 12, 24 y 36 meses del comienzo del estudio.

Ámbito del estudio

Se está realizando en 6 comunidades autónomas y 7 provincias: Andalucía (Málaga y Granada), Aragón (Zaragoza), Baleares (Mallorca), Canarias (Tenerife), La Rioja y Madrid. Se desarrolla en 41 centros de salud: urbanos (28), rurales (12) y mixto (1), participando 231 médicos de familia.

Población y muestra

La población de referencia han sido las personas que solicitaron cita a las consultas de los médicos y centros participantes entre los meses de octubre de 2005 a febrero de 2006. Se consideraron como criterios de exclu-

sión: edad inferior a 18 años y superior a 75 años, personas que no acudían o lo hizo algún familiar o representante (consulta delegada), pacientes con una enfermedad orgánica o mental grave, con incapacidad para comunicarse en español, y aquellos que no residían habitualmente (menos de 9 meses al año) en la localidad del estudio. El cálculo del tamaño muestral se realizó utilizando el método propuesto por Obuchowski: para un área bajo la curva ROC de 0,80 y una precisión de 0,06, considerando un coeficiente de correlación intraclass de 0,05, con una media de 11 pacientes por médico de familia y suponiendo una incidencia de depresión mayor del 12% por año; el tamaño muestra necesario fue de 3.474 pacientes. Para la selección de la muestra se realizó un muestreo aleatorio sistemático, utilizando como fuente de información el listado diario de las citas de pacientes de cada médico.

Variables

La variable dependiente fueron los episodios depresivos según los criterios diagnósticos de la CIE10 y la clasificación DSM-IV. Para medirlo se está utilizando la sección de depresión de la versión 2.1 del cuestionario CIDI. Como variables independientes se eligieron aquellos factores de riesgo que, tras una revisión sistemática de la literatura, estaban asociados con el inicio y el mantenimiento de la depresión. En la medida de lo posible se han utilizado instrumentos validados, originales o adaptados, y en los casos necesarios se ha realizado la validación del instrumento en España.

Factores de riesgo individuales y del entorno

Variables sociodemográficas, insatisfacción en el trabajo remunerado y no remunerado (*job content instrument*), problemas financieros, salud física y psíquica (SF-12), abuso y dependencia alcohólica (AUDIT), trastornos de ansiedad generalizada, ataques de pánico y otros trastornos de ansiedad (PRIME-MD), uso recreativo de drogas (CIDI), depresión a lo largo de la vida (CIDI), problemas graves en personas cercanas, dificultades en mantener relaciones cercanas, calidad de las relaciones sexuales, antecedentes familiares de suicidio y patología psiquiátrica, naturaleza y fortaleza de las creencias espirituales, abusos físicos, psicológicos y sexuales en la infancia, tipo de hogar y composición, apoyo social de familia y amigos, problemas percibidos en el lugar donde se vive, eventos estresantes de la vida, experiencia de discriminación, número de visitas al centro de salud, y el consumo de cigarrillos.

Factores de riesgo genéticos

Se han obtenidos muestras de sangre y/o saliva para la obtención de test genéticos (5-HTTLPR, MAO-A, etc.).

Factores de riesgo del profesional, la organización y la interacción paciente-profesional-organización

Características del médico (edad, género, formación, tipo de contrato, etc.), tamaño del cupo, tiempo medio por paciente, y un cuestionario sobre satisfacción profesional, percepción de carga de trabajo y orientación psicosocial. Satisfacción y calidad de las relaciones con la enfermera, trabajadora social y equipo de salud mental, satisfacción y calidad de la colaboración en el manejo de los pacientes con problemas psicosociales con la enfermera, trabajadora social y equipo de salud mental. Características del centro de salud (urbano-rural, tamaño de la ZBS, ratios profesionales, etc.). Capacidad de detección de problemas psicosociales por el médico de familia, derivaciones a salud mental, trabajadora social o recursos comunitarios, uso de antidepresivos y su adecuación, uso de ansiolíticos y otros psicofármacos.

Recogida de la información y calidad de los datos

Encuesta mediante entrevista personal al inicio y en cada tiempo de seguimiento (6, 12, 24 y 36 meses) en las que se pasa el cuestionario CIDI y el cuestionario de factores de riesgo predictD. Actualmente está pen-

diente la entrevista de los 36 meses. En la evaluación inicial el médico informaba al paciente del estudio y si daba su consentimiento era entrevistado por una encuestadora formada y entrenada. Para asegurar la calidad de los datos, en cada provincia un investigador coordinador y entrenado supervisa el proceso. Asimismo, se realiza una doble entrada del 10% de los registros, aceptando como máximo un 1% de errores.

Análisis estadístico

Para obtener los modelos predictivos del inicio y mantenimiento de episodios depresivos, se están construyendo modelos de regresión logística multinivel de 3 niveles: paciente, médico y centro de salud, añadiendo un cuarto nivel (tiempo o momento de evaluación) al considerar las mediciones repetidas de los factores de riesgo en las sucesivas evaluaciones. Se están usando técnicas de imputación múltiple para los valores faltantes en los factores de riesgo candidatos a incluirse en los modelos predictivos. La validación interna se está evaluando con los cálculos de los índices-c de los modelos predictivos, ajustando el sobreoptimismo mediante técnicas de *shrinkage*. La bondad de ajuste de los modelos se está midiendo con la comparación de las probabilidades de riesgo estimadas por el modelo y las observadas, con agrupación por deciles; y se están midiendo los *effect sizes* mediante las distancias de Heges. Por último, la validación externa de nuestros modelos se está abordando aplicándolos a poblaciones diferentes de las que han sido derivados (UK, Holanda, Estonia, Eslovenia, Portugal y Chile).

Fiabilidad de los cuestionarios

Se ha comprobado la *fiabilidad test-retest* del cuestionario de factores de riesgo predictD en una muestra estratificada por provincias de 401 pacientes (251 heteroadministrados y 151 atoadministrados) a los que se les volvió a administrar los cuestionarios 2 semanas después. Los coeficientes de fiabilidad test-retest obtenidos han sido excelentes o buenos, excepto en el uso recreativo de drogas en los últimos 6 meses.

Tasa de respuesta y seguimiento

En la línea base, se abordó a 7.772 personas consultantes de atención primaria. Se excluyó inicialmente a 1.251 (16,1%). De los 6.521 pacientes elegibles, rechazaron participar en el estudio 1.084 (16,6%). Por tanto, 5.442 pacientes dieron su consentimiento informado para participar en el estudio y fueron entrevistados en la línea base, mientras que 3.804 (70%) y 3.517 (66%) fueron entrevistados a los 6 y 12 meses, respectivamente.

Diferencias interprovinciales en la prevalencia de ansiedad, depresión y problemas con el alcohol en atención primaria

M.A. Díaz Barreiros, M. Sánchez Celaya, F. Torres González,
M.T. Martínez-Cañavate, M.S. Sánchez Arteaga y M.M. Muñoz García

Introducción

La depresión ocurre entre el 10-14% de la población consultante de atención primaria, las recaídas son frecuentes, el deterioro de la calidad de vida es común, la incapacidad laboral habitual y la mortalidad está incrementada. Los trastornos de ansiedad también son muy prevalentes en atención primaria (5-20%), estando coligados a una importante comorbilidad física y psíquica. La depresión y la ansiedad se pueden presentar en atención primaria con síntomas psicológicos pero también somáticos, desencadenando una incrementada proporción de visitas al centro de salud. El abuso y dependencia del alcohol se asocia a una elevada mortalidad y comorbilidad, con una afectación importante del entorno familiar. Los costes sociales de estos tres problemas de salud son cuantiosos. Existen estudios realizados en diferentes provincias que pueden sugerir que existen diferencias de prevalencia de estas patologías; sin embargo, no hay constancia de estudios diseñados para comparar las prevalencias entre provincias aplicando metodologías comunes y compartidas y ajustando por los factores de confusión más comunes. *Nuestro objetivo* en este estudio fue comprobar si existen verdaderas diferencias interprovinciales en las prevalencias de depresión, ansiedad y problemas con el alcohol en atención primaria

Métodos

Se trata de un estudio transversal de prevalencia, anidado en el estudio prospectivo de cohortes predictD-España, cuyo momento del corte co-

respondió a línea base. El estudio se realizó en atención primaria en 7 provincias españolas: La Rioja (6 centros de salud), Zaragoza (6), Madrid (5), Mallorca (5), Granada (7), Málaga (9) y Las Palmas (3). Se reclutó a una cohorte de 5.442 pacientes seleccionados aleatoriamente desde las consultas de los centros de salud durante el tercer trimestre del año 2005, de edades comprendidas entre los 18 y los 75 años. Participaron 231 médicos de familia procedentes de 41 centros de salud. La depresión se midió con el *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI). Desarrollado por la OMS (1990), es una entrevista de diagnóstico estandarizada en su totalidad para la evaluación de trastornos mentales en concordancia con las definiciones y criterios diagnósticos del CIE-10 y DSM-IV. Permite ser aplicado en diversas culturas, está traducido a 16 idiomas y es ampliamente utilizado. La ansiedad se midió mediante el *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME MD), que permite diferenciar ansiedad (cualquier diagnóstico), trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y otros trastornos de ansiedad. Los problemas con el alcohol, abuso y dependencia fueron evaluados por el cuestionario AUDIT, que fue desarrollado por la OMS (1989). Las variables de confusión o modificadoras del efecto que se han medido para ajustar las tasas de prevalencia entre provincias fueron: edad, sexo, raza, estado civil, situación laboral, nivel educativo, salud física (SF-12) y la percepción de dificultades económicas. Se han realizado regresiones logísticas multinivel con tres niveles como componentes aleatorios: paciente, médico y centro de salud, usando como variables dependientes el diagnóstico (sí/no) de depresión, ansiedad o problemas con el alcohol. Como componente fijo de cada ecuación se incluyeron todas las variables de confusión o modificadoras del efecto, añadiendo además la variable provincia. De este modo se obtuvieron las *odds ratio* ajustadas para la comparación de las prevalencias entre provincias.

Resultados

La muestra de pacientes entrevistados en la línea base fue de 5.442, con una proporción de mujeres del 68%, 49 años de edad media (IC 95% = 48-50; dt = 16), el 98% de raza blanca, casados en el 65%, trabajadores activos en el 42% o ama de casa en el 22%. Alcanzaron estudios secundarios o superiores el 33%, y obtuvieron ingresos netos inferiores a 15.000 euros al año en el 44,3%. Los resultados fueron los siguientes:

Depresión mayor

La prevalencia global fue del 14%. Por provincias, la prevalencia fue: Granada 20,5%, Las Palmas 17,8%, Málaga 16,6%, Madrid 13,5%, Zaragoza 10,8%, Mallorca 10,5% y La Rioja 7,8%. Tomando como referencia Las Palmas, después del ajuste, se mantuvieron las diferencias interprovinciales en: Granada (OR = 1,49; IC_OR = 1,04-2,11) y Mallorca (OR = 0,64; IC_OR = 0,43-0,95).

Trastornos de ansiedad

La prevalencia global fue de 16,1%. La prevalencia por provincias fue: Las Palmas 24,4%, Málaga 22,4%, Mallorca 19,1%, Madrid 16,5%, Granada 14,8%, Zaragoza 8,9% y La Rioja 6,1%. Tomando como referencia Las Palmas y después del ajuste, se mantuvieron diferencias de prevalencia interprovinciales en: Granada (OR = 0,49; OR_IC = 0,35-0,69), Zaragoza (OR = 0,45; OR_IC = 0,31-0,65), Madrid (OR = 0,67; OR_IC = 0,48-0,93) y Logroño (OR = 0,30; OR_IC = 0,20-0,45).

Problemas con el alcohol

La prevalencia global fue del 5,9% (bebedores abusivos y bebedores dependientes). La prevalencia por provincias fue: Málaga 8,5%, Granada 6,3%, Las Palmas 6,2%, Madrid 6%, Zaragoza 5,6%, La Rioja 3,3% y Mallorca 3,2%. Tomando como referencia Las Palmas y después del ajuste, se mantuvieron diferencias de prevalencia interprovinciales en: Málaga (OR = 2,3; IC_OR = 1,37-3,86) y Mallorca (OR = 0,5; IC_OR = 0,26-0,95).

Conclusiones y discusión

Existen diferencias interprovinciales en la prevalencia de depresión mayor, trastornos de ansiedad y problemas con el alcohol en población consultante de atención primaria. Estas diferencias no se pueden justificar por los factores de confusión más comunes. El hecho de emplear instrumentos de medida estandarizados, validados y ampliamente reconocidos, así como compartir la misma metodología en las distintas provincias, garantizó a priori la comparación de las prevalencias entre provincias. El bajo porcentaje de rechazos a participar en el estudio y su distribución ho-

mogénea entre provincias también contribuyeron a la validez interna del estudio. La prevalencia más elevada de depresión mayor ocurrió en Granada y la más baja en Mallorca. La prevalencia más elevada de trastornos de ansiedad sucedió en Las Palmas y la más baja en La Rioja. La prevalencia más elevada de problemas con el alcohol se dio en Málaga y la más baja en Mallorca. Aunque con alguna excepción, en general se observa un gradiente de mayor prevalencia en las provincias del sur frente a las del norte. Desconocemos las razones de estas diferencias; sin embargo, se podrían plantear hipótesis basadas en los diferentes patrones culturales y sociales interprovinciales relacionados con los problemas de depresión, ansiedad y consumo de alcohol. Otra posibilidad sería atribuir las diferencias a factores organizacionales, aunque el acceso y provisión de servicios entre las provincias son bastante parecidos.

Desarrollo y validación de un índice de riesgo para predecir el inicio de episodios de depresión mayor en Atención Primaria

J.A. Bellón Saameño, J. de Dios Luna, B. Moreno Küstner, E. Motrico Martínez, M. King, S. Saldivia y el grupo predictD

Introducción

Se han descrito numerosos factores de riesgo relacionados con el inicio de episodios depresivos. El estudio de estos factores se ve limitado porque es difícil separar los factores del inicio de los del mantenimiento y algunos de ellos incluso interactúan entre sí, pudiendo ser causa y consecuencia de depresión; además, puesto que son muchos, es difícil encontrar investigaciones que incluyan el estudio conjunto de la mayoría de ellos. Consecuentemente, el desarrollo de la prevención primaria de la depresión está impedido, entre otras cosas, por carecer de herramientas que consideren el riesgo global de padecer episodios de depresión en el futuro. Los índices de riesgo están muy desarrollados en el campo de las enfermedades cardiovasculares y su empleo es habitual en las consultas de atención primaria. No obstante, hasta ahora, nadie ha desarrollado índices de riesgo globales para predecir episodios de depresión mayor en atención primaria. Este fue nuestro reto y objetivo principal.

Metodología

La metodología general del estudio predictD se ha descrito en la primera ponencia. En síntesis diremos que se trata de un estudio prospectivo de cohortes. En esta ponencia expondremos el desarrollo y validación del índice de riesgo predictD para el primer año de seguimiento. Por tanto, se incluyeron las evaluaciones de depresión (CIDI) en la línea base, a los 6 meses y al año de seguimiento. La predicción de la incidencia de depresión en el año de seguimiento se hizo con el conjunto de factores de riesgo medidos en la línea base. Para construir el modelo de predicción se usó la regresión logística multinivel (paciente, médico y centro de salud). Se hizo una ponderación por el inverso de la probabilidad de permanecer en el estudio (*inverse probability weighting*) para controlar el efecto de las pérdidas durante el seguimiento. También se hicieron imputaciones múltiples (MICE) de los factores de riesgo con valores faltantes, volviendo a rehacer los modelos sin el uso de las imputaciones como análisis de sensibilidad. Para la validación externa del índice de riesgo obtenido, éste se aplicó en poblaciones de otros países: UK (N = 1.131), Eslovenia (N = 1.048), Portugal (N = 1.085), Holanda (N = 1.077), Estonia (N = 923) y Chile (2.133).

Resultados

De los 5.442 pacientes, pertenecientes a las 7 provincias y 231 centros de salud, que fueron evaluados en la línea base, 740 tenían depresión mayor, por lo que fueron descartados para la construcción del índice de riesgo; otros 140 se descartaron por tener valores faltantes en los cuestionarios de depresión (CIDI). Luego, 4.561 personas fueron la población a riesgo de desarrollar depresión mayor durante el año de seguimiento. La incidencia anual de depresión fue del 11,3%. El modelo predictivo resultante incluyó 14 variables, 8 marcadores y 6 factores de riesgo. Entre los marcadores relacionados con la mayor incidencia de depresión: provincia, edad, sexo (mujer), interacción edad*sexo, menor nivel educativo, haber padecido depresión a lo largo de la vida, estar pagando hipoteca y haber sufrido abusos físicos en la infancia. Entre los factores de riesgo: insatisfacción con el trabajo no remunerado, peor percepción de salud física (SF-12), peor percepción de salud mental (SF-12), insatisfacción con la conviven-

cia en el hogar, problemas graves en personas cercanas, y estar tomando medicación para la ansiedad-estrés o depresión. Los coeficientes del modelo prácticamente no se modificaron con o sin imputaciones múltiples en los factores de riesgo. El modelo final obtuvo un índice-C (AUROC) de 0,82 (IC 95% = 0,79-0,84), la distancia de Hedge fue de 1,36 (IC 95% = 1,22-1,50) y el *shrinkage* de 0,83. Las probabilidades de riesgo de depresión (agrupadas en deciles) que predecía el modelo y las observadas fueron muy similares. Aplicando este modelo en las otras poblaciones, aun sin considerar la variable provincia y aplicando las correcciones por *shrinkage*, se obtuvieron los siguientes índices-C: UK 0,74, Eslovenia 0,81, Estonia 0,74, Holanda 0,84, Portugal 0,71, todos estos países europeos en conjunto 0,77, y Chile 0,71.

Conclusiones

El índice de riesgo predictD obtuvo una excelente validez interna, similar o incluso mejor a los índices de riesgo cardiovasculares, y alcanzó también una buena validez externa. Ha quedado demostrado que el inicio de nuevos episodios de enfermedades mentales, y en concreto de depresión mayor, puede predecirse un año antes de que ocurra. Esta herramienta clínica de predicción requiere unos 3-4 minutos para su cumplimentación, e incluso puede ser autocumplimentada por los pacientes. Por consiguiente, su uso en la consulta del médico de familia parece factible. El índice de riesgo predictD abre las puertas a la prevención primaria de la depresión en atención primaria. Nuestros hallazgos permitirán realizar ensayos sobre intervenciones de prevención primaria de la depresión mayor en atención primaria con una nueva estrategia. Ensayos que consideren el conjunto de los factores de riesgo y el nivel de riesgo global de padecer depresión mayor.

Respuesta emocional de los médicos de familia en los encuentros difíciles: el estudio REMEDIO

Ponentes:

J.A. Bellón Saameño

Médico de Familia. Centro de Salud El Palo, Málaga. Doctor en Medicina. Profesor asociado del Departamento de Medicina Preventiva en la Universidad de Málaga. Coordinador del Grupo de Investigación SAMSERAP, redIAPP.

A. Rodríguez Bayón

Médico de Familia. Centro de Salud de San José, Linares (Jaén). Doctora en Medicina. Miembro del Grupo de Investigación SAMSERAP, redIAPP.

M.I. Ballesta Rodríguez

Médico de Familia. Centro de Salud Federico del Castillo, Linares (Jaén). Miembro del Grupo de Investigación SAMSERAP, redIAPP.

Metodología general del estudio REMEDIO

J.A. Bellón Saameño, M.I. Ballesta Rodríguez, J. de Dios Luna, A. Rodríguez Bayón, V.M. Ruiz García y F. Torres González

Introducción

Aproximadamente el 15% de los encuentros médico-paciente son valorados por los médicos de familia (MF) como "encuentros difíciles" (ED). Estos se han relacionado con peores resultados de salud y de calidad de la atención, así como con el aumento de la insatisfacción (del paciente y del profesional), los errores clínicos y los litigios. El estudio de los ED ha evolucionado desde aquellos enfoques simplificados sobre el paciente (paciente difíciles) o el MF (médicos difíciles) hacia otro centrado en la interacción médico-paciente que incluye además los factores del entorno. La mayoría de los estudios sólo incluye la perspectiva del MF en el ED, obviando la del paciente. La respuesta emocional de los MF en los ED permanece aún poco investigada, limitándose a estudios en *blanco-negro* (encuentro frustrante o desesperante): ¿qué tipo de emociones y pensamientos se involucran en los ED?, ¿cuál es el arco iris emocional en los ED?

Objetivos

Los objetivos del estudio REMEDIO fueron tres: 1) medir la cualidad e intensidad de la respuesta emocional de los MF en los ED; 2) conocer el grado de dificultad emocional del paciente en el ED, y 3) analizar los fac-

tores del paciente, médico y del entorno-organización asociados con la respuesta emocional de médicos y pacientes en los ED.

Diseño

Se trata de un estudio prospectivo, que tomó como unidad de estudio los encuentros médico-paciente, en el que se anidó un estudio transversal. Previamente, por medio de un estudio cualitativo de grupos focales, se construyeron sendos cuestionarios de pensamientos y emociones de los médicos de familia en los ED.

Emplazamiento

El estudio se ha realizado en 8 centros de salud de Jaén y Málaga.

Muestra de encuentros médico-paciente y seguimiento

Se seleccionó, de forma no aleatoria, a 45 médicos de familia entre los 105 pertenecientes a los 8 centros de salud participantes, los cuales accedieron a colaborar en el estudio, resultando por tanto una media de 5,6 médicos por centro de salud. Cada médico incluido en el estudio puntuó su malestar emocional en todos sus encuentros médico-paciente durante al menos una semana de trabajo (5 días de consulta), aunque la media del seguimiento se situó en 2 semanas (9,6 días de consulta) y el máximo en 4,6 semanas (23 días de consulta). Este seguimiento tuvo lugar para 25 médicos, entre febrero y junio de 2005, mientras que para los otros 20 se realizó entre febrero y junio de 2006. Al final, los 45 médicos de familia evaluaron su malestar emocional en 11.684 encuentros médico-paciente, en los que intervinieron 9.379 pacientes diferentes.

Malestar emocional del médico

Inmediatamente después de cada encuentro médico-paciente, cada médico puntuó su malestar emocional en una escala Lickert de 7 puntos, desde 0 (ningún malestar) a 6 (malestar extremo).

Muestra de encuentros difíciles

Se consideró que un encuentro médico-paciente era difícil para el médico cuando este puntuó 4 (malestar intenso), 5 (malestar muy intenso) o 6 (malestar extremo). Cada día en el que los médicos valoraban sus encuentros médico-paciente, al terminar la consulta los ayudantes de investigación seleccionaban un encuentro difícil entre los de mayor puntuación. Si eran varios los candidatos se hacía una selección aleatoria mediante sobres opacos. Inmediatamente después de acabar la consulta, el médico cumplimentaba los cuestionarios de emociones y pensamientos relacionados con el encuentro médico-paciente seleccionado. Una vez hecho esto, los ayudantes de investigación intentaban concertar una cita con el paciente implicado en cada ED seleccionado. Si después de una semana no se conseguía la cita, se consideraba al paciente como perdido.

Variables independientes

1. Las variables de los pacientes implicados en los ED se obtuvieron de dos fuentes:

– De las historias clínicas informatizadas (DIRAYA): número de visitas con el MF y la enfermera en el último año, enfermedades crónicas (CIAP)¹, problema de salud presentado en el encuentro médico-paciente seleccionado (CIAP), incluyendo también los siguientes motivos de consulta: a) repetición de recetas; b) obtención de partes de confirmación; c) otros certificados; d) petición de pruebas complementarias por parte del paciente; e) petición de derivación al especialista; f) dar resultados de pruebas por parte del médico de familia, y g) visita por seguimiento clínico. Estos últimos motivos de consulta fueron agrupados: motivos burocráticos (a + b + c), pedir pruebas o ser derivado al especialista (d + e), y visitas clínicas por iniciativa del médico de familia (f + g).

– De los cuestionarios administrados a los pacientes después del encuentro médico-paciente: variables socio-demográficas², clase social³, dificultades económicas, número de convivientes en el hogar, calidad de vida, incapacidad de larga duración y satisfacción con la convivencia en el hogar. También se administraron los cuestionarios: salud física y mental percibida (SF-12)⁴, malestar psicológico (ansiedad y depresión)⁵, apoyo social de familia y amigos⁶, y eventos estresantes de la vida⁷. Los aspectos de comunicación fueron obtenidos a partir de la *Eurocommunication Scale*⁸⁻⁹. Se emplearon 4 ítems para explorar las expectativas de los pacientes, así como su grado de cumplimiento después del encuentro médico-paciente. Se usaron 4 ítems más para medir aspectos de la accesibilidad al encuentro médico-paciente. Los motivos de consulta del ED, además de recogerlos de la historia clínica, también se preguntaron a los pacientes.

2. Las variables de los médicos han sido recogidas mediante un cuestionario que autocumplimentaron en la línea base del seguimiento. Además de la edad y el sexo se midió la personalidad del médico¹⁰ y el *burnout*¹¹. Al igual que los pacientes, los médicos también cumplimentaron algunos cuestionarios psicosociales⁵⁻⁷.

3. Las variables de la organización que se estudiaron se recogieron de los listados informáticos de citas de pacientes: el día de la semana del encuentro médico-paciente, la hora, el número de orden, el turno (mañana-tarde), el número total de citas que cada médico tenía cada día, la media del número total de citas que cada médico tuvo durante el seguimiento, el centro de salud y la ciudad (Málaga o Jaén).

Análisis estadístico

Se realizaron regresiones de binomial negativa con las escalas de dificultad emocional, pensamientos y emociones como variables dependientes. Se usaron estimaciones robustas de los errores estándar de los coeficientes ajustando por la variabilidad del cluster del médico. Las variables que en las regresiones bivariantes alcanzaron una $p < 0,30$ se incluyeron en los modelos multivariantes. Todos los análisis se realizaron con STATA-10¹².

Bibliografía

1. ICP-2. International Classification of Primary Care. Prepared by the Classification Committee of WONCA. Oxford: Oxford University Press; 1998.
2. Instituto Nacional de Estadística. Censo Poblacional. Madrid; 1991.
3. Alonso J, Pérez P, Sáez M, Murillo C. Validez de la ocupación como indicador de la clase social, según la clasificación del 'British Registrar General'. *Gac Sanit*. 1997;11:205-13.
4. Gadek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Cross-Validation of item selection and scoring for the SF-12 Health survey in nine countries: Results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol*. 1998;11:1171-8.
5. Montón C, Pérez MJ, Campos R, García Campayo J, Lobo A. Escalas de Ansiedad y Depresión de Goldberg: una eficiente guía de entrevista para detectar malestar psicológico. *Aten Primaria*. 1993;12:345-9.
6. Blaxter M: Health and Lifestyles. Routledge, London; 1990.
7. Brugha T, Begginton P, Tennant C, Hurry J. The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychol Med*. 1985;15:189-1.
8. Van den Brink-Muinen A, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, et al. Doctor-patient communication in different European health care systems: Relevance and performance from the patients' perspective. *Patient Education and Counseling*; 2000. p. 115-27.
9. Valori R, Woloshynowych M, Bellenger N, Aluvihare V, Salmon P. The patient requests form: a way of measuring what patients want from their general practitioner. *J Psychosom Res*. 1996;40:87-94.
10. Sánchez Turet M. Cuestionario de Personalidad EPI, Manual. (7ª edición), TEA Ediciones SA, Madrid; 1994.
11. Seisdedos N. Maslach Burnout Inventory, Manual. TEA Ediciones SA, Madrid; 1997.
12. STATA Corporation. Stata Statistical Software. College Station, Texas, USA. Stata Press Publication; 2007.

Factores del profesional y la organización asociados al malestar emocional en los encuentros médico-paciente

A. Rodríguez Bayón, J.A. Bellón Saameño, M.I. Ballesta Rodríguez, J. de Dios Luna, V.M. Ruiz García y F. Torres González

Cuando se han estudiado los factores asociados a los encuentros difíciles (ED), sin duda los menos estudiados han sido los factores del propio profesional y su organización. Con este objetivo se estudiaron los 11.684 encuentros médico-paciente, pertenecientes a 9.379 pacientes diferentes y valorados en cuanto a su dificultad emocional por los 45 médicos de los 8 centros de salud.

En el 61% de los encuentros, los pacientes fueron mujeres y en el 66%, los médicos fueron varones. En el 42% de los encuentros el médico tenía entre 44 y 48 años. Sólo el 21% de los encuentros se realizó por la tarde. La hora preponderante los encuentros fue entre las 9:00 y las 12:00. Los médicos tuvieron una media de 40 encuentros diarios y valoraron su malestar emocional en una media del 87% de todos los encuentros de cada día. El 68% de los encuentros se hicieron en Jaén y el resto en Málaga. El 30,8% de los de los encuentros se puntuaron como cero ("ningún malestar emocional") y el 13,3% como malestar emocional grande, muy grande o extremo (ED), este último fue además superior para pacientes mujeres (14,5%) que para varones (11,5%). La proporción más alta de ED se produjo cuando médico y paciente fueron mujeres (16,5%), y la

más baja cuando ambos fueron varones (11,0%), mientras que los cruces de géneros obtuvieron cifras intermedias: 12,6% para médico mujer y paciente varón y 13,4% para médico varón y paciente mujer.

Se realizaron regresiones binomiales negativas tomando como variable dependiente la escala de percepción de malestar emocional en los encuentros médico-paciente (*count variable*, Lickert de 7 puntos). Se encontró interacción entre el sexo del paciente y otras variables independientes: con la edad del paciente ($b = 0,0009732$; $Z = 2,03$; $p = 0,042$), la sociabilidad del médico ($b = -0,027664$; $Z = -2,94$; $p = 0,003$), la ansiedad del médico ($b = ,320282$; $Z = 2,55$; $p = 0,011$) y el apoyo social del médico ($b = -0,0479984$; $Z = -2,35$; $p = 0,019$). Por ello, se decidió hacer los análisis de regresión separados para pacientes mujeres ($N = 6,265$) y varones ($N = 3,945$).

Entre los resultados de los análisis multivariantes destacamos los siguientes: la mayor edad del paciente se relacionó con mayor percepción de ED del MF, tanto en pacientes mujeres ($Z = 6,60$, $p < 0,001$) como en varones ($Z = 3,89$, $p < 0,001$). En cuanto a las variables de la organización, la hora del encuentro sólo fue significativa en el tramo de las 19:00 a las 20:30 respecto a la mayor percepción de ED ($Z = 2,29$, $p = 0,022$), pero sólo en pacientes mujeres, al igual que los jueves y viernes, que tuvieron menor percepción de ED ($Z = -2,86$, $p = 0,004$; $Z = -2,53$, $p = 0,012$). Los encuentros médico-paciente del centro de salud "Delicias" se relacionaron con menor percepción de ED en ambos sexos del paciente ($Z = -2,98$, $p = 0,003$; $Z = -2,31$, $p = 0,021$).

Se asoció a una menor percepción de ED ser médico varón cuando los pacientes eran varones ($Z = -2,68$, $p = 0,007$), mientras que fue al contrario cuando los pacientes eran mujeres y los médicos mujeres ($Z = 3,15$, $p = 0,002$). El resto de las variables del médico que fueron significativas lo hicieron sin diferencias entre pacientes varones y mujeres. Se asoció a una mayor percepción de ED tener el médico mayor edad (para médicos > 50 años en pacientes mujeres [$Z = 3,14$, $p = 0,002$] y en pacientes varones [$Z = 3,61$, $p < 0,001$]), mayor puntuación en neuroticismo ($Z = 2,89$, $p = 0,004$; $Z = 2,28$, $p = 0,023$), desgaste emocional ($Z = 2,53$, $p = 0,011$; $Z = 2,11$, $p = 0,035$), despersonalización ($Z = 4,35$, $p < 0,001$; $Z = 2,91$, $p = 0,004$) y ansiedad ($Z = 2,20$, $p = 0,028$; $Z = 2,64$, $p = 0,008$).

Se trata de un estudio prospectivo con una muestra grande de encuentros médico-pacientes donde durante varias semanas los MF valoraron su malestar emocional inmediatamente después de cada encuentro. Las variables independientes fueron recogidas en la línea base del seguimiento y la dirección temporal de las variables independientes hacia la variable dependiente puede ser asumida para la mayoría de ellas. No obstante, se debe ser cauto a la hora de garantizar sin reparos esta afirmación. Sabemos que el neuroticismo, la ansiedad, el desgaste emocional y la despersonalización del médico estaban presentes antes de que ocurrieran los encuentros médico paciente, pero no podemos descartar relaciones bidireccionales. Por ejemplo, el *burnout* favorecería el valorar emocionalmente peor los encuentros médico-paciente, pero también los ED podrían contribuir a desencadenar o empeorar el *burnout*. También es posible que las variables sobre las que hemos encontrado asociación estadística ejerzan su influencia de forma indirecta. Una hipótesis podría contemplar que el neuroticismo, la ansiedad y el *burnout* del médico fueran factores predisponentes que ejercieran su influencia a través de otras variables, como las dificultades por parte del médico de aplicar habilidades de comunicación eficientes.

Creemos que es una ventaja valorar el malestar emocional del MF en los encuentros médico-paciente de forma sencilla, con una sola pregunta y en un continuo desde el no malestar al malestar. Esto facilitaría además la comparación de los estudios. Precisamente el empleo de diferentes formas de medirlo hace que sea difícil conocer su prevalencia en diversas partes del mundo.

La muestra no es aleatoria ni proporcional y está sesgada hacia los centros de salud docentes, ya que sólo 2 de los 8 centros no estaban acreditados para la docencia. Es presumible que aquellos médicos dispuestos a participar también tuvieran un mayor interés en la relación médico-paciente frente a los que no lo hicieron. Estos argumentos no cuestionan la validez interna del estudio, pero hace que sus resultados deban ser interpretados y aplicados al perfil de la población descrita.

En este estudio ha sido importante controlar por la edad y sexo del paciente, no sólo porque ambas variables fueran significativas, sino por las interacciones entre ellas y entre el sexo del paciente y otras variables del profesional y la organización. Esto debería tenerse en cuenta en futuros estudios. También se debe destacar la importancia del género de ambos, paciente y médico, en la percepción de ED por parte de este último.

En la última hora de la tarde se percibió mayor número de ED; esto cabe dentro de lo esperado, al igual que el jueves y el viernes sean días con menor percepción de ED; más difícil sería explicar por qué sólo fueron significativos para pacientes mujeres. Sin embargo, el número de visitas que el MF tiene diariamente no se correlacionó con la percepción de ED. Aunque pueda sorprender, este último hallazgo también se ha encontrado en diferentes estudios. Se podría pensar que para los últimos números de la consulta también empeoraría la percepción de ED, quizás por agotamiento del MF, pero no hubo diferencias significativas. Tampoco el turno de tarde fue significativo; no obstante, esto hay que interpretarlo sabiendo que la mayoría de los médicos sólo tenía una tarde a la semana. En cuanto a las variables del médico de personalidad, *burnout* y psicopatología, los resultados se movieron en la dirección esperada. Entre los aspectos prácticos señalaremos que los resultados de este estudio hablan a favor de que para mejorar el malestar emocional de los médicos en los ED deberíamos diseñar intervenciones que mejoren los factores psicopatológicos de los médicos, y esto parece más importante que centrarse en los factores organizativos.

Los encuentros difíciles desde la visión de los pacientes y sus factores asociados

M.I. Ballesta Rodríguez, J.A. Bellón Saameño, A. Rodríguez Bayón, J. de Dios Luna, V.M. Ruiz García y F. Torres González

Sin duda, el aspecto menos estudiado en el conocimiento de los encuentros difíciles (ED) es "la perspectiva del paciente del ED". Por ello, en este estudio se abordaron dos objetivos: 1) conocer la valoración del paciente del grado de dificultad emocional del ED y 2) analizar los factores asociados a esta respuesta.

Se partió de los 11.684 encuentros médico-paciente que fueron valorados por los 45 médicos de familia (MF) en cuanto a su grado de dificultad emocional. Entre los 1.544 (13,3%) ED que fueron valorados como tales, se seleccionaron 432 en los que estaban involucrados 432 pacientes y 45 médicos. La forma de seleccionarlos ha sido descrita en la primera ponencia sobre la metodología general del estudio. Entre los 432 seleccionados, hubo 11 ED en los que sus médicos cumplimentaron sus respectivos cuestionarios de emociones y pensamientos de forma no válida, por lo que se descartaron. Por tanto, se intentó reclutar a 421 pacientes para las entrevistas, consiguiéndolo en el plazo de una semana o menos en 336 (80%) pertenecientes a 44 médicos. Entre los 85 pacientes que no se llegaron a entrevistar, 41 (48,2%) rechazaron hacerlo, 17 (20,0%) no fueron localizados, 9 (10,6%) no acudieron a 3 convocatorias de citas, 4 (4,7%) no tenían teléfono, 5 (5,9%) lo hicieron por otros motivos y en 9 (10,6%) el motivo fue desconocido.

Sobre los 336 encuentros percibidos como difíciles por los médicos, los pacientes puntuaron como cero (ninguna dificultad emocional) casi en el 50% (48,5%), y aplicando el mismo criterio de encuentro difícil que para los médicos, sólo lo percibieron como tal el 7,8%. Los pacientes fueron mayoritariamente mujeres de mediana edad, casadas, con un nivel de estudios bajo, que trabajaba en el hogar o eran jubilados, y pertenecían a las clases sociales de trabajadores cualificados o no cualificados. Un 32,8% percibieron dificultades económicas. En cuanto a la morbilidad de los pacientes y sus características psicosociales, un 76,2% presentaron algún tipo de minusvalía o dolencia de larga evolución, con un número promedio de problemas crónicos de 4,5, una percepción de salud mala del 72%, con calidad de vida general mala, e insatisfechos con la convivencia en el hogar en un 32%, y con una alta tasa de visitas al médico (13,2/año). Es de resaltar que el 72,3% de los pacientes dieron positivo en el test para depresión y el 67,9% para ansiedad. El 58% sufrió al menos un acontecimiento vital estresante en los últimos 6 meses y refirieron un déficit de apoyo familiar y de amigos en el 26,8%. Analizando los motivos de consulta del ED, llama la atención la diferencia entre el 23,5% con mas de 1 motivo de consulta según los médicos y el 47% según los pacientes; el 5,1% de problemas psicosociales según los médicos y casi el doble (9,8%) cuando le preguntamos al paciente. En el resto de los motivos de consulta existe mayor acuerdo entre ambos. La percepción del paciente de la comunicación con el médico en el ED alcanzó niveles medios altos en apoyo emocional, información recibida y tener en cuenta su punto de vista. La valoración de los pacientes de la escala global de comunicación médico-paciente en el ED también obtuvo una puntuación media elevada (35,8 de 48). El cumplimiento de las expectativas del paciente en cuanto

a prescripciones, petición de pruebas, derivaciones y extensión de certificados también alcanzan unos niveles altos. En la valoración del paciente de los factores del entorno, destacó la dificultad para conseguir una cita en el 23,2%, el tiempo de estancia largo en la sala de espera (36%), la frecuencia de interrupciones en la consulta (18,4%) y la percepción de confortabilidad dentro de la consulta en un 90,2%.

Se realizaron las regresiones binomiales negativas tomando como variable dependiente el grado de dificultad emocional percibido por el paciente en el encuentro médico-paciente, previamente percibido como difícil por el médico. En este caso, en primer lugar se realizaron regresiones multivariantes por bloques de variables, para concluir en una regresión final donde se incluyeron todas las variables que en los análisis bivariantes obtuvieron una $p < 0,30$.

En el bloque de variables sociodemográficas del paciente, las que se asociaron significativamente a la mayor percepción ED por parte del paciente fueron la percepción de dificultades económicas ($Z = 2,50$, $p = 0,013$), la menor edad del paciente ($Z = -2,24$, $p = 0,023$) y ser viudo ($Z = 2,03$, $p = 0,043$). En el bloque de variables de salud y psicosociales del paciente, tuvieron menor número de enfermedades crónicas ($Z = -2,05$, $p = 0,041$), mejores puntuaciones en las escalas de salud física ($Z = 3,41$, $p = 0,001$) y mental ($Z = 4,83$, $p = < 0,001$), aunque percibieron peor calidad de vida ($Z = 3,83$, $p < 0,001$). Además, percibieron una peor convivencia en el hogar ($Z = 2,63$, $p = 0,08$), un menor apoyo social desde la familia y los amigos ($Z = -2,72$, $p = 0,007$) y también dieron con más frecuencia positivo en el test de ansiedad ($Z = 2,26$, $p = 0,024$). En cuanto al bloque de las variables del médico y la organización, las primeras citas de la consulta se asociaron a mayor percepción de ED por parte del paciente ($Z = -2,34$, $p = 0,019$) y no hubo diferencias significativas respecto al día de la entrevista con el paciente (el mismo día del ED y los sucesivos 6 días siguientes). En el bloque de motivos de consulta del ED, el motivo psicosocial (tanto el referido por el paciente como por el médico) se relacionó con mayor percepción ED del paciente ($Z = 1,93$, $p = 0,054$), mientras que la derivación ($Z = -2,18$, $p = 0,029$) y las recetas ($Z = -1,64$, $p = 0,102$) se relacionaron con menor percepción de ED. En el último bloque de aspectos comunicacionales, expectativas y factores externos, se encontró la asociación más fuerte con la peor comunicación ($Z = -7,48$, $p < 0,001$), y también hubo relación con las expectativas incumplidas respecto a la derivación al especialista esperada ($Z = 2,19$, $p = 0,029$) y las interrupciones dentro de la consulta ($Z = 1,90$, $p = 0,057$).

Tras el ajuste de la regresión global final, sin duda y de forma destacada, el factor más determinante de la mayor percepción de ED por el paciente fue la mala comunicación percibida en el encuentro con su médico ($Z = -10,30$, $p < 0,001$). Le siguieron una mejor salud física ($Z = 4,49$, $p < 0,001$) y psíquica ($Z = 4,39$, $p < 0,001$), pero con una mala percepción de calidad de vida ($Z = 3,24$, $p = 0,001$), la percepción de dificultades de la convivencia en el hogar ($Z = 2,65$, $p = 0,008$), padecer de ansiedad ($Z = 2,20$, $p = 0,028$), ($Z = , p =)$ y percibir dificultades económicas ($Z = 2,72$, $p = 0,006$). Ser derivado al especialista se asoció a menor percepción de ED ($Z = -2,34$, $p = 0,019$), así como estar separado ($Z = -2,32$, $p = 0,020$), tener menos problemas crónicos ($Z = -2,08$, $p = 0,038$) o pertenecer a determinados centros de salud ($Z = -2,12$ a $-2,96$, $p = 0,034$ a $0,003$).

Podemos concluir que sólo el 52% de los pacientes que participaron en los ED perciben algún tipo de malestar emocional respecto del encuentro. La percepción por parte del paciente de mala comunicación en el encuentro fue la variable que se asoció con más fuerza. En el perfil del paciente que percibe mayores ED destaca su mejor salud en general, pero con mayores niveles de ansiedad, dificultades de la convivencia en el hogar y dificultades económicas. Los MF sufren en un relativo silencio su malestar emocional en los ED, aunque posiblemente una de las consecuencias que no pueden disimular es el fallo en implementar habilidades de comunicación eficientes con los pacientes.

El arco iris emocional del médico de familia en los encuentros difíciles: emociones, pensamientos y sus factores asociados

J.A. Bellón Saameño, V.M. Ruiz García, M.I. Ballesta Rodríguez, A. Rodríguez Bayón, J. de Dios Luna y F. Torres González

La mayoría de los estudios sobre los encuentros difíciles (ED) se basa en la polaridad (encuentro frustrante sí/no) o en una gradación de respuesta basada en escalas ordinales (escala Lickert), lo que podríamos denomi-

nar estudios en “blanco-negro” o de “escalas de grises” de los ED. Sin embargo, la respuesta emocional del médico de familia (MF) tendría una amplia variabilidad de emociones y pensamientos; es decir, tendría muchos matices y texturas y, sobre todo, un mayor colorido, lo que denominamos el “arco iris emocional” de los ED. Nuestro marco teórico referencial se basó en la teoría de Ellis. En ella se propone que los acontecimientos activadores (el ED en nuestro caso), de una forma más o menos automática, se acompaña por una serie de pensamientos acerca de ellos, que a su vez desencadenarían las consecuencias emocionales. Por eso, los objetivos en esta parte del estudio REMEDIO se centraron en 1) conocer la diversidad de emociones y pensamientos de los MD en los ED y 2) analizar sus factores asociados.

Para abordar estos objetivos, en primer lugar se llevó a cabo un estudio cualitativo. Se hicieron dos grupos con 13 MF cada uno, uno en Málaga y otro en Jaén, cuyos componentes formaron parte de la muestra final de 45 MF que participaron en el estudio. En cada grupo se usó, en una primera fase, la técnica de la “tormenta de ideas”, seguida de una segunda fase de priorización en función de la frecuencia. De este modo se abordaron 2 preguntas en cada grupo: ¿qué emociones-sentimientos tengo en los ED de mi consulta? y ¿qué pensamientos tengo en los ED de mi consulta?

El estudio cualitativo sirvió de base para elaborar un cuestionario de emociones-sentimientos pensamientos en los ED. Se tuvieron en cuenta, además, algunas emociones y pensamientos descritos en la literatura, resultando al final un cuestionario de 53 emociones-sentimientos y 51 pensamientos.

A continuación se realizó el estudio cuantitativo de validación de los cuestionarios. Se eligió una opción de respuesta para cada ítem de 7 opciones tipo Lickert, donde el cero indicaba la ausencia de emoción o pensamiento y el 6 el mayor grado (muy grande-muy fuerte). A los 432 ED seleccionados, los médicos les aplicaron los dos cuestionarios inmediatamente después de acabar la consulta a demanda en la que tuvo lugar el ED. Se descontaron los 11 cuyos cuestionarios fueron cumplimentados de forma no válida o incompleta por los MD, por lo que la muestra final fue de 421. Con la muestra de 421 se realizaron los análisis de fiabilidad y validez factorial, mientras que con la muestra de 336 (ED en los que se consiguió entrevistar al paciente) se realizaron los estudios de validez de constructo (convergente-discriminante).

El análisis factorial obtuvo 6 subescalas de emociones: desconfianza e ira (11 ítems, $\alpha = 0,93$), impotencia (15 ítems, $\alpha = 0,93$), ansiedad (5 ítems, $\alpha = 0,88$), depresión (6 ítems, $\alpha = 0,84$), inseguridad (4 ítems, $\alpha = 0,83$) y emociones positivas (6 ítems, $\alpha = 0,83$). Se obtuvieron, además, 5 subescalas de pensamientos: pensamientos de fracaso y maltrato profesional (13 ítems, $\alpha = 0,95$), desesperación (14 ítems, $\alpha = 0,92$), bloqueo relacional (6 ítems, $\alpha = 0,82$), búsqueda de soluciones (4 ítems, $\alpha = 0,74$), y rechazo del paciente (5 ítems, $\alpha = 0,76$). Las correlaciones entre las diferentes escalas de emociones y pensamientos, entre sí y de forma cruzada, estuvieron en general por encima de 0,50, excepto las escalas de emociones positivas con el resto de escalas de emociones y pensamientos, que fueron mucho más bajas, con la excepción a su vez de las escalas de emociones positivas y los pensamientos de búsqueda de soluciones, que volvieron a ser altas.

Ajustando por el número de ítems de cada subescala, la prevalencia de emociones siguió el siguiente orden descendente: ansiedad, impotencia, desconfianza e ira, inseguridad y emociones positivas. Entre las subescalas de pensamientos en el mismo orden descendente: desesperación, bloqueo relacional, búsqueda de soluciones, fracaso y maltrato profesional y rechazo.

Realizamos regresiones binomiales negativas multivariantes tomando como variable dependiente cada subescala.

El mayor sentimiento de ansiedad del MF en el ED se asoció a pacientes divorciados y pensionistas, con menor número de enfermedades crónicas, el mayor desgaste emocional del médico y su mayor neuroticismo, algunos centros de salud en particular y pertenecer a Málaga, motivos de consulta ya conocidos por el médico, mientras que dar resultados de pruebas como motivo de consulta se asoció a menor ansiedad del MF en el ED; las dificultades del paciente en obtener la cita para el médico y mayor incomodidad en la sala de espera también se asociaron a mayor ansiedad.

El mayor sentimiento de impotencia del MF en el ED se asoció a mayor número de enfermedades crónicas en los pacientes en general y algunos problemas crónicos en particular (psicológicos, sociales, locomotor, neurológico y sangre), peor percepción de calidad de vida y mayor apoyo so-

cial; el turno de tarde, algunos centros de salud y mayor prevalencia de depresión en el médico, mientras que consultar por recetas se asoció a menor sentimiento de impotencia del MF en el ED.

Los mayores sentimientos de desconfianza e ira se asociaron a pacientes solteros, problemas de salud generales, y una peor percepción de calidad de vida, el turno de tarde, algunos centros de salud, pertenecer a Málaga, menor realización profesional y mayor prevalencia de depresión en el médico, dificultad del paciente para obtener la cita del médico y mayor incomodidad en la sala de espera.

El mayor sentimiento de inseguridad se asoció a pacientes con peor calidad de vida, mayor número de enfermedades crónicas y los viudos se asociaron con menor inseguridad del MF, algunos centros de salud, mayor prevalencia de depresión en el MF y mayor desgaste emocional, cuando hubo un único motivo de consulta y los motivos de consulta circulatorios se asociaron a menor inseguridad.

El mayor sentimiento de depresión del MF en los ED se asoció a pacientes con mayor número de enfermedades crónicas y menor depresión con pacientes viudos y pensionistas, algunos centros de salud, pertenecer a Málaga, mayor desgaste emocional y despersonalización del MF, motivos de consulta ya conocidos y pedir ser derivado al especialista, mientras que pedir partes de confirmación se asoció a menor sentimiento de depresión del MF en los ED.

Los mayores sentimientos positivos del MF en los ED se asociaron a pacientes con mayor prevalencia de depresión, mientras que los pacientes viudos y pensionistas se asociaron a menos sentimientos positivos, los martes y jueves y algunos centros de salud, médicos de mayor edad, mayor realización profesional y mayor apoyo social, y mayor puntuación en la escala de comunicación médico-paciente referente al apoyo del médico percibido por el paciente.

Podemos concluir que en este estudio se ha descrito un “arco iris emocional” de los MF en los ED. Su análisis pone de manifiesto una serie de factores relacionados de forma diferente y coherente con cada una de las subescalas. Estos factores se pueden agrupar en factores del paciente, del médico, de la organización, de la interfase médico-paciente, aspectos comunicacionales y factores del entorno. Destacamos también la frecuente ambivalencia emocional (mezcla de sentimientos positivos y negativos) y sus relaciones con las habilidades comunicacionales percibidas por los pacientes. Es posible que la introspección emocional de los MF pueda contribuir a la mejora de los ED.

MESA 2

Los estudios VACSATC, Burnout y RCP

Moderador:

Javier Gómez Marco

Médico de Familia. Centro de Salud Las Calesas, Área 11, Madrid. Coordinador del grupo Prevención de Enfermedades Infecciosas del PAPPs-semFYC.

El estudio VACSATC

Ponentes:

H. Heijbel

Coordinador VACSATC. Swedish Institute of Infectious Disease Control, Estocolmo (Suecia).

M.A. Mayer Pujadas

Miembro del GdT Sistemas de información de la semFYC y del grupo Prevención de Enfermedades Infecciosas del PAPPs-semFYC. Investigador senior de VACSATC. Director de Web Médica Acreditada. Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

Líneas generales del proyecto europeo VACSATC: seguridad vacunal, actitudes, formación y comunicación. ¿Cómo adherirse a un proyecto de esta categoría? ¿Cómo conseguir financiación? ¿Cómo lograr colaboradores? ¿Cuáles son sus líneas generales?

H. Heijbel

Vaccine Safety- Attitudes, Training and Communication (VACSATC) y Adverse Events Following Immunisation in EU (VAESCO) dos proyectos en colaboración europea

La salud no era un área de colaboración al inicio de la Unión Europea, pero ahora la colaboración europea está avanzando también en este campo. Las nuevas vacunas son aprobadas ahora por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), usando el procedimiento centralizado¹.

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) se ha formado para aumentar la capacidad de la comunidad y de cada uno de los estados miembros de proteger la salud humana mediante la prevención y control de las enfermedades humanas².

La Comisión Europea, a través del Directorado General para la Investigación (DG12) y el Directorado General de la Salud y los Consumidores (DG SANCO), financian investigaciones^{3,4}. Los proyectos de salud pública e investigación clínica son, sobre todo, un asunto de especial interés para la DG SANCO. Las áreas de investigación priorizadas por DG SANCO en el período 2008-2013 son:

- Aumentar la seguridad de los ciudadanos.
- Promover la salud, incluyendo reducción de desigualdades de salud.
- Desarrollar y dar información y conocimiento de salud.

Nosotros vamos a referirnos brevemente a algunos resultados del proyecto VACSATC y a los trabajos sobre la comunicación de riesgos en las vacunaciones en el proyecto VAESCO^{5,6}.

VACSATC

(Vaccine Safety- Attitudes, Training and Communication).

El proyecto abarca 4 aspectos complementarios relacionados con la actitud ante las vacunas, y los beneficios y la seguridad de las mismas:

1. Estudio sobre la actitud ante las vacunas y la seguridad vacunal.
2. Mejorar la formación de profesionales sanitarios en seguridad vacunal.
3. Mejorar la diseminación de la información sobre inmunización y seguridad vacunal en las páginas web.
4. Mejorar la capacidad de hacer investigaciones sobre la seguridad de las vacunas.

En cada grupo de tareas se desarrollaron documentos sobre los mejores procedimientos, los cuales fueron usados para mejorar las actividades. Los resultados presentados hasta el momento en la página web del proyecto son:

1. Un resumen y análisis de estudios realizados sobre actitudes ante las vacunaciones en los países de la UE.
2. Un paquete de instrucciones de cómo hacer estudios sobre actitud ante las vacunas.
3. Un informe sobre entrenamiento de enfermeras y médicos en seguridad vacunal.
4. Un informe sobre posibilidades de aumentar el número de países con capacidad de hacer estudios de causalidad en bases de datos enlazadas.

VAESCO

(Systems evaluation, epidemiological investigation, training and risk communication).

Los objetivos de VAESCO son trabajar en seguridad vacunal mediante el desarrollo de guías de acción.

1. Evaluación de los sistemas de reportar los efectos adversos de las vacunas. Coordinación: National Public Health Institute (KTL), Finland.
2. Preparación de una guía de métodos epidemiológicos para hacer estudios de causalidad. Coordinación: Health Protection Agency, England & Wales.
3. Preparación de una guía de comunicación de riesgos. Coordinación: Swedish Institute for Infectious Disease Control (SMI).

El grupo de trabajo para cada grupo de tareas consiste en expertos de diferentes áreas y países.

El grupo de trabajo para las guías de comunicación de riesgos tiene miembros de 7 países que aportan sus experiencias en salud pública, agencias de medicamentos y pediatría.

Los documentos guías contendrán secciones sobre:

- Percepción de riesgos.
- Comunicación de riesgos.
- Planificación para la mejora de la comunicación de riesgos.
- Comunicación en una eventual alerta vacunal.
- Comunicación con los medios de prensa.

Un borrador de documento se puede ver en la página web del proyecto. Sus comentarios y sugerencias serán muy bienvenidas.

Las diferencias en recursos y maneras de trabajar varían mucho entre los distintos programas de vacunación.

La estrategia es beneficiarse de las mejores experiencias, y que quienes las han hecho preparen guías sobre "los mejores procedimientos", lo cual es una manera factible de avanzar.

Bibliografía

1. Agencia Europea de Medicamentos (EMA). Disponible en: <http://www.ema.europa.eu>
2. El Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC). Disponible en: <http://www.ecdc.europa.eu>
3. Directorado General de Investigación. Disponible en: <http://ec.europa.eu/dgs/research>
4. Directorado General de la Salud y los Consumidores (DG SANCO). Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_programme/wp2009_en.htm
5. Vaccine Safety- Attitudes, Training and Communication (VACSATC). Disponible en: <http://www.vacsatc.eu>
6. Systems evaluation, epidemiological investigation, training and risk communication (VAESCO). Disponible en: <http://www.vaesco.net>

Vacunas en internet: el reto de la calidad en la red

M.A. Mayer Pujadas

Introducción

Es bien conocido que internet se ha constituido como una fuente de información general y sanitaria para un gran número de profesionales, así como para usuarios de la red, pacientes y familiares, tal como indica la reciente encuesta general de medios de febrero 2008¹ y otros estudios². Millones de personas en todo el mundo buscan información sobre salud en internet, sobre enfermedades y sus tratamientos, acerca de medicamentos y medidas diversas de prevención y diagnóstico, e incluso consejos médicos a través de la consulta virtual en el chat, en el correo electrónico o a través de los cada vez más frecuentes blogs y herramientas Web 2.0³. La calidad de la información en internet es muy diversa, desde información científica y claramente contrastada, hasta remedios caseros o de muy dudoso origen, cuya aplicación podría asociarse a efectos nocivos para la salud. El acceso a la información sanitaria por parte de los ciudadanos se realiza con más frecuencia a través de buscadores generales que a través de los portales temáticos dedicados a temas de salud. Esto implica que no existe ningún filtro previo de selección o de calidad sobre las webs a las que acceden los usuarios y aunque en un reciente estudio se demuestra que la mayoría de las webs de vacunas obtenidas con buscadores, como Google o Yahoo, son de confianza, un alto porcentaje contiene recomendaciones alejadas de lo aceptable desde el punto de vista de la salud pública⁴.

Los problemas asociados a la información inadecuada tienen un especial interés en las webs sobre vacunas, habiéndose desarrollado numerosos sitios web que proporcionan información engañosa o que propagan rumores infundados. Esta información puede ocasionar miedos injustificados, particularmente en la población general. Las características comunes de las páginas web de estos grupos son la expresión de preocupaciones en torno a la seguridad de las vacunas y su efectividad, los abusos de los go-

biernos por sus políticas de implantación y la preferencia por medicina alternativa, así como la desconfianza en la industria farmacéutica interesada en aumentar las ventas. Es frecuente también la presencia de enlaces a otras páginas antivacunas, información sobre cómo evitar legalmente la vacunación y el uso de historias de alta carga emocional sobre niños afectados o muertos por las vacunas⁵. Con el objetivo de buscar soluciones ante este problema, la Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió proponer a los usuarios de sitios web alguna herramienta que les permitiera determinar qué sitios cumplen prácticas correctas de información sobre la utilización y aplicación de las vacunas y, por tanto, de confianza. De esta forma, el *Global Advisory Committee on Vaccine Safety* (GACVS) realizó en 1999 una serie de recomendaciones sobre los criterios que deben cumplir los sitios que proporcionan información sobre vacunas, concretándose en el proyecto Vaccine Safety Net⁶.

El proyecto VACSATC y las webs sobre vacunas

Con la intención de ampliar la aplicación de recomendaciones de calidad de webs con información sobre vacunas, se puso en marcha el proyecto europeo *Vaccine Safety- Attitudes, Training and Communication* (VACSATC)⁷, en el que participan, en España, la Asociación Española de Vacunología, el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB) y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. El objetivo principal del VACSATC en esta área es incrementar el número de webs de calidad con información sobre las vacunas y la inmunización en general y que cumplan los criterios de calidad propuestos por el GAVS. En este proyecto existe una representación muy amplia de países europeos e instituciones de investigación y universidades sobre inmunización y enfermedades infecciosas.

Aunque en nuestro país el número de webs de calidad sobre vacunas es muy amplio, también tienen su representación los movimientos antivacunas, aunque de una forma mucho más anecdótica. Ante esta situación se hace necesaria la elaboración de programas de promoción de la vacunación, de información a la población, a la vez que favorecer la utilización del consentimiento informado. Los profesionales implicados en la vacunación deben ofrecer información clara y concisa sobre las vacunas, sobre sus beneficios y uso, pero también sobre sus efectos secundarios y conocer los argumentos utilizados por las organizaciones y personas contrarias a la vacunación para poder ofrecer respuestas a las mismas. El desarrollo de webs sobre vacunas siguiendo directrices de calidad recomendadas por la OMS se hace muy necesario para contribuir a la difusión de información y consejos adecuados sobre la inmunización y sus beneficios. Son ejemplos de estas webs la Asociación Española de Vacunología (Vacunas.org)⁸ y la web dirigida a profesionales de atención primaria "Siemprevacunados.org"⁹ del COMB en España, ambas incluidas entre las webs de excelencia de la red de seguridad vacunal (Vaccine Safety Net) de la OMS.

Bibliografía

1. 10ª Encuesta General de Medios (EGM). Datos generales de usuarios de Internet en España. Asociación de usuarios de Internet. Febrero 2008 [actualizado 28 febrero 2008; citado 3 junio 2008]. Disponible en: <http://download.aimc.es/aimc/03internet/macro2007.pdf>
2. Lupiáñez F. Internet, Salud y Sociedad. En: Proyecto Internet Catalunya (PIC), Generalitat de Catalunya, 2007. Disponible en: http://www.uoc.edu/in3/pic/esp/pdf/pic_salud.pdf
3. Mayer MA et al. La información de salud en Internet y los sellos de confianza como indicadores de calidad: el caso de las vacunas. Aten Primaria. En revisión.
4. Mayer MA, G. Pareras L, Leis A. La Web 2.0 se presenta como una nueva plataforma de gestión de la información médica. Aten Primaria. 2008;40:39-42.
5. Wolfe RM, Sharp LK, Lipsky MS. Content and Design Attributes of antivaccination Web Sites. JAMA. 2002;287:3245-8.
6. Vaccine Safety Net - World Health Organization (WHO). Disponible en: http://www.who.int/immunization_safety/safety_quality/vaccine_safety_websites/en/
7. Vaccine Safety- Attitudes, Training and Communication (VACSATC). Disponible en: <http://www.vacsatc.eu>
8. Asociación Española de Vacunología. Disponible en: <http://www.vacunas.org>
9. Siemprevacunados.org del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB). Disponible en: <http://www.siemprevacunados.org>

Síndrome del quemado en los profesionales sanitarios ¿podemos evitarlo?

Ponentes:

J.C. Mingote Adán

Psiquiatra. Coordinador del PAIPSE (Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo) de Madrid.

T. Gómez Gascón

Médico de Familia. Centro de Salud Guayaba, Área 11, Madrid.

Estudios realizados en atención primaria señalan que el 40% de los médicos de familia tienen algún síntoma de desgaste. Sin embargo, las estimaciones de la prevalencia difieren de unos trabajos a otros. Algunos señalan niveles muy altos de *burnout* en el 13%, y otros en el 43% de los profesionales.

Las causas del problema son múltiples. De una parte encontramos aquellas que tienen su origen en la propia organización sanitaria: condiciones ambientales de trabajo, sistema de contratación del personal, sistema actual de plazas en propiedad y retribuciones disociadas del rendimiento del trabajo, excesiva presión asistencial, excesivo trabajo y excesiva burocracia; pocas actividades formativas y escasas oportunidades para el desarrollo profesional, falta de apoyo emocional por parte de los directivos, etc. Por contra, existen factores relacionados con los pacientes: mayor cercanía al paciente, hacia sus inquietudes y sufrimientos, lo que genera un mayor estrés en el profesional, toma de decisiones en corto período de tiempo (sobre todo en atención primaria), aumento de las exigencias de los pacientes, etc.

Las consecuencias son un detrimento de la salud laboral como resultado del incremento del estrés (10- 30%), con el consiguiente aumento de las enfermedades relacionadas con el estrés y la ansiedad (enfermedades cardiovasculares, musculoesqueléticas, depresión, consumo de sustancias adictivas, etc.), desmotivación y disminución de la rentabilidad y productividad del trabajador hacia la empresa, la disminución de la calidad de la atención prestada como resultado de la desmotivación profesional, y una gestión menos eficiente de los recursos y del gasto farmacéutico en relación directa con el grado de desgaste personal.

Las características básicas del síndrome del quemado o "*burnout syndrome*" son: agotamiento emocional, sensación de cansancio con manifestaciones tanto psíquicas (ansiedad, angustia, disfunción sexual, fatiga crónica, etc.), como físicas (colon irritable, dispepsia, cefalea, mialgias, etc.) y despersonalización. La despersonalización se traduce en conductas de aislamiento, insensibilidad, deshumanización, negativismo, distanciamiento hacia los pacientes, y la baja realización personal (insatisfacción por los logros profesionales alcanzados y deseo de abandono).

Este trabajo tiene como objetivo reflejar la prevalencia del síndrome de *burnout* y calidad de vida profesional que presentan los profesionales del Área 11 de Atención Primaria (AP) del Servicio Madrileño de Salud, con la intención de contribuir de una manera activa a la disminución de las características propias del desgaste profesional entre aquellos profesionales que lo padecen. Para ello, una vez detectados dichos profesionales, hemos puesto en marcha dos tipos de intervenciones con talleres de técnicas de control de estrés, que se han evaluado al año y se están reevaluando actualmente.

De los 1.448 profesionales de atención primaria (excepto gerencia) que constituían la población de estudio, contestaron 881 sujetos, lo que sitúa la tasa global de participación en un 60,8%.

Los datos obtenidos indican un alto grado de *burnout* dentro de los profesionales de atención primaria de nuestra área, con un 17,5% de desgaste severo, similares a otros estudios. Considerando los que tienen alguno de los tres componentes del MBI con cifras de moderado o severo obtenemos 324 (40%). Sólo 81 profesionales (10%) tienen cifras bajas en los tres y no presentarían desgaste profesional.

Considerando el componente de cansancio emocional (CE) del MBI como el más importante de los tres, teniendo además una elevada correlación con la despersonalización y la realización personal, se obtiene asociación estadísticamente significativa con lo siguiente:

- Edad en mujeres y hombres, aumentando el CE al tener más edad.
- El turno de trabajo (mañana o tarde) en mujeres y hombres.
- Categoría profesional: médicos, enfermeras o personal administrativo, en mujeres.
- Presión asistencial media en mujeres.
- Situación laboral en médicos de familia mujeres (interina o propietaria).
- Baja laboral en mujeres.

No se asocia con género, el estado civil, tener o no hijos, ser centro urbano o rural, haber sido cargo directivo o la antigüedad.

En cuanto a las intervenciones tenemos los siguientes resultados:

Grupo de relajación: 45 profesionales.

Se utiliza la técnica de Schultz, o de entrenamiento autógeno, que utiliza la sugestión para relajar (el sujeto verbaliza las experiencias y sensaciones tras cada sesión de ejercicios), y la técnica de Jacobson, o de relajación progresiva, que se basa en el aprendizaje de la reducción del tono muscular y de la actividad autonómica.

Grupo de sofrología: 59 profesionales.

Se basa en la sofrología caycediana, que utiliza técnicas de relajación física y mental, estrategias de respiración y estrategias personalizadas para que la persona utilice en su vida cotidiana, mejorando así su calidad de vida y la de quienes le rodean.

Grupo control: 132 profesionales.

En cuanto a las intervenciones, el grupo de relajación estaba mejor de partida que los otros dos, por lo que el cambio ha sido menor. En el grupo de sofrología se obtienen resultados interesantes, con mejorías cercanas a la significación estadística y relevantes clínicamente.

Dado que la ansiedad favorece el desgaste profesional, parece importante mejorar las estrategias de afrontamiento de profesionales de la salud que permitan optimizar la gestión emocional, especialmente la reducción de la ansiedad.

Cuando el trabajador afectado por desgaste profesional es médico, hay una serie de elementos que dificultan la prevención y el tratamiento. Por ello, la realización de programas de intervención específicos para profesionales médicos afectados por desgaste profesional se presenta como una vía para el tratamiento y la reincorporación laboral temprana de los sujetos más afectados por sus consecuencias.

Eficacia de una actividad formativa poblacional en reanimación cardiopulmonar

Ponentes:

P. Arnillas Gómez

Médico de Familia. Unidad Medicalizada de Emergencias de Valladolid, Gerencia de Emergencias Sanitarias de SACYL. Coordinador del GdT Urgencias y Atención Continuada (GUAC) de la socalemFYC y de la semFYC.

M.A. Castro Villamor

Médico de Familia. Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. Miembro del GdT Urgencias y Atención Continuada (GUAC) de la semFYC. Redactor del Programa de la Especialidad en el Área de urgencias.

"Ganando corazones". Cómo llegar a conseguirlo

P. Arnillas Gómez

Cuando se produce una emergencia sanitaria y en especial una parada cardiorrespiratoria (PCR), en la mayoría de las ocasiones, son ciudadanos de a pie o profesionales no sanitarios los que deben afrontar el problema y dar la primera respuesta. Una primera respuesta adecuada determina, en numerosas ocasiones, el resultado final, con una mejora en cuanto al pronóstico, la supervivencia e impacto de la emergencia en el individuo y la sociedad.

Los mejores resultados en la reanimación se obtienen cuando cualquier persona que detecta una PCR inicia la reanimación cardiopulmonar (RCP) en su forma más elemental (soporte vital básico) en los 4-5 mi-

nutos inmediatos de producirse, continuándose posteriormente en no más de 8-10 minutos de iniciarse el suceso con la asistencia por personal sanitario cualificado con medios técnicos adecuados (soporte vital avanzado), ya sea en el área hospitalaria o en la extrahospitalaria, con el uso de unidades móviles de emergencias o centros de salud.

Cualquier ciudadano que presencie una PCR debe estar concienciado de la importancia de su actuación para poner en funcionamiento la cadena de supervivencia, ya que su actuación, por mínima que sea, supondrá para esa persona una posibilidad de sobrevivir ante una situación que de otro modo conduciría, en prácticamente el 100% de los casos, a la muerte. A una de cada 4 personas que fallecen “no le había llegado aún el momento de morir.”

El proyecto “Ganando Corazones” se planteó con los siguientes objetivos:

1. Formar a gran número de personas en las técnicas de SVB y crear en ellas una cultura de ayuda en primeros auxilios (1.500-2.000 personas en una sola jornada).
2. Desarrollar un proyecto de investigación sobre la eficacia de la enseñanza de la RCP en la población al hacerlo de forma masiva.
3. Concienciar a la población general del problema y del reto de formarse en RCP.
4. Formar un alto número de sanitarios como monitores en SVB.
5. Encontrar patrocinio para la adquisición de los muñecos necesarios para enseñar RCP y posteriormente donarlos a los centros de salud de la comunidad para que enseñen SVB a su población de referencia, en especial a grupos de familiares de pacientes con cardiopatía.
6. Mentalizar al médico de familia de la necesidad que tiene su población de saber actuar en estos casos y que él puede ser su referente en formación.
7. Crear la inquietud en otros grupos de trabajo de urgencias de diseñar este tipo de cursos, lo cual repercutirá en un mayor número de primeros intervinientes formados.

Para conseguir todos estos objetivos pensamos que dos actuaciones serían muy *facilitadoras*:

1. Englobarlo en el XVII congreso de semFYC. Esta sociedad tiene un potencial enorme a la hora de su difusión dentro de la profesión sanitaria, y asimismo tiene una gran repercusión mediática. Asimismo, tiene un gran programa de formación de monitores en SVB.
2. Intentar establecer un record Guinness como “Curso de primeros auxilios más grande del mundo”. Facilitará la búsqueda de patrocinios y motivará a otros grupos a batirlo, lo cual redundará en más gente formada.

El grupo de trabajo de urgencias de Socalemfyc desarrolló el proyecto mediante un director del proyecto y 6 coordinadores: de instructores, de logística y voluntariado, de record, de educación, y de medios y publicidad; además, se contó con dos asesores: científico y de imagen. Asimismo, hubo una secretaria técnica encargada de los temas administrativos y un gabinete de prensa como apoyo a la difusión del evento.

El 7 noviembre de 2007 se impartió el curso en el Polideportivo Pisuerga, de Valladolid, por 120 monitores de SVB acreditados del programa ESVAP de la semFYC y siguió las últimas recomendaciones del European Resuscitation Council (ERC) y del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar, que datan de 2005.

El curso tuvo una duración de 4 h, distribuyéndose los alumnos en sesiones de mañana y tarde. En cada sesión los alumnos se dividieron en 120 grupos con un ratio máximo de 8 alumnos por instructor. A su llegada, los alumnos rellenaron una hoja de filiación y un cuestionario tipo test previo al curso. El coordinador de educación (en un estrado) da las explicaciones y los alumnos visionan los videos referentes a las mismas, realizan las maniobras de RCP sobre un maniquí, asesorados por su instructor y contestan a un test interactivo tras cada maniobra. Cada instructor explica las maniobras a su grupo.

Al finalizar el curso los alumnos contestan a un test de conocimientos sobre RCP (similar al primero) y complimentan la hoja de evaluación del curso. Cada alumno desarrolló todas las maniobras de RCP básica y un caso clínico completo, y presenció (participó) otros 7 casos clínicos.

Recibieron el curso 1.630 personas y se estableció un nuevo record Guinness “Largest First Aid Lesson” en 917 personas, con la felicitación expresa del comisario enviado por el alto nivel de organización del evento. Estas 917 personas fueron las que realizaron el curso simultáneamente en sesión matutina.

Además, de forma tangible, se consiguió:

- Elaborar una guía de SVB, con una tirada de 10.000 ejemplares, que fue totalmente distribuida por todo el territorio nacional y que se puede visitar y descargar en internet de forma gratuita.
- Adquirir 240 maniqués de RCP básica.
- Editar 2.000 carteles informativos que fueron distribuidos por toda la región.
- Gran impacto mediático, muy destacado a nivel regional.
- Edición de varios videos de SVB que se pueden ver y descargar en internet de forma gratuita.

Tras el curso más de 1.600 ciudadanos de Valladolid (900 estudiantes de bachillerato) han recibido un curso de RCP, se han formado como monitores 150 sanitarios (la mayoría médicos de familia), se han conseguido 120 juegos de maniqués para enseñanza de RCP, que se donarán a los centros de salud de Castilla y León, donde ya hay médicos de familia formados y con el material para impartir enseñanza de RCP en su área asistencial; además, se ha concienciado a nuestra comunidad de la importancia de conocer el SVB y las técnicas de RCP. Pero no habría sido posible sin la desinteresada colaboración de los instructores y las decenas de voluntarios que generosamente ofrecieron su tiempo y esfuerzo para que este proyecto llegara a buen término.

El presente proyecto ha contado con el firme apoyo de las Consejerías de Sanidad y de Educación de la Junta de Castilla y León, así como del Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León, que han apostado firmemente por la formación de los ciudadanos en RCP.

Ganar corazones es posible. Eficacia de una actividad formativa poblacional en reanimación cardiopulmonar

M.A. Castro Villamor

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es un problema de primera magnitud para la salud pública, produciéndose en Europa alrededor de 700.000 PCR anualmente. Más del 60% de las PCR se producen en presencia de testigos y el 75% se producen en el hogar, mientras que el 16% ocurren en espacios públicos. La reanimación cardiopulmonar (RCP) es esencial en los primeros minutos para poder reducir la morbimortalidad de la PCR. A partir de los 5 minutos de PCR la supervivencia disminuye rápidamente, y a los 10 minutos hay lesiones cerebrales en el 100% de las víctimas. Sin embargo, en menos del 25% de las PCR presenciadas los testigos inician maniobras de RCP, por lo que debería intensificarse los esfuerzos encaminados a incrementar el conocimiento de dichas maniobras en la población general.

Durante el XXVII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) se diseñó un Curso de Soporte Vital Básico (SVB) dirigido a la población general, donde se enseñaron las técnicas de RCP a más de 1.600 personas, con una novedosa metodología pensada específicamente para el adiestramiento de un gran número de personas de forma simultánea en estas técnicas.

Dado que se iba a realizar la actividad formativa grupal en RCP más numerosa desarrollada hasta la fecha en Europa, era imprescindible evaluar la misma, por lo que se diseñó un estudio con el siguiente objetivo: determinar la eficacia de un curso de SVB, específicamente diseñado para adiestrar a un gran grupo de población de manera simultánea, para aumentar el nivel de conocimientos en RCP básica.

El curso, que siguió las últimas recomendaciones del European Resuscitation Council (ERC) y del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar de 2005, se realizó en un único día y dos veces, en dos sesiones de mañana y tarde, acudiendo cada alumno a una única sesión. Lo impartieron 120 monitores en SVB del Programa ESVAP de semFYC, que fueron a su vez formados por un único equipo de instructores, para conseguir que la formación de los mismos fuera lo más homogénea posible. Como método evaluativo se diseñó un cuestionario tipo test de 10 preguntas, específicamente diseñado para el curso, teniendo cada pregunta 4 posibles respuestas de la que solamente una es la correcta. En el diseño del cuestionario cada pregunta evalúa una acción considerada clave en la RCP básica. El mismo cuestionario fue cumplimentado por los alumnos antes del inicio del curso (T1) y al finalizar el mismo (T2).

Cada sesión duró 4 horas. Los alumnos fueron distribuidos a su llegada en 120 grupos, con un monitor por cada 8 alumnos como máximo. Inicialmente, los alumnos cumplimentaron una ficha de filiación y el primer test. La descripción detallada del curso se ha desarrollado en la ponencia anterior, por lo que no se incide en ella. Al finalizar, el alumno cumplió

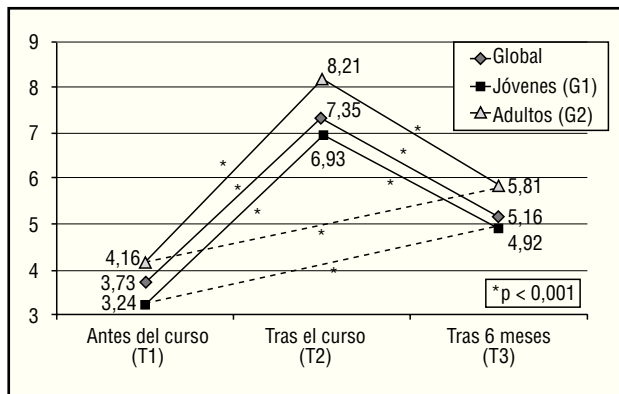


FIGURA 1 Puntuación obtenida en T1, T2 y T3 en el conjunto de alumnos, el grupo de jóvenes y el grupo de adultos.

menta el cuestionario de evaluación final (similar al test inicial) y la hoja de control de calidad del curso.

De todos los alumnos que asistieron al curso se seleccionó una muestra de alumnos a los que se midieron los conocimientos adquiridos a los 6 meses (T3). El cálculo del tamaño muestral se realizó asumiendo un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,20 para un contraste bilateral, con una tasa de pérdidas del 10%. El número calculado para este grupo de estudio fue de 351.

Se evaluó la participación en el curso "Ganando corazones" de 1.539 personas que, de forma voluntaria, cumplieron el test antes de comenzar y tras finalizar el curso. Los participantes tuvieron una edad media de $22 \pm 10,87$ años, siendo el 58,9% mujeres. De ellos, 868 fueron alumnos de instituto (56,4%), fundamentalmente de cuarto de ESO y primero de bachillerato (85,5%).

Se objetivó un incremento significativo en la puntuación de T2 respecto a T1 ($3,80 \pm 2,13$ puntos). Se dividió al grupo de alumnos en dos grupos según fueran menores de 18 años (G1) o tuvieran 18 años o más (G2). En ambos grupos se obtuvo un incremento significativo en la puntuación. De todo ello se deduce que el curso produce, a corto plazo, un incremento significativo en el nivel de conocimientos, independientemente del grupo de edad. Sin embargo, la puntuación T1 es mayor en los adultos, circunstancia que puede explicarse por la existencia de un mayor número de alumnos en este grupo que han realizado previamente un curso de RCP básica ($p < 0,001$). No existen diferencias en el incremento entre T1 y T2 en ambos grupos.

Es destacable que el 26% de los alumnos habían recibido alguna formación en RCP básica, pero sólo el 2,5% de los mismos habían sido formados desde atención primaria.

Al analizar los alumnos evaluados a los 6 meses, se observa también un incremento significativo entre T1 y T3 en el conjunto de alumnos y en los grupos G1 y G2. Se evidenció en todos los grupos una pérdida de puntuación entre T2 y T3.

Los resultados obtenidos constatan, tras la realización del curso, un incremento significativo en los conocimientos sobre RCP básica por parte de los alumnos (fig. 1). Se ha evidenciado una importante mejora de los conocimientos tras la realización del curso, pero también como estos conocimientos van declinando con el tiempo de manera significativa. Todos los datos obtenidos son similares a los encontrados en otros estudios sobre enseñanza de RCP básica, donde se alcanza un buen resultado inicial, que se va perdiendo con el tiempo. Este estudio demuestra cómo la metodológica empleada (curso para grandes grupos de población de manera simultánea) es igual de eficaz que otros métodos de enseñanza de RCP básica. Los datos indican que una actuación formativa aislada es importante, pero quizás no sea suficiente si no se adoptan estrategias para reciclar en estos conocimientos a los alumnos.

Se analizaron los porcentajes de aciertos pregunta a pregunta en los 3 test, incrementándose, de forma significativa, el porcentaje de aciertos en todas las preguntas entre T1 y T2. Este incremento se evidenció igualmente entre T1 y T3 en todas las preguntas excepto en la relacionada con la evaluación de la respiración en la RCP y en cuando llamar al 112. Estos aspectos deberán tenerse en cuenta en futuras acciones formativas para reforzar estos puntos.

La aceptación del curso por parte de los alumnos ha sido excelente y el 97,98% de los alumnos recomendarían el curso a otros compañeros. A la luz de los resultados de la encuesta de satisfacción parece que el diseño del curso ha sido bien aceptado por los alumnos, dato muy importante ya que se trata de una experiencia novedosa que hasta ahora nunca se había realizado en Europa.

Bibliografía

- Connolly M, Toner P, Connolly D, McCluskey DR. The 'ABC for life' programme - teaching basic life support in schools. *Resuscitation*. 2007;72:270-9.
- Einspruch EL, Lynch B, Aufderheide TP, Nochol G, Becher L. Retention of CPR skills learned in a traditional AHA Heartsaver course versus 30-min video self-training: A controlled randomized study. *Resuscitation*. 2007;74:476-86.
- Handley AJ, Koster R, Monsieurs K, Perkins GD, Davies S, Bossaert L. Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005*. *Resuscitation*. 2005;67 Suppl 1:S7-S23.
- Miró O, Escalada X, Jiménez-Fábrega X, et al. Programa de reanimación cardiopulmonar orientado a centros de enseñanza secundaria (PROCES): conclusiones tras 5 años. *Emergencias*. 2008;20:229-36.