

## COMUNICACIONES ORALES

Jueves, 16 de noviembre

### Sesión oral 1

Jueves, 20 de noviembre. 9.00-11.30 h

Zona izquierda. Planta 1. Sala Berlín

### Gestión clínica y calidad

#### IMPACTO DE LA INTRODUCCIÓN DE UN SISTEMA DE INCENTIVOS ECONÓMICOS EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN DIABETES EN EL REINO UNIDO

J. Valderas, E. Kontopantelis, T. Doran, D. Reeves y M. Roland

National Primary Care Research and Development Center, University of Manchester. Manchester. Reino Unido.

Correo electrónico: jose.valderas@manchester.ac.uk

**Objetivos.** Determinar el impacto en la calidad de la atención en diabetes de la introducción del sistema de incentivos económicos Quality of Outcomes Framework (QOF) en el Reino Unido, que recompensa económicamente a los centros de atención primaria (AP) en función de los objetivos alcanzados en pacientes con diversas enfermedades crónicas.

**Material y métodos.** A partir de datos individualizados del General Practice Research Database para el período 2000- 2006, se analizó una muestra representativa de 100 centros de AP. Se examinó la tendencia temporal en la consecución de los objetivos medición y grado de control de HbA1C y tensión arterial, medición de creatinina sérica y de colesterol total y vacunación antigripal.

**Resultados.** Se observó un incremento de la calidad previo a la introducción del sistema QOF, seguido de un incremento estadísticamente significativo durante el año preparatorio (2003) y el primer año del sistema (2004) y de incrementos sustancialmente menores durante los dos años siguientes. En los años 2005-2006 sí se observó un incremento significativo en los centros situados en el quintil inferior de calidad.

**Conclusión.** En la mayoría de los centros, el sistema QOF de retribución por objetivos no se ha asociado con un incremento significativo en las tasas de mejora de la calidad de la atención en diabetes, pero sí con mejoras significativas en aquellos centros con peores indicadores previos y ha reducido las variaciones en la calidad de atención prestada.

#### LA RELACIÓN ENTRE LA DISPOSICIÓN A PAGAR Y A SER COMPENSADO OFRECIDA POR EL USUARIO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

J. Martín Fernández, T. Gómez Gascón, T. Sanz Cuesta, J. Domínguez Bidagor, M. Beamud Lagos y J. Oliva Moreno

Áreas 8, 9 y 11 de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud. Madrid. Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: jmartinefe1@hotmail.com

**Objetivos.** Evaluar la relación entre lo que un sujeto dice que pagaría por el servicio recibido en la consulta del médico de familia en el ámbito de la atención primaria (disposición a pagar -DAP-) y lo que exigiría pa-

ra ser compensado por la supresión de ese servicio (disposición a ser compensado-DAC-) e identificar los factores que modulan dicha relación.

**Material y métodos.** Diseño: evaluación económica, utilizando el método de valoración contingente. Sujetos: se incluyeron 450 usuarios de 6 centros de salud, situados en zonas con rentas en terciles alto y bajo de la distribución. Variables: se recogieron la DAP y la DAC, variables demográficas, variables relacionadas con el uso del servicio, con la necesidad expresada de atención sanitaria, con la percepción del riesgo, con la posición socioeconómica y con los ingresos. **Estrategia de análisis:** se construyó un modelo de regresión lineal cuya variable dependiente fue el cociente DAP/DAC.

**Resultados.** Se excluyeron del análisis 37 casos que expresaron una nula DAP ("ceros protesta"). La media del cociente DAP/DAC fue 0,65 (IC 95% 0,61-0,69). Tienden a aumentar el cociente DAP/DAC una mayor renta personal ( $\beta = 5,1 \times 10^{-2}$ ), pertenecer a una zona de renta alta ( $\beta = 9,3 \times 10^{-2}$ ) y permanecer más tiempo esperando consulta ( $\beta = 7,0 \times 10^{-2}$ ). La población más mayor ( $\beta = -4,5 \times 10^{-3}$ ), las mujeres ( $\beta = -7,8 \times 10^{-2}$ ), y los grupos sociales con trabajos menos especializados ( $\beta = -5,3 \times 10^{-2}$ ), tienen un cociente DAP/DAC inferior.

**Conclusión.** La valoración en términos económicos de la consulta del MF es diferente bajo las perspectivas de la DAP y la DAC. Esta relación viene modulada por características personales, sociales y económicas.

#### IMPACTO DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL

A. Pereira Rosalén, E. Suárez Magaña, C. Juan Andrés, M. Finestres Lastres, M. Terés Benjumeda y J. Benavent Areu

EAP Capse Casanova. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: pereira@clinic.ub.es

**Objetivos de la experiencia.** Nuestra organización está formada por dos centros de atención primaria, cuenta con más de 100 profesionales que mantienen diferentes tipos de contrato, con diferentes convenios. La dirección inicia la implantación de un Plan de Calidad basado en la Gestión por Procesos. El proceso "Incorporar y Administrar Recursos Humanos" decide medir la calidad de vida profesional (CVP) antes y después de llevar a cabo acciones para la mejorarla.

**Descripción de la experiencia.** La herramienta utilizada para medir la calidad de vida profesional fue el cuestionario CVP-35, validado en atención primaria, que valora tres dimensiones: "apoyo directivo", "cargas de trabajo" y "motivación intrínseca". En el 2005 se administró el cuestionario a los profesionales, los resultados fueron de 6,05, 5,66 y 7,93 respectivamente. Se utilizó metodología de calidad con participación de los propios profesionales para la priorización, análisis causal con diagramas de Ishikawa y formulación de acciones de mejora. En el 2007, tras el desarrollo de acciones de mejora, se administró de nuevo el cuestionario, los resultados fueron de 6,09, 5,77 y 8,02. Ello permitió compararlos con los resultados anteriores y con los de otras organizaciones, siendo éstos discretamente mejores en los dos casos.

**Conclusiones.** Para mejorar la calidad de vida de los profesionales de nuestra organización es necesario el conocimiento de la situación para detectar aspectos mejorables con iniciativas propuestas por los profesionales y ofrecer una mayor implicación de los mismos en la toma de decisiones.

## ACCIONES DE MEJORA: RESULTADOS DE UN AÑO EN LA GESTIÓN POR PROCESOS

J. Clos Soldevila, N. Gimferrer Artigas, E. Sequeira Aymar, G. Piera Losa, I. Carretero Huertas y Z. Herreras Pérez

EAP Capse Casanova; EAP Capse Rosselló. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: sequeira@clinic.ub.es

**Objetivos de la experiencia.** Introducir acciones de mejora en dos centros de atención primaria urbanos que cubren una población de 70000 habitantes obtenidas a través de la gestión por procesos. Favorecer la cultura de mejora continua de la calidad en todos los profesionales asistenciales y no asistenciales. Potenciar la pericia de los miembros de los equipos de primaria convirtiéndolos en expertos de su trabajo habitual y promotores del cambio.

**Descripción de la experiencia.** Continuando con la gestión por procesos iniciada en 2004, los doce grupos de mejora realizaron análisis de campos de fuerzas obteniendo las acciones de mejora en 2007. Los grupos de trabajo multidisciplinares se reunieron mensualmente durante tres meses para elaborar acciones de mejora. Éstas fueron presentadas por el comité de calidad al equipo directivo para su aprobación. Los cinco meses posteriores los grupos implantaron las acciones de mejora aprobadas. Al final del año cada grupo comunicó en sesión al equipo el trabajo realizado. Al final del año en curso podremos medir, con los indicadores asociados, el impacto del trabajo realizado.

**Conclusiones.** Los doce grupos de mejora (asistir –adultos, pediatría y domiciliaria–, trabajo social, farmacia, metodología enfermera, atender usuarios, guías y protocolos, recursos humanos, investigación, docencia y formación) definieron un total de 80 acciones de mejora. Fue común en todos los procesos la revisión de los mismos y de sus indicadores. La implantación de acciones de mejora se ha logrado en un 80% y al año podremos valorar las repercusiones en la atención sanitaria ofertada.

## COMPARTIR IDEAS PARA MEJORAR

M. Modroño Freire y M. Sánchez Cougil

EAP Mariñamansa. Ourense. Galicia.

Correo electrónico: mariajose.modrono.freire@sergas.es

**Objetivos.** Conocer que cambios, piensan los profesionales de los equipos de atención primaria de nuestra área, podrían realizar para mejorar la gestión de su día a día.

**Material y métodos.** Enviamos a 137 médicos de nuestra área una encuesta solicitando que de forma abierta contesten a: "yo creo que la gestión de mi consulta mejoraría si...". Se obtienen 67 respuestas (48%). Media de edad 48,28 años  $\pm$  24. El 91% tenían una demanda media superior a 30 pacientes día. El 43% de 40 a 50.

**Resultados.** Se obtuvieron 179 sugerencias que se clasificaron en 16 grupos.

Ocupan el mayor porcentaje las ideas que implican disminución de la carga burocrática (17,3%), después las relacionadas con la disminución de la demanda (13,9%). Seguidamente La mayor implicación del otros profesionales del equipo, enfermería (10,06%), administrativos (10,6%), o disponer de personal auxiliar en la consulta (2,79%). Copago, autogestión de la agenda, no forzar citas obtuvo 5,59%.

**Conclusión.** A pesar que muchas mejoras nos sobrepasan algunos cambios, sobre todo, los relacionados con la disminución de la carga burocrática son factibles, ya que dependen fundamentalmente del profesional. La administración debe implicarse en mejorar lo que de ella depende. Existe un arma de mejora: Comunicar y compartir las ideas y experiencias entre todos.

## IMPLANTAR UNA LÍNEA DE CALIDAD EN UN CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Caldentey Tous, G. Tamborero Cao, S. Cibrián Sánchez, M. Servera Gornals, A. Fe Pascual y J. Ochogavia Cáñaves

CS Coll d'en Rabassa. Palma de Mallorca. Illes Balears.

Correo electrónico: mcaldentey@ibsalut.caib.es

**Objetivos de la experiencia.** Establecimiento de una línea plurianual en calidad en un centro de salud (CS) urbano y docente de Mallorca de 26100 habitantes,

**Descripción de la experiencia.** Los servicios del CS, no deben ser sólo asistenciales, sino deben completarse con la docencia e investigación. In-

vestigar mediante líneas de investigación estables plurianuales ha demostrado ventajas sobre la investigación aislada y oportunista. Mejorando la calidad de los servicios a largo plazo, actuando como elemento motivador para el profesional, facilitando el trabajo en equipo y mejorando difusión de la imagen del centro. En un CS docente es relevante el volumen en la calidad de investigación, trabajar mediante líneas estables, como la calidad, permite la obtención de productos, que incrementan la motivación profesional y actúan como instrumento de mejora. El CS ha generado en el período 2005-2007: 29 comunicaciones en Congresos (21 en formato póster y 8 comunicaciones orales), 5 artículos en revistas médicas, 3 ponencias y 2 premios. Además de la realización de un libro con la participación del 55% de los profesionales del CS. Se obtuvieron dos certificaciones externas: la Certificación de Calidad ISO 9001-2000 (AENOR) y el Certificate IQ-NET, el 7-7-2006 y la inclusión del CS en el Catálogo de Empresas Excelentes 2006/2007 del Govern Balear.

**Conclusiones.** La investigación operativa en calidad permite a medio y largo plazo una mejora de los servicios y prestaciones del centro, e incrementa los contenidos curriculares de los profesionales. Se ha implantado en el CS, con participación de todos los estamentos y con alianzas estratégicas con instituciones externas.

## PROYECTO DE DISMINUCIÓN DE LAS INTERRUPCIONES EN LAS CONSULTAS

A. Boada Valmaseda, F. Pérez Rodríguez, B. Fuentes Bautista y V. López González

ABS Mossèn Jaume Soler. Cornellà de Llobregat (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: 30543abv@comb.es

**Objetivos de la experiencia.** Implementar un programa de mejora de la calidad para disminuir el número de interrupciones de las consultas sanitarias en un centro de salud.

**Descripción de la experiencia.** El equipo directivo del centro, impulsan un proyecto de mejora como práctica de un curso de metodología de la calidad. Después de estudiar varias propuestas deciden actuar sobre las numerosas interrupciones en las consultas del personal sanitario. Se plantean como objetivo reducir a la mitad el número de interrupciones aplicando paso a paso la metodología de calidad estudiada durante el curso. Así, después de describir la situación inicial y plantear la misión a seguir, se clasifican y numeran todas las interrupciones en las consultas, implicando al personal sanitario. Para clasificar las interrupciones se realiza un esquema tipo espina de Ishikawa. Para cuantificar las interrupciones se realiza un trabajo activo de los sanitarios del centro durante 1 semana de visitas. Con los resultados, se diseña un plan de acción y un calendario para cumplirlo adaptado a cada tipo de interrupción. Seis meses después se evalúan los resultados, que certifican el cumplimiento del objetivo inicial, y se extraen las conclusiones que sirven para detectar los fallos y proponer mejoras.

**Conclusiones.** 1. La cuantificación de las interrupciones de las consultas permite detectar que los sanitarios somos los principales causantes de las mismas. 2. Es posible disminuir el número de interrupciones de las consultas con acciones fácilmente asumibles. 3. La disminución de las interrupciones proporciona un alto grado de satisfacción en el personal sanitario.

## DIFUSIÓN A TRAVÉS DE INTERNET DE NUEVOS MODELOS DE ASESORAMIENTO ASISTENCIAL A LOS ÓRGANOS DE GERENCIA: LAS JUNTAS CLÍNICAS

A. Soria Castro, R. Urdiaín Agorri, L. Barboza Alvarez, G. Martínez Salom, E. Juanola Torrent y X. Fernández Bonet

ABS La Sagrera. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: alberto\_soria@terra.es

**Objetivos de la experiencia.** Promover la participación de los facultativos de Atención Primaria en nuevos órganos de asesoramiento asistencial a los equipos directivos de los Servicios de Atención Primaria.

**Descripción de la experiencia.** La implantación de las Juntas Clínicas de Atención Primaria (JCAP) en el primer trimestre de 2008, modelo exportado del ámbito hospitalario, nace como una oportunidad de acercar el conocimiento asistencial de los facultativos a los órganos de gerencia. Para su constitución se realizaron elecciones entre el personal asistencial

de la empresa a finales de marzo del 2008. Un grupo de médicos de familia de un centro urbano decidimos presentar una candidatura a las elecciones de las JCAP de nuestra área de influencia. Para darnos a conocer realizamos un video promocional de 5 minutos de duración en clave de humor estructurado en cuatro capítulos sobre temas del día a día asistencial del médico de familia: la gestión del tiempo de las consultas, la implantación de objetivos asistenciales por parte de gerencia, la conciliación de la vida familiar y laboral, así como la presión de la industria farmacéutica. Colgamos en febrero de 2008 nuestro video en la plataforma Youtube de internet y distribuimos el mismo a través de correo electrónico a los facultativos con derecho a voto de nuestra área.

**Conclusiones.** Identificamos una gran sensibilidad de los facultativos por los temas abordados en el video. Conseguimos representación electa en las JCAP. Actualmente el video ha registrado más de 9.500 entradas por lo que creemos que Internet se presta como una buena herramienta de difusión de información entre los facultativos.

## UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO, UN RECURSO MÁS PARA LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

*A.M. Royo Aznar, M.A. Ruiz Carbonell, D. Giménez Babiloni, A. Puig Hernández, R. González Espadas y G. Rabanaque Mallén*

Hospital y centros de salud de Sagunto. Sagunto (Valencia). Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: mruizcar@yahoo.es

**Objetivos.** Analizar perfil y porcentaje total de pacientes que ingresan en la UHD derivados desde los EAP.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de pacientes remitidos durante 2007 desde AP (Atención primaria) a UHD en un departamento de salud, registrándose edad, sexo, duración de estancia, tipo de patología (P1: Enfermedad crónica con problema agudo; P2: Paciente oncológico terminal; P3: Paciente oncológico con problema agudo; P4: Paciente quirúrgico; P5: Enfermedad aguda) y tratamiento recibido (T1: control de síntomas; T2: técnicas invasivas; T3: tratamiento específico; T4: administración de hierro; T5: curas; T6: control de síntomas con tratamiento específico; T7: transfusión de sangre más tratamiento específico).

**Resultados.** De 604 pacientes atendidos por UHD, 46 (7,6%) proceden de AP, con edad media de 80,45 años, 56,8% hombres y 43,2% mujeres. La duración media de la asistencia fue de 7,7 días. Patologías atendidas: P1: 45,5%, P2: 27,3%, P3: 13,6%; P4: 9,1% y P5: 4,5%. Tratamientos administrados: T1: 36,4%; T2: 4,5%; T3: 43,2%; T4: 2,3%; T5: 6,8%; T6: 2,3% y T7: 4,5%. También se evaluó el tipo de tratamiento recibido por tipo de patología.

**Conclusión.** Destaca la elevada edad media y la prevalencia de pacientes crónicos con un problema agudo. La mayoría son remitidos para tratamiento específico o control de síntomas. UHD es un recurso poco utilizado por médicos de AP. Convendría mejorar la interrelación en beneficio de la asistencia a nuestros pacientes.

## EVALUACIÓN DE UN PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE INMIGRANTE

*A. Calsina Berna, L. Solsona Díaz, S. Penalva Guillamón, Y. Rando Matos, K. Kuramotto Rollano y N. Sanfeliu Soto*

ABS Florida Nord; Unitat Docent Costa de Ponent; ICS. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: llsolsona@ono.com

**Objetivos.** Evaluar la utilidad de un taller y una ficha-guía clínica como herramientas para mejorar la atención al inmigrante.

**Material y métodos.** Estudio antes-después. Sujetos: pacientes inmigrantes entre 15 y 45 años con más de 3 visitas. Muestreo sistemático. Emplazamiento: Centro de Salud urbano que atiende a 20771 personas. Período: estudio descriptivo retrospectivo de valoración previo (periodo P1): 1/1/2004-30/9/2005; intervención: 2 talleres sobre atención al inmigrante dirigidos al equipo (octubre-noviembre 2005); elaboración de una ficha-guía de actuación en diciembre 2005; estudio descriptivo retrospectivo post-intervención (periodo P2): 1/1/2006-30/9/2007. Prueba estadística: chi-cuadrado. Variables estudiadas: edad, sexo, nacionalidad; constancia en la historia de: año llegada, trabajo; anamnesis sobre tabaco-alcohol-drogas; TA, talla-peso, auscultación cardiorrespiratoria-exploración abdominal-adenopatías; analítica básica-sedimento-parásitos, sero-

logía VHB-VHC-VIH; vacunaciones: Td-triple vírica-hepatitis B; PPD, Rx. Tórax.

**Resultados.** n(P1) = 450, n(P2) = 302; edad P1 = 32 ± 4,4, edad P2 = 34 ± 6,2; sexo P1 H55,1-M44,9 P2 H55,4-M44,6; nacionalidad más frecuente P1: Ecuador (23,2%), Marruecos (21,9%), Perú (10,7%), Colombia (4,9%); P2: Ecuador (18,5%), Perú (11,9%), Marruecos (10,9%), Bolivia (10,2%). Porcentajes actividades correctas (P1-P2)(p < 0,01): anamnesis año de llegada (29,3%-52,2%), trabajo (44,4%-60,2%); TA (74,0%-84,8%), talla (52,2%-73,8%), peso (55,1%-74,8%), auscultación cardiorrespiratoria (48,0%-65,1%), exploración abdominal (40,0%-52,5%), adenopatías (7,0%-23,2%), sedimento (13,6%-24,6%), parásitos (2,9%-11,0%), serología VHB (6,81%-33,7%)-VHC (26,31%-49,6%) -VIH (34,4%-71,1%); vacunaciones Td(51,1%-66,8%)-triple vírica (6,9%-47,8%)-hepatitis B (9,5%-15,7%), PPD (5,8%-5,0%), Rx. Tórax (5,1%-12,3%). p < 0,05: analítica básica (78,9%-81,1%), No se observó diferencias significativas: tabaco (82,6%-86,7%), alcohol (79,1%-81,1%) drogas (45,5%-54,3) y PPD (5,8%-5,0%).

**Conclusión.** 1. Dificultad en el muestreo P2 por no cumplir criterios de selección (nº visitas). 2. Mejoría en todas las variables excepto interrogatorio de tabaco, alcohol y drogas (dado que previamente se partía de un alto porcentaje). 3. Debe mejorar la realización de PPD. 4. La realización de un taller y la elaboración de una ficha-guía dirigidos a los equipos de atención primaria han demostrado ser herramientas útiles para mejorar la atención al paciente inmigrante.

## RECETA ELECTRÓNICA: DE LA FASE PILOTO A LA PRÁCTICA DIARIA

*J. Santigosa Benet, J. Blasco Alvaredo y F. Ortín*

SAP Terres de l'Ebre. Tortosa (Tarragona). Cataluña.

Correo electrónico: joansantigosa@hotmail.com

**Objetivos de la experiencia.** Implementar en una región sanitaria el uso entre todos los profesionales implicados del sistema de receta electrónica.

**Descripción de la experiencia.** La estrategia seguida para abordar los aspectos primordiales relevantes en el proceso de extensión, la dotación de tarjetas de firma digital y la formación teórica y práctica de los profesionales implicados, se diseñó para adaptarla a las necesidades de cada una de las Áreas Básicas de Salud. Se partía de una situación piloto con 2 áreas básicas de salud, 12 facultativos, 20 oficinas de farmacia, y el despliegue afectó a 11 áreas básicas de salud, 192 facultativos, y 83 oficinas de farmacia. La metodología de trabajo incluyó el pacto con la entidad emisora de las tarjetas de firma digital para su distribución a los médicos el mismo día de la formación, y una sesión formativa de 4 horas, dirigida a médicos, farmacéuticos y personal administrativo, con el siguiente esquema: 1. Entrega de tarjetas digitales. 2. Explicación del modelo conceptual de receta electrónica. 3. Formación en las pantallas de prescripción de la historia clínica informatizada. 4. Sistema integrado de receta electrónica. 5. Ruegos y preguntas. Se complementó con la información oral y escrita a los pacientes.

**Conclusiones.** El objetivo de que los médicos puedan empezar a emitir recetas electrónicas el mismo día de la sesión formativa, se cumplió en su totalidad, de forma que el modelo se propone para otras regiones sanitarias de todo el territorio autonómico en las que se implantará el sistema de receta electrónica.

## Sesión oral 2

**Jueves, 20 de noviembre. 9.00-11.30 h**

**Zona izquierda. Planta 2. Sala Ámsterdam**

## Riesgo cardiovascular/respiratorio

### DIABETES OCULAR: FIABILIDAD DE SU DIAGNÓSTICO DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

*M. Sender Palacios, M. Vernet Vernet, J. Ondatogui Parra, E. Simó Cruzet, P. Larrosa Sáez y E. Jovell Fernández*

CAP Terrassa Nord, Consorcio sanitario de Terrassa. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 12646mvv@comb.es

**Objetivos.** Conocer la fiabilidad del diagnóstico de la patología oftalmológica del paciente diabético, realizado por el médico de Atención Primaria de Salud (APS) mediante la concordancia con el diagnóstico realizado por un oftalmólogo experimentado de referencia.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes prospectivo multicéntrico realizado en 6 Áreas Básicas de Salud de ámbito urbano (colaboración de 11 médicos APS y 3 oftalmólogos de servicios especializados de referencia). Muestra representativa de 712 diabéticos tipo 2. Intervenciones: Realización, por parte de un optometrista, de exploración de agudeza visual, medición de presión intraocular y fotografía fondo de ojo con cámara retina no midriática. Interpretación de resultados, mediante doble lectura ciega, por oftalmólogos y médicos APS, con la posterior indicación de derivación a servicios de oftalmología. Realización previa de curso de formación a los médicos de APS por parte de los oftalmólogos del equipo investigador.

**Resultados.** Pacientes con: a) alteración de agudeza visual: médico APS 44,68% (311), oftalmólogo 36,45% (257), concordancia 60%; b) sospecha de glaucoma: médico APS 15,89% (107), oftalmólogo 14,57% (102), concordancia 94%; c) retinopatía diabética: médico APS 27,1% (188), oftalmólogo 12,6% (89), concordancia 80%. Derivación a los Servicios Oftalmología: médico APS 57,75% (402), oftalmólogo 41,58% (294).

**Conclusión.** El nivel de concordancia en los diagnósticos entre el médico de APS y el oftalmólogo hace fiable la exploración oftalmológica del paciente diabético desde la APS. A pesar del supradiagnóstico y del 16% de derivación no justificada realizada por parte del médico APS la derivación al oftalmólogo se evita en casi la mitad de los pacientes.

### ¿QUÉ GASTO FARMACOLÓGICO GENERA UN DIABÉTICO BIEN CONTROLADO?

N. Riera Nadal, G. Férriz Villanueva, M. Rojas Blanc, M. Pérez Rodríguez, M. Sallent Claparols y E. Martín Gracia

CAP Sagrada Familia. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: gemma.ferriz@sanitatintegral.org

**Objetivos.** Descripción del perfil, grado de control y gasto farmacológico de nuestros pacientes diabéticos (DM).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal en un centro de salud urbano (población adulta atendida 13341). Período a estudio: marzo-mayo 2008. Población a estudio: 294 DM en tratamiento farmacológico antidiabético crónico (DMTFC) (56,53% del total DMTFC).

**Variables analizadas:** Edad, sexo, tipoDM, médico que realiza el seguimiento (MS), Grado de control: (HbA1c < 7: bueno, HbA1c:7-8: aceptable, HbA1c > 8: malo. Factores de riesgo cardiovascular (FRCV), complicaciones y/o patología cardiovascular asociada (CPCA), coste anual tratamiento farmacológico (CATF).

**Resultados.** Edad media  $71,74a \pm IC95\%: 70,22-73,27a$ , 52,72% mujeres. 93,2%DM2. MS: 32,65% controlados por médico de familia (CMF); 19,05% endocrinólogo de referencia (CER); 14,28% endocrinólogo privado (CEP); 12,24% médico residencia geriátrica (CR); 11,9% endocrinólogo hospital referencia (CEH); 8,84% otros especialistas (CO). Grado control: 59,18% bueno; 17,34% aceptable; 15,3% malo; 8,16% no consta. 41,49% presentan un FRCV; 40,81% dos, 7,14% tres, siendo HTA el FRCV asociado más frecuente. CPCA más frecuentes: cardiopatía isquémica: 18,7%, insuficiencia renal crónica: 13,9%, retinopatía diabética: 10,88%. CATF total: 82.878,629€, el 16,7% generado por pacientes controlados por MF con CATF medio 145,01€ (IC95% 102-188). CATF medio/paciente: 291,9€ (IC95% 280,84-322,96€), CATF según grado de control: Bueno: 239€ (IC95% 190,87-288,24€), Aceptable: 383,45€ (IC95% 280,27-486,64€), Malo: 354,98 (IC95% 262,88-447,08€). CATF del los DM con buen control según MS: 77,8% de los CMF (97,35€ (IC95% 66,02-128,69€); 56,3% de CER (276,79€ (IC95% 129,7-423,86); 68,5% de los CEH con CATF 480,42€ (IC95% 328,69-632,15).

**Conclusión.** El MF realiza el seguimiento de casi una tercera parte de los DMTFC y sólo es responsable del 16,7% del coste farmacológico que éstos generan. Existe un mayor porcentaje de pacientes bien controlados y con menor gasto en atención primaria. Es básico mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, impulsando el diseño y uso de guías clínicas compartidas para alcanzar un control más eficiente de nuestros pacientes.

### EXPERIENCIA Y RESULTADOS DEL PRIMER AÑO DE CRIBADO OCULAR EN DIABÉTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

B. Fontoba Poveda, B. Fernández Fernández, M. López, B. Presumido, D. Moll y R. Pérez

EAP Vinyets. Sant Boi de Llobregat (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: 30830bfp@comb.es

**Objetivos de la experiencia.** Justificación: la detección precoz de la retinopatía diabética (RD) y del edema macular permite un tratamiento precoz, frenar su progresión a formas severas y a la ceguera. La masificación del servicio de oftalmología, comporta un bajo porcentaje de revisiones en la población diabética (< 50% cribaje, tiempo entre revisiones > 2 años). Objetivos: evaluar la experiencia del cribaje ocular en Atención Primaria (AP).

**Descripción de la experiencia.** Metodología: el cribaje ocular inició su actividad en agosto 2006. Presentamos resultados de 17 meses de funcionamiento. Durante dos meses el médico de AP recibió educación en el servicio de oftalmología. Dos auxiliares de clínica formadas realizan: programación telefónica (encuesta de inclusión) y cribaje mediante cámara de retina no midriática, tonometría y optometría. Dos médicos de familia (1 día por semana) informan resultados e introducen en agenda específica los casos dudosos y patológicos. El especialista en oftalmología accede para valoración, informar y citar posteriormente a los patológicos.

**Resultados.** Programación telefónica 90% (5.127) del total de diabéticos (5.697) con criterios de inclusión (exclusión: RD, maculopatía, glaucoma, at.dom). Cribajes oculares realizados 66,2% (3.395), el 24,3% se consultó con oftalmología y un 3,5% se derivó. El 60,38% fueron normales; se detectó un aumento en: opacidad de medios y baja agudeza visual.

**Conclusiones.** La accesibilidad al centro de salud, la sencillez y eficacia de la técnica, el consenso y comunicación con oftalmología han permitido: aumentar la detección precoz de RD y glaucoma, mejorar la calidad y racioneralización de las derivaciones y ofrecer cobertura anual del cribaje en AP.

### ANTIAGREGACIÓN ADECUADA EN LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR PRIMARIA Y SECUNDARIA DEL PACIENTE DIABÉTICO

A. Gallego Arenas, B. Novella Arribas, B. Sierra García, L. Ruiz Díaz y F. Rodríguez Salván

CS Los Yébenes, Área 7; CS Potosí, CS Núñez Morgado, CS Valleaguado, Área 2; CS Dr. Pedro Laín Entralgo, Área 8. Madrid. Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: angelala11078@hotmail.com

**Objetivos.** Estimar si hay un adecuado tratamiento antiagregante en diabéticos tipo 2, según las directrices de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) 2006, tanto en prevención primaria como secundaria.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal, basado en información de historias clínicas. Muestra aleatoria de 153 diabéticos tipo 2, atendidos en el año 2006, en un centro de salud urbano de Madrid.

**Mediciones.** Edad, sexo, antiagregación según ADA, antiagregante empleado, Factores de riesgo y eventos cardiovasculares (ECV), parámetros clínicos.

**Resultados.** De los 153 sujetos analizados, 56,9% eran varones, con una edad media de 67,8 años. El 71,2% de los pacientes estaban en prevención primaria. El 44,4% de los diabéticos estaban adecuadamente antiagregados, según la ADA. Entre los sujetos en prevención secundaria estaban bien antiagregados el 90,9%, mientras que solamente el 25,7% de los de prevención primaria lo estaban, siendo estadísticamente significativo. Cuando se antiagrega es el ácido acetilsalicílico (AAS) el más usado

**Conclusión.** Una gran proporción de diabéticos en prevención primaria no estaría adecuadamente antiagregada, según la ADA, a pesar de no tener contraindicaciones. Sin embargo, existe una adecuada antiagregación en los pacientes en prevención secundaria. El beneficio del AAS en la reducción de ECV está correctamente documentado en pacientes con enfermedad cardiovascular previa. En cambio, el papel de la antiagregación en diabéticos de prevención primaria es poco conciso y objeto de discusión. Las directrices de la ADA son rebatidas por diversas comunidades científicas, al carecer de apoyos sólidos que evalúen la efectividad de AAS en pacientes sin enfermedad cardiovascular y podría ser motivo de la diferencia encontrada.

## VARIACIÓN DIAGNÓSTICA TRAS UN AÑO DE INTERVENCIÓN SOBRE EL ESTILO DE VIDA EN SUJETOS PREDISPUESTOS A DESARROLLAR DIABETES DE TIPO 2 (PROYECTO DE-PLAN-CAT)

F. Barrio Torrell, B. Costa Pinel, S. Sarret Vilà, M. Cot Rosell, I. Ojeda Ciurana y Grupo DE-PLAN-CAT

Instituto de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol (Área Diabetes y Metabolismo); Institut Català de la Salut. Reus (Tarragona), Barcelona, Blanes. Cataluña.

Correo electrónico: ciscobarrio@gmail.com

**Objetivos.** Evaluar si la intervención sobre el estilo de vida es efectiva en la prevención de la diabetes tipo 2 en atención primaria (proyecto DE-PLAN).

**Material y métodos.** Tipo de estudio. Multinacional (15 países), multicéntrico, transversal en primera fase (1-año), longitudinal en la segunda (2-años). Ámbito de estudio: atención primaria: 12 centros, 104 profesionales (medicina+enfermería). Sujetos: muestra aleatoria de población no diabética de referencia (45-75 años). Mediciones e intervenciones: cumplimentación del cuestionario FINDRISC (8 ítems analizando el riesgo futuro de diabetes) y una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) durante el cribado. Descartados los sujetos con PTOG sugestiva de diabetes, aquellos con alto riesgo identificado por una u otra vía recibieron una intervención sobre su estilo de vida (informativa o intensiva: individualizada o en grupos), reforzada individualmente cada 6 semanas en ambos formatos.

**Resultados.** Cribados 2054 sujetos, se contrastó la puntuación con la PTOG en 1192 (58%). Participaron 552 de alto riesgo (26,9%), 251 (45,5%) con hiperglucemia en la PTOG y 301 (54,5%) con PTOG normal y FINDRISC de alto riesgo. De los 474 casos válidos al año, 35 habían desarrollado diabetes (7,4%), 148 (31,2%) persistían con hiperglucemia (-14,3%) y 291 (61,4%) mantenía una PTOG normal (+6,9%). El grupo en intervención informativa registró mayores pérdidas de seguimiento (19,5% vs 10,8%;  $p < 0,001$ ). Una mayor proporción de sujetos en intervención intensiva mejoró su situación metabólica inicial (18,4% vs 14,2%;  $p = 0,247$ ).

**Conclusión.** Las pérdidas de seguimiento y la incidencia anual de diabetes fueron inferiores ante la intervención intensiva sobre el estilo de vida. El efecto del refuerzo continuado fue muy relevante el primer año.

## CONSUMO DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS EN UNA COHORTE DE DIABÉTICOS. ¿TENEMOS EN CUENTA LA FUNCIÓN RENAL AL PRESCRIBIR AINE?

M. Boira, C. Aguilar, J. Pepiò, R. Ciurana, A. Juan y S. Blanch

ABS Tortosa Oest-Amposta. Tortosa (Tarragona). Cataluña.

Correo electrónico: miboir@yahoo.es

**Objetivos.** Determinación prevalencia de prescripción de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en pacientes con diabetes mellitus tipo II e insuficiencia renal establecida (IRE) y oculta mediante cálculo filtrado glomerular por la fórmula de Crockroft-Gault (FGCr).

**Material y métodos.** Diseño: estudio descriptivo transversal. Ámbito: Atención Primaria. Sujetos: pacientes diagnosticados DM tipo II controlados Atención Primaria. Muestra: 509 diabéticos. Variables: sociodemográficas, factores riesgo cardiovascular, parámetros analíticos, IRE (creatinina > 1,3 y 1,4 mg/dl en mujeres y hombres respectivamente), determinación FGCR, fármacos antiinflamatorios, Riesgo cardiovascular según REGICOR, patología asociada DM.

**Resultados.** 509 pacientes, 54,6% mujeres, edad  $66,5 \pm 18,7$ , media de años diagnóstico:  $7,4 \pm 8$  años, 4,9% dislipémicos, 79,1% hipertensos, 19,3% TA < 130/80, 18% fumadores, 49,9% obesos (IMC > 30), 85% HbA1c < 7, RCV moderado-alto 38,5%, ECV 12%, 8,9% no patología crónica asociada. La prevalencia IRE establecida 10,9%, IRE oculta por FGCR 24,29% (IC 95% 20,33%-28,5%) en la muestra de 450 pacientes (sin IRE). Un 12,3% (IC 95% 9,5%-15,3%) de los diabéticos toman AINE regularmente. Un 9,1% (IC 95% 3%-20%) de los pacientes con IRE y un 7,3% (IC 95% 3,2%-14%) de los pacientes con IRE oculta toman AINE regularmente.

**Conclusión.** Detectamos porcentaje nada despreciable de pacientes con afectación renal que consumen AINE regularmente. Siendo la diabetes mellitus una de las principales causas de enfermedad renal en nuestro medio, deberíamos adecuar más nuestra prescripción en estos pacientes evitando fármacos tan prescritos como los AINE que pueden producir

una rápida progresión de la enfermedad renal como dificultar el control de otros FRCV. Deberíamos concienciarlos de las interacciones y efectos secundarios de los fármacos y en particular de AINE.

## RAMADÁN Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

M. Martínez Sierra, J. Franch Nadal, A. Merida Martos, L. Gallardo Martínez, S. Delgado Giron y J. Morato Griera

ABS Raval Sud. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: josep.franch@gmail.com

**Objetivos.** Analizar la influencia del ayuno del Ramadán en el control metabólico de la DM2.

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo de medidas repetidas. EAP urbano con alta tasa de inmigración (53% del censo). De los 330 diabéticos musulmanes registrados, 96 accedieron participar en el estudio (29%). Durante el mes de Ramadán, un mes antes y un mes después se realiza una encuesta dietética (recuerdo de 3 días) y se determinan las variables de control metabólico de la DM2 (analítica pre y posRamadán), tratamiento y complicaciones. Estadística descriptiva y analítica bivariante y multivariante.

**Resultados.** Procedencia: 56% de Magreb, 44% indopakistaníes. 75% de hombres. El periodo de Ramadán ha producido variaciones significativas en los valores de HbA1c (reducción  $0,2 \pm 0,14\%$ ), el índice cintura/cadera (reducción de  $0,7 \pm 0,01$  unidades) y el HDL-c (ascenso de  $3,3 \pm 4,0$  mg/dl). Las variaciones del resto de variables no fueron estadísticamente significativas. El promedio de pérdida de peso fue de 254 g ( $\pm 1385$ ). La reducción de la HbA1c se ha relacionado con el descenso de kilocalorías, el índice cintura/cadera y los años de evolución de la DM en la estadística multivariante ( $p < 0,001$ ).

**Conclusión.** El ayuno del Ramadán ocasiona una discreta reducción de la ingesta calórica, fundamentalmente a expensas de las proteínas, con descensos no significativos del peso corporal. Discreta reducción de la HbA1c (sólo 0,2%) y mejora de indicadores de resistencia a la insulina (aumento HDL y descenso cintura/cadera). No se han registrado hipoglucemias ni complicaciones agudas.

## DIABÉTICOS HIPERTENSOS: GRADO DE CONTROL Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

E. Mas Paradeda, E. Vilert Garrofa, I. Sánchez, L. Oliva Aldeguer, J. Coderch Lassaeta y J. Lisboa Ginesta

CAP Dr. Josep Alsina i Bofill. Palafrugell (Girona). Cataluña.

Correo electrónico: evilert@hospal.es

**Objetivos.** Evaluar grado de detección y control de hipertensión arterial asociada a diabetes (HTA/DM) y otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV) modificables según consensos internacionales.

**Material y métodos.** Diseño: descriptivo transversal, muestra n = 3262. Ámbito de actuación: cuatro centros salud gestionados por misma empresa (84.764 habitantes). Criterios inclusión: diabéticos hipertensos, > 15 años atendidos durante 2006. Criterios exclusión: exitos, urgencias. Fuente: historia clínica informatizada compartida. Variables: primarias (demográficas, registro FRCV), secundarias (grado control FRCV, lesiones órgano diana, enfermedad clínica relacionada (ECR), antiagregación). Métodos evaluación: pruebas estadísticas SPSS, F-Fisher, t-Student,  $p < 0,001$ .

**Resultados.** Edad: 70,1 a (DE: 11,2). Mujeres: 49%, hombres: 51%. Prevalencia HTA/DM: 4,5%. Grado control HTA: 20,8%, DM: 47,8% y ambos: óptimo 10,4% y 41,2% ninguno. RCV (regicor) > 10: 22%. FRCV modificables: IMC: media: 30 (DE: 4,83), sobrepeso: 33,7%, obesidad: 44,5% (30,4% moderada), LDL/uso estatinas: < 70 mg 63,8%, entre 70-100 mg 53,9%, entre 100-130 mg 63% no toman y > 130 mg 58,2% tampoco toman ( $p < 0,001$ ). Tabaco: 73,8% no fumadores. Perímetro cintura: 66,7% no cumplen criterios NCEP-ATPIII. Perímetro cintura/IMC y RCV según SEEDO 2000: riesgo moderado: 19,8%, importante: 61,74%. ECR: 20% ninguno, 51% uno. Afectación renal: microalbuminuria > 20: 31,9%, Filtrado glomerular < 60:31%, < 30: 1,9% y combinando ambos: 51% no af. renal y 10,5% ambas alteradas. Enfermedad cerebrovascular: 9,6% ha tenido algún episodio sin diferencias entre sexos pero sí por edades: 4,87% 40-65 a y 15,5% en > 80 a ( $p < 0,001$ ) y relacionando ambos: hombres tienen episodios más jóvenes. Antiagregantes: 37,9% toman antiagregante. Si RCV > 10: 40% toman estatinas y 25,8% si > 20 ( $p < 0,001$ ).

**Conclusión.** Infrarregistro variables, grado control DM/HTA inferior al esperado, 25% obesidad moderada, más de la mitad no antiagregación.

#### CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS ASISTENCIALES DE LA IDF EN PACIENTES CON DM2

*F. Chacón García, J. Diago Cabezudo, J. Reviriego Fernández, P. García de Polavieja y G. Cadini*

Laboratorios Lilly S.A. Alcobendas (Madrid). Comunidad de Madrid.  
Correo electrónico: reviriego\_jesus@lilly.com

**Objetivos.** Evaluar el seguimiento de las 12 medidas asistenciales (MA) recomendadas por la IDF (International Diabetes Federation) para el paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) no insulínizado.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, observacional, naturalístico y multicéntrico con revisión de historias clínicas. Participaron 68 médicos de familia (MF) incluyendo 722 pacientes con DM2, no insulínizados y > 30 años. Se registraron variables sociodemográficas, socioeconómicas, clínicas y asistenciales. Se consideró buen control metabólico (CM): HbA1c < 6,5% y HbA1c < 7% según IDF y ADA (American Diabetes Association), respectivamente.

**Resultados.** El 47,5% eran mujeres y la edad media (DE) era 65,0 (11,4) años. El tiempo medio (DE) de evolución eran 6,6 (5,5) años. Un 43,5% y un 60% de los pacientes presentaban un buen CM según IDF y ADA respectivamente. Se siguieron correctamente una media (DE) de 6,4 (2,0) MA -6,1 (1,9) y 6,6 (2,0), en pacientes con buen y mal CM según IDF ( $p = 0,005$ , test Mann-Whitney), y 6,3 (2,0) y 6,5 (2,0) según ADA-, datos semejantes a los encontrados en endocrinología (7,1 (2,0)) y medicina interna (6,4 (2,2)). Determinar el riesgo cardiovascular, valorar fondo de ojo, proteinuria, nefropatía y neuropatía fueron las MA con seguimiento inferior al 50%. Medidas como "entrenamiento en autoanálisis de glucemia capilar", "terapia con antidiabéticos orales por fracaso de medidas higiénico-dietéticas" o "exploración de neuropatía" fueron superiores en pacientes mal controlados respecto a los bien controlados ( $p < 0,05$ , test Chi-cuadrado).

**Conclusión.** El seguimiento realizado en Atención Primaria de las MA de la IDF es similar al de otras especialidades. Sin embargo, parece necesario implementar acciones que favorezcan un mayor y más frecuente seguimiento de las medidas IDF.

#### PREVENCIÓN SECUNDARIA EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR: ¿CIENCIA O CREENCIA?

*B. Iglesias Pérez, F. Ramos Pérez, J. Bages Romera, A. Crespo García, N. Bono Lahoz y R. Tomàs Puig*

Servicio de Atención Primaria del Alt Penedès Garraf; ICS. Vilanova i la Geltrú (Barcelona). Cataluña.  
Correo electrónico: biglesias@ambitcp.catsalut.net

**Objetivos.** Conocer las opiniones de los médicos de familia (MF) en relación al beneficio que los pacientes con cardiopatía isquémica (CI) pueden esperar de una serie de intervenciones de prevención secundaria con niveles de evidencia variables.

**Material y métodos.** Diseño: Descriptivo observacional transversal. Junio 2008.

Ámbito: Atención Primaria (AP).

**Sujetos.** Todos los MF contratados en plantilla en un servicio de atención primaria de una zona heterogénea, 119 MF (239.661 habitantes; 9 EAP; 10 centros de salud y 37 consultorios).

**Variables/Recogida.** Edad, género, modelo, beneficio esperado de 13 intervenciones de prevención secundaria en una escala analógica (0-10 puntos). Se diseñó una encuesta específica para el estudio. Se administró telefónicamente y por mail.

**Resultados.** Se envió a 105 MF (77 respondieron, 73,3%). El porcentaje de MF que no aciertan en la clasificación es variable y oscila entre 2,6% (IC95%: 0,7-9,0) (tratamiento antiagregante y el nivel de LDL < 100 mg/dl) y el 100% (IC95%: 95,2-100) (inicio de relaciones sexuales nunca antes de 6 meses post-evento). El consumo de alimentos funcionales con omega 3 ha sido puntuado con una media de 6,0 puntos (DE: 1,9). Sólo el 32,9% (IC95%: 23,4-44,1) consideran que dar betabloqueantes (BB) en isquémicos con MPOC es beneficioso.

**Conclusión.** En general, los MF tienden a sobrevalorar el beneficio de todas las intervenciones. Se confía en algunas intervenciones que no están

basadas en la evidencia y esto podría trasladarse a la práctica clínica, por ejemplo consumir alimentos funcionales con omega 3. También se mantienen creencias como la contraindicación de tratar los pacientes MPOC con BB cardioselectivos.

#### EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR MAYORES EN ANDALUCÍA (1992-2007): ESTUDIO DRECA-2

*J. Santos Lozano, E. Mayoral Sánchez, C. Lama Herrera, M. Ramos Molina, L. Lahera Robles y J. Lapetra Peralta*

Servicio Andaluz de Salud y Ciberfisiopatología Obesidad y Nutrición (ciberobn); Instituto de Salud Carlos III. Sevilla. Andalucía.  
Correo electrónico: jlaperata@superable.es

**Objetivos.** Estudiar la evolución de la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular mayores (FRCV): hipertensión arterial (HTA), diabetes, dislipemia, tabaquismo y obesidad, en población andaluza de 20 a 59 años entre 1992 y 2007.

**Material y métodos.** Diseño. Estudio descriptivo con dos cortes transversales en 2 períodos temporales: 1992 y 2007. Emplazamiento. Centros de Salud andaluces. Sujetos. 2 muestras de 624 individuos, de base poblacional y representativas de la población andaluza de entre 20 y 59 años, la primera estudiada en 1992 y la segunda en 2007, con una similar distribución por edad y sexo (1992: 46,3 ± 7,5 y 55% de mujeres; 2007: 45,2 ± 6,4 y 53% de mujeres). Mediciones e Intervenciones. Variables: edad, sexo, antecedentes de FRCV, presión arterial, índice de masa corporal, glucemia basal y lípidos. Análisis estadístico descriptivo (frecuencias absolutas y relativas). Test de la  $\chi^2$  para la comparación de proporciones. Se consideró diferencia estadísticamente significativa (ES) una  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Prevalencia (%) de FRCV (1992 vs 2007): 1) HTA: 17,7 vs 27,7 (ES). 2) Diabetes: 4,2 vs 9,9 (ES). 3) Dislipemia: 43,2 vs 45,4 (no ES). 4) Tabaquismo: 43,8 vs 31,1 (ES). 5) Obesidad: 18,3 vs 30 (ES).

**Conclusión.** En la población andaluza de 20 a 59 años, entre 1992 y 2007, se ha producido un incremento significativo en la prevalencia de HTA, diabetes y obesidad, un descenso claro en la adicción al tabaco y no ha habido cambios sustanciales en la frecuencia de dislipemia.

### Sesión oral 3

**Jueves, 20 de noviembre. 12.00-14.30 h**

**Zona izquierda. Planta 1. Sala Berlín**

### Gestión clínica y calidad

#### PROCESO DE INTRODUCCIÓN DE UNA NUEVA TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ECOGRAFÍA. ESTUDIO DE COSTES Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

*J. Fernández Tabera, P. Cañto Aragónés, F. Millán Pacheco, M. Pérez Ramírez, M. Velasco Martínez y J. Mainka*

CS de Navalcarnero. Madrid. Comunidad de Madrid.  
Correo electrónico: jmfern@telefonica.net

**Objetivos.** Viabilidad económica, oportunidad y conveniencia de introducir la ecografía en una zona básica de salud rural. Demanda potencial de dicha prueba en nuestra zona de influencia.

**Material y métodos.** El estudio comprende tres partes. Primera: analizar el perfil de utilización de la ecografía, mediante un estudio descriptivo de todas las solicitudes durante el 2007. Criterio de inclusión: ecografía abdominal, muscular y de partes blandas. Segunda parte: un estudio de costes desde una perspectiva del financiador que incluye sólo costes directos de la ecografía directamente realizada por el médico de familia, mediante un modelo de simulación de diferentes escenarios y cuya variable resultado es el coste unitario de la ecografía. Alternativas comparadas: eco en centro concertado y en entidad privada. Incluye análisis de sensibilidad. Tercera: encuesta piloto sobre satisfacción de los usuarios respecto a esta técnica.

**Resultados.** Ecografías solicitadas: 1.172. Sin registro del resultado en la historia clínica: 81%. Con patología: 65% de las registradas. Ecografía más solicitada: abdominal con un 69,2%. Coste unitario por ecografía según caso base fue de 22,5 euros, en centro concertado de 19 euros y en entidad privada 21-22 euros. El 99% de las encuestas valoraron favorablemente la realización de ecografía por su médico de familia.

**Conclusión.** La intensidad de uso de la ecografía podría justificar su implantación en el ámbito de atención primaria. La realización de la ecografía en atención primaria parece ser viable económicamente. La encuesta de satisfacción del usuario revela estar de acuerdo con su realización por el médico de familia.

#### PREVALENCIA DE ENGAGEMENT EN MÉDICOS CATALANES

*R. Mourielle Varela, C. Molina Guasch, J. Menéndez Puigali, M. Vicheto Capdevila, E. Martín Correa y R. Llorens Vercher*

Autónomo (no centro salud) en Santa Coloma de Gramanet. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: r.mourielle@gmail.com

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de engagement en el personal facultativo de atención primaria, así como analizar su relación con factores personales y laborales.

**Material y métodos.** Diseño: Estudio observacional, transversal y descriptivo.

**Participantes y emplazamiento.** Todos los médicos de los 6 centros de Atención Primaria de titularidad pública (ICS) de Santa Coloma de Gramanet, zona urbana de clase social media baja situado en la provincia de Barcelona.

**Mediciones principales.** Se administró cuestionario anónimo autoadministrado estructurado en dos partes: datos sociodemográficos y laborales, y Utrecht Work Engagement Scale (UWES) con tres subescalas de medición (vigor, dedicación y absorción).

**Resultados.** Primera aproximación a nivel estatal para conocer prevalencia del engagement (constructo teóricamente opuesto al burnout) en facultativos de Atención Primaria. Tasa de respuesta del 51,47%, 54,3% mujeres, con edad media de 41,7 años. 53,12% eran interinos, con 13,5 años trabajados de media, 36,06 pacientes vistos al día y 37,86 horas semanales trabajadas. Presentaban niveles elevados de engagement un 40% de los médicos encuestados, 11,4% de forma intensa (tres variables elevadas). Por lo que respecta a las tres subescalas de medición se encontraron niveles moderados de vigor, dedicación y absorción. Baja satisfacción laboral, 22% de encuestados habían considerado abandonar su trabajo. No diferencias significativas de prevalencia de engagement en función características sociodemográficas ni laborales contrariamente a lo que ocurre en el caso del burnout.

**Conclusión.** Existe prevalencia de niveles moderados de engagement sin hallarse relación de estos con variables sociodemográficas ni laborales en la población de médicos estudiados.

#### LA EXPERIENCIA DE INFORMATIZACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA SALMANTINA COMO ELEMENTO DE REFLEXIÓN ÚTIL PARA FORMULAR PROPUESTAS DE MEJORA PARA EL FUTURO

*C. Juliá Álvarez, J. Olazábal Ulacia, E. Sánchez Casado, M. Bernad Vallés, E. Sánchez de la Cuesta y J. Montero Luengo*

CS San Juan. Salamanca. Castilla y León.  
Correo electrónico: jolazabal@usal.es

**Objetivos.** Tras analizar las percepciones de los sanitarios del proceso de informatización reciente en nuestra provincia, se realizan propuestas de mejora para el futuro.

**Material y métodos.** Encuesta autoaplicada realizada a 206 sanitarios del ámbito provincial de Salamanca, tanto del medio rural como urbano.

**Resultados.** La valoración global del proceso de informatización es moderadamente positiva (Media 3,57, IC 95% 3,48-3,67, rango de muy mala 1 a muy buena 5), sin diferencias para distintas variables (incluida la profesión), salvo para el sistema informático (Media MEDORA: 3,8, OMI 3,4,  $p < 0,001$ ). Alrededor de tres cuartas partes de los sanitarios consideran que ha primado el interés por el control y gasto (88,2%), que no existe adecuación a sus necesidades (74%) ni al tiempo disponible (77,9%) y que la apuesta es ineficiente (76,3%), constituyendo un error su ámbito autonómico (67%). En torno a la mitad consideran excesivo el

tiempo que sustrae (55,4%) y están preocupados por la salvaguarda de los datos (50,7%). Más de 1/3 consideran que el proceso no se orienta a la AP (43,7%), perciben sus consultas como más impersonales (42,9%) y con menor grado de comunicación con los pacientes (36%).

**Conclusión.** Las propuestas de futuro que podrían contribuir a mejorar la valoración -actualmente positiva- de la informatización de la AP, incluyen: una mayor adecuación de los programas a las necesidades y tiempo de los profesionales y al ejercicio específico de la AP, la información acerca de las medidas de seguridad establecidas, la mejora de su efectividad -eficiencia y el uso de programas de carácter interautonómico.

#### PREFERENCIAS DE INFORMACIÓN SANITARIA DE LA CIUDADANÍA ANDALUZA

*C. Pérez Romero, Y. Fornieles García, M. Bernal González, M. Valcárcel Cabrera, R. Miñarro del Moral y C. Méndez Martínez*

Escuela Andaluza de Salud Pública; Servicio de Información y Evaluación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Granada, Sevilla. Andalucía.  
Correo electrónico: carmen.perez.easp@juntadeandalucia.es

**Objetivos.** Explorar las preferencias de la ciudadanía andaluza sobre áreas de información sanitaria.

**Material y métodos.** Se realiza un sondeo de opinión mediante una encuesta telefónica a la población general con edad igual o mayor de 18 años, residentes en cualquier punto de la geografía andaluza y con cobertura telefónica en el hogar, con un plan de trabajo en cuatro fases: FASE 1. Análisis de la población diana y diseño muestral (300 personas entrevistadas, muestreo aleatorio multietápico); FASE 2. Diseño y prueba del cuestionario (15 ítems principales estructurados en cinco dimensiones; pretest); FASE 3. Desarrollo de la encuesta (contacto con 609 hogares andaluces mediante sistema CATI), FASE 4. Análisis de la información (identificación de variables sociodemográficas relacionadas con las preferencias de información sanitaria expresadas).

**Resultados.** Los temas relacionados con la salud más interesantes para el 90% de la población encuestada son la alimentación y nutrición, los medicamentos y las vacunas. La información sobre enfermedades concretas calificada de mayor interés son el cáncer (86%) y las enfermedades de corazón (86,7%). Sobre los servicios sanitarios, las listas de espera es el tema que mayor interés despierta en la ciudadanía (90,3%), seguido la calidad asistencial (87,7%) y la satisfacción de los pacientes (87,0%). Destaca Internet como principal fuente de información sanitaria; el formato preferido es el audiovisual.

**Conclusión.** El interés manifestado por la ciudadanía sobre las áreas de información sanitaria está relacionado con la edad y el sexo de la persona encuestada, no encontrándose asociación con otras variables sociodemográficas.

#### DISCÚLPAME UN MOMENTO: FILTRADO DE LLAMADAS EN LA CONSULTA DE UN MÉDICO DE FAMILIA

*A. Llompart Cerdà, A. García Elvira, V. García Rodríguez, F. Bestard Reus, M. Llull Sarralde y M. Gutiérrez Polo*

CS Son Gotleu. Palma de Mallorca. Illes Balears.  
Correo electrónico: chentegarod1@hotmail.com

**Objetivos.** Evaluar presencia de interrupciones en consulta. Evaluar la opinión de MF en interrupciones. Evaluar la reducción de interrupciones mediante un filtrado de llamadas.

**Material y métodos.** Diseño: estudio quasi-experimental antes y después. Ámbito: centro de salud, urbano, docente, 24035 habitantes. Criterios de selección: 12 MF, se excluyó personal substituto y residentes. Intervenciones: filtrado de llamadas por personal administrativo entrenado. Variables y método de evaluación de respuesta: registro y clasificación (evitables/inevitables) de interrupciones en consulta antes/después del filtrado. Registro de opinión en interrupciones del MF antes/después del filtrado.

**Resultados.** Al 83,3% (10/12) de los MF les molestó ser interrumpidos, el 100% pensaron que atendían mejor sin interrupciones. Antes de la intervención se obtuvieron una media de 10 interrupciones/consulta/día. El 37,6% (173/460) de ellas tenían su origen en el teléfono fijo de la consulta, casi la mitad de éstas (45,6%) fueron externas al centro (79/173). Con la intervención se redujo un 24% (60/79) las llamadas exteriores en consulta, con una reducción del 37% (29/46) sólo en llamadas externas

catalogadas como evitables, (con significación estadística  $p = 0,047$ ). El 58,3% (7/12) de los médicos pensaron que atendieron y trabajaron en mejores condiciones durante el filtrado. El 100% de ellos pensaron que el filtrado fue eficiente.

**Conclusión.** Las interrupciones son una realidad en el trabajo del MF, el teléfono fijo es su origen más frecuente. La aplicación del filtrado de llamadas es útil en la reducción de interrupciones y podría suponer una mejoría en la actividad laboral del MF.

#### **NECESITO VER A MI MÉDICA HOY MISMO: ¡DÉME UNA VISITA DE URGENCIA! UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO PARA PROPONER SOLUCIONES**

*J. Juvanteny Gorgals, M. Yuste Botey, M. Castillo Cejas, E. Cillán Narváez, C. Mañané Osorio y O. Sánchez Ibarra*

CAP Via Barcino; SAP Muntanya. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: juvanteny@gmail.com

**Objetivos.** Conocer la naturaleza de las visitas médicas urgentes e investigar si están justificadas médicaamente o se deben a problemas organizativos. Instaurar una consulta administrativa. Estimar el número y tipo de enfermedades agudas que podrían ser resueltas/valoradas por enfermería: nueva.

**Material y métodos.** Centro de salud urbano, 17 años funcionando. 12.171 h. Buen registro clínico. Período estudio descriptivo: 8-25 enero 2008. Describimos todas las visitas espontáneas, urgentes, incluyendo domicilios. Sexo. Edad. Motivo consulta. Resolución. Derivación especializada/ a urgencias hospital. Pruebas complementarias. Baja laboral.

**Resultados.** Analizados: 1298 pacientes sin cita previa, que precisan ser atendidos en el mismo día: son 42,4% del total de visitas, domicilios 2,9%, 39 pacientes no se esperan, 127 (9,8%) no tienen información clínica registrada (posible "burocrática"). 47,5% hombres. 18,4% Extranjeros. 1002 se resuelven, 39 se envían a urgencias hospitalarias, 88 a especialistas. 109 bajas laborales. Diagnósticos: Infecciones respiratorias bajas IVRA-Altas: 22,7%, Enfermedades digestivas 8,3% Musculares-óseas 8,9%. Renales-vesiculares 2,4% Ansiedad 2,7%. Trámite único Baja-Alta laboral (visita médica previa): 8,2% (B) Recetas urgentes hospital, errores recetas crónicas: 12,7% (R) Trámites administrativos sanitarios (ambulancias): 4,3% (T). Las enfermedades más enviadas al hospital son cardíacas y neurológicas, a especialistas son las dermatológicas, otorrinolaringológicas, oftalmológicas.

**Conclusión.** Un 25,2% (B+R+T) (34,9% si incluimos las "sin registro clínico"), no son problemas médicos reales, podríamos atenderlos en consulta administrativa no médica supervisada por facultativos. La enfermera atendería la enfermedad aguda protocolizando las IVRA, lumbalgias, ITU, resolviéndolas o derivándolas historiadas/valoradas al médico (16,8% visitas eran IVRA leves). Proponemos que enfermería sea la puerta de entrada.

#### **INTERVENCIÓN EN PERSONAS QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN**

*M. Noguerol Álvarez, M. Montilla Sánchez, A. López García-Franco, J. Sánchez Miró, J. Eldelati y R. Rodríguez Rodríguez*

CS Huerta de los Frailes-Pizarro, Área 9. Madrid. Comunidad de Madrid.  
Correo electrónico: alopez.gapm09@salud.madrid.org

**Objetivos.** Facilitar atención sanitaria a colectivos en situación de exclusión social y actuar sobre los factores de transmisión de enfermedades.

**Material y métodos.** Población: colectivo de prostitutas de un polígono industrial.  $n = 46$ . Intervención: diseño de un protocolo de intervención con contenidos preventivos y curativos. Implementación durante 6 meses. Participaron los equipos de atención primaria próximos al polígono industrial, junto con el Hospital de referencia. Colaboración de otras instituciones (ayuntamiento y las ONG Cáritas y APRAMP).

**Resultados.** La totalidad de las mujeres eran inmigrantes, con predominio de rumanas (63%) y brasileñas (17,4%). Se diagnosticaron 4 condilomas, 1 trichomoniasis y 8 candidiasis. Se realizaron serologías a 22 mujeres diagnosticándose 2 casos de VHB (virus hepatitis B), 2 de sífilis y ningún caso de infección por VIH. Se realizó citología a 22 mujeres, diagnosticándose 2 SIL de bajo grado. Se vacunó de triple vírica a 11 mujeres, de tétanos-difteria a 20 y del VHB a 15. Consultaron por procesos intercurrentes 30 mujeres (tres de ellas más de 15 veces). Se realizaron activida-

des de educación para la salud individual y grupal en un bar frecuentado por ellas (2 sesiones con 18 y 14 mujeres).

**Conclusión.** La intervención realizada ha permitido mejorar el nivel de salud de las mujeres y actuar sobre algunos factores de transmisión de infecciones.

#### **¿QUÉ, CÓMO Y POR QUÉ BUSCAN INFORMACIÓN MÉDICA EN INTERNET NUESTROS PACIENTES?**

*E. Delsors Mérida-Nicolich, T. Gil Pérez, M. Lozano Gomariz, I. Pérez Valero, M. Martínez Rocamora y P. Alcántara Muñoz*

CS de Molina de Segura. Molina de Segura (Murcia). Murcia.  
Correo electrónico: palcantaram@papps.org

**Objetivos.** Analizar la búsqueda de información médica en Internet que realizan los pacientes de un Centro de Salud.

**Material y métodos.** Tipo de estudio: Descriptivo, transversal. Ámbito del estudio: población consultante (Centro de Salud). Sujetos: tamaño muestral 159 pacientes (confianza 95%, precisión 8%). Criterios de selección: pacientes que acuden a consulta y buscan información médica en Internet con edades comprendidas entre 14-55 años. Mediciones: cuestionario administrado por entrevistadores adiestrados. Se analizaron variables: sexo, edad, motivo y tema médico de la búsqueda, buscador utilizado, enlaces consultados, utilidad y expectativas de la información obtenida. Previo pilotaje se entrevistó a personas que consultaron durante 2 semanas mediante muestreo consecutivo.

**Resultados.** El 72% de los encuestados fueron mujeres y la edad media 35,58 años. Los motivos más frecuentes de la búsqueda de información por internet fueron por problemas personales (42,2%), familiares (33,8%) y para saber más (24%). Los temas médicos más consultados fueron ginecológicos (15,7%), dermatológicos (13,2%), digestivos y endocrinos (10,7% respectivamente). El 93% inició la búsqueda en Google, consultando la 1<sup>a</sup> y 2<sup>a</sup> página el 66% y hasta la 3<sup>a</sup> página el 81%. Considerando la información encontrada útil o muy útil el 88% y cumplió sus expectativas el 84,4%.

**Conclusión.** El perfil buscador de información encontrado en nuestros pacientes sería: mujer joven menor de 40 años que busca por google en sus primeros enlaces, problemas médicos personales sobre causas ginecológicas o dermatológicas y encuentra información útil para sus expectativas.

#### **CAPACIDAD RESOLUTIVA DE UNA CONSULTA DE SELECCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO**

*R. Iglesias González, M. de Hoyos Alonso, M. del Rosario Ogallar, M. Gil Ruiz, I. Guzmán Gil y L. Herrera Fuentes*

CS Dr. Pedro Laín Entralgo, Área 8. Madrid. Comunidad de Madrid.  
Correo electrónico: mcdehoyos@wanadoo.es

**Objetivos.** Describir la capacidad resolutiva de una consulta de triaje de enfermería en un centro de salud urbano y variables asociadas al resultado.

**Material y métodos.** Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Muestreo simple aleatorio (340) sobre el total de episodios de pacientes mayores de 14 años (16.232) vistos en consulta de triaje durante el período estudiado (febrero 2003 a julio 2007).

**Resultados.** En consulta de triaje se resolvieron el 21,8% de los episodios (74), la mitad (37) sin necesidad de supervisión médica y el resto derivándolos a su consulta habitual de médico o enfermería o remitiéndolos a otras consultas (matrona, odontólogo). Pasaron al médico de urgencia el 75,6% pacientes (257). La media de edad fue mayor en los pacientes derivados al médico, sin diferencias clínicamente relevantes. Se resolvieron 18% casos de mujeres, frente 28% de varones ( $p < 0,05$ ). Los procesos más derivados al médico de urgencia fueron los oculares (100%), neurológicos (91%) y respiratorios (82,6%). Los motivos de consulta mejor resueltos fueron los administrativos (100%), seguidos de los dermatológicos (34,8%) cardiológicos (28,6%), digestivos (25%), genitourinarios (23,8%) y del aparato locomotor (21%). Aparece una tendencia de mayor resolución de los casos por enfermería al asentarse el proceso de triaje, pasando del 14,3% en 2003 al 31,6% en 2007.

**Conclusión.** El triaje de enfermería en centros de salud es capaz de resolver la cuarta parte de las consultas urgentes sin que tengan que ser valoradas por el médico de urgencias, aumentando la capacidad resolutiva a medida que el proceso se afianza en el tiempo

## Miscelánea

### ECOGRAFÍA CLÍNICA PARA ATENCIÓN PRIMARIA

*A. Herrería de la Lastra, C. Martínez Polanco y E. Domínguez Ferreras*

CS Castilleja de la Cuesta; HU Virgen del Rocío; Hospital de la Seguridad Social de Ciudad Real. Castilleja de la Cuesta, Sevilla, Ciudad Real. Andalucía, Castilla-La Mancha.

Correo electrónico: ajva1153@terra.com

**Objetivos de la experiencia.** Apoyo a los médicos no especialistas en radio-diagnóstico en los comienzos de su andadura como ecografistas.

**Descripción de la experiencia.** Tras llegar un segundo ecógrafo a mi Centro de Salud –Castilleja de la Cuesta, Sevilla– al área de urgencias sin más información... Me entró la sospecha de que íbamos a tener que usarlo... pasaba el tiempo y no se nos decía nada... Dadas mis posibilidades personales, comencé a ir por las tardes a reciclarme en ecografía. Con éste incipiente conocimiento en ecografía, comencé a realizar algunas ecografías a mis pacientes, aprovechando éste ecógrafo de urgencias del centro de salud o el del obstetra, en los momentos en que éste no estaba. Resolvía dudas momentáneas o evitaba derivaciones pedidas por mis pacientes y no necesarias pendientes dicha. Surgió también la inquietud por disponer de un sencillo instrumento de consulta, adecuado a mi formación y necesidades; tras proponérselo a mi esposa -radióloga y a otra amiga común, radióloga también; nos propusimos realizar una publicación-guía para los ecografistas que se inicien como tales: "Ecografía Clínica para Atención Primaria" y es dicha publicación la que expondrámos en nuestra comunicación.

**Conclusiones.** La ecografía es una técnica de imagen -inocua- de gran utilidad para el médico de familia y perfectamente utilizable por éste en su ámbito de trabajo habitual, el Centro de Salud.

### EXPERIENCIA PILOTO DE IMPLANTACIÓN DE UN SERVICIO DE ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

*O. Iglesias Pérez y F. Navarro Vázquez*

CS de Ingenio. Las Palmas. Islas Canarias.

Correo electrónico: oef2501@gmail.com

**Objetivos de la experiencia.** Valorar la experiencia piloto de implantación de un Servicio de Ecografía en Atención Primaria.

**Descripción de la experiencia.** Abarca el periodo comprendido entre el 28 de marzo y el 31 de diciembre 2007. Se dividió la jornada del médico de familia en una parte para su consulta y el resto para realizar ecografías de una Zona Básica de Salud. Inicialmente el Servicio cubría a 24.270 personas adscritas a una Zona Básica de Salud atendida por 15 médicos de familia. En septiembre 2007 la cobertura se amplió a otra Zona Básica de 6.000 adultos atendida por 4 médicos de familia. La oferta inicial estipulaba ecografías abdominales, ampliándose a tiroides y de pared. Se realizaron 277 ecografías: abdominales (90,2%); tiroides (3,9%); musculoesqueléticas (3,2%), de pared (1,8%), de cuello (0,7%). Del total, 95 (34,3%) fueron catalogadas como normales, y 182 patológicas (65,7%). Las patologías observadas más frecuentes fueron: esteatosis hepática (126. De ellas, 82 moderadas y/o severas). Quistes simples renales (36). Colelitiasis (28).

**Conclusiones.** La ecografía es un método diagnóstico inocuo, inmediato, resolutivo. Excelente herramienta en manos del médico de familia. La importante disminución de la lista de espera: Inicialmente oscilaba entre dos y 3 años; en la actualidad es de una semana. La buena aceptación de los médicos de familia. El tiempo de resolución, evitando demoras que agraven el pronóstico; y la eficiencia desde el punto de vista institucional que redunda en el prestigio de la Sanidad pública y sus profesionales.

### LA VIDEOCONFERENCIA: HERRAMIENTA DE TRABAJO EN ASISTENCIA PRIMARIA

*E. Prades Villanueva, M. Sánchez Morillo, R. Chico Macías, F. Franquet Sanz, D. Bofill Montoro y J. Baucells Lluís*

ABS de San Carles de la Ràpita-Alcanar. Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: eprades.ebre.ics@gencat.cat

**Objetivos de la experiencia.** En la era de la informática, las nuevas tecnologías son habituales en nuestra actividad cotidiana. En nuestra área bási-

ca, hemos iniciado una experiencia a través de la videoconferencia basada en la filosofía de mejorar la comunicación, la docencia y la coordinación con el hospital de referencia.

**Objetivos.** Incorporar la videoconferencia como herramienta habitual para la formación continua y la comunicación entre los profesionales. Mejorar la comunicación con el nivel hospitalario para asegurar la continuidad asistencial de los pacientes.

**Descripción de la experiencia.** Inicio: enero 2008. Ámbito de aplicación: - Área Básica de Atención Primaria con 2 centros de salud, con 14 equipos de medicina familiar y 3 de pediatría. - Servicio de medicina interna del hospital. Metodología: conexión vía telemática de videoconferencia entre los 2 centros y el Hospital. Se realiza por la red interna. Esto hace que la videoconferencia sea segura y sin coste telefónico. Actividades llevadas a cabo: Docencia: impartida por especialistas hospitalarios. Cursos: geriatría, dermatología, insulínización... Sesiones de orden interno. Sesiones: discusión casos clínicos con el hospital.

**Conclusiones.** La videoconferencia nos ha ofrecido una solución a la comunicación entre equipos y niveles asistenciales y ha posibilitado que: los profesionales puedan asistir más a las sesiones de formación; la capacidad resolutiva aumenta al poder realizar consultas a nivel especializado; avanzamos en la coordinación entre primaria y hospital. En resumen, se constata como una herramienta de mejora de la calidad asistencial.

## Sesión oral 4

**Jueves, 20 de noviembre. 12.00-14.30 h**

**Zona izquierda. Planta 2. Sala Ámsterdam**

## Riesgo cardiovascular/respiratorio

### NUEVOS FACTORES CONDICIONANTES EN EL CÁLCULO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

*B. Rius Fernández, F. Martín Luján, J. Jove Balaña, Y. Ortega Vila, C. Poblet Calaf y J. Saumell Boronat*

ABS Reus 4. Reus (Tarragona). Cataluña.

Correo electrónico: yortega.tarte.ics@gencat.cat

**Objetivos.** Comparar la capacidad de predecir eventos coronarios de las ecuaciones de Framingham, REGICOR y DORICA en obesos. Comprobar si la obesidad es un factor de riesgo cardiovascular independiente.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes prospectivo de seguimiento a 5 años en centro de salud urbano. Muestra aleatoria de población adulta entre 25 y 75 años sin patología cardiovascular previa. Variables: sexo, edad, antropometría, factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, diabetes, hipertrofia ventrículo izquierdo), tensión arterial, perfil lipídico (colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos), riesgo cardiovascular a 10 años según ecuación de Framingham, REGICOR, DORICA. Se registraron los episodios coronarios, cerebro-vasculares, arteriopatía periférica y muerte de causa cardiovascular. Análisis estadístico: test de chi-cuadrado, ANOVA y análisis multivariante aceptando una significación estadística  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Se incluyeron 285 individuos (53% varones) con una edad media de 55,8 años. Los pacientes obesos presentaron mayor presencia de factores de riesgo cardiovascular, mayor número de eventos coronarios (18,2%) y cerebro-vasculares (9,1%). En análisis multivariante, la variable obesidad no alcanzó suficiente significación estadística para ser considerada factor de riesgo independiente de enfermedad cardiovascular. El riesgo coronario calculado por la ecuación adaptada DORICA fue la que ofreció mayor exactitud predictiva de eventos cardiovasculares en obesos y con sobrepeso (OR = 3,03; IC95%: 1,14-8,10 y OR = 2,23; IC 95%: 0,65-7,63 respectivamente).

**Conclusión.** Los pacientes obesos asocian más factores de riesgo cardiovascular y una mayor puntuación en el cálculo del riesgo cardiovascular. La adaptación para la población española de las ecuaciones basadas en el modelo DORICA es la que mejor predice la enfermedad coronaria en obesos.

## ESTUDIO ESME, ¿SON DE ALTO RIESGO LOS PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO?

J. Pascual Izuel, C. Álvarez Martín, M. Hernández Presa, S. Fernández Anaya, X. Masramon y J. Chaves Puertas

Hospital de Sagunto. Valencia. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: carlosalvarezmartin@yahoo.es

**Objetivos.** Determinar las características de la población de pacientes con Síndrome Metabólico (SM) de España. Evaluar el riesgo cardiovascular de esta población.

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico observacional, transversal, no intervenciónista en pacientes diagnosticados de síndrome metabólico. En ningún caso se interfirió en la decisión del investigador sobre el cuidado o tratamiento médico más adecuado para el paciente. Los pacientes fueron seleccionados de la población habitual de la consulta de forma sistemática. Un total de 72 centros de toda España y 731 sujetos fueron incluidos en el estudio, un paciente fue excluido por no cumplir criterios de inclusión. Se recogieron todas las actuaciones médicas realizadas sobre el paciente, señalando aquellas que por no incluirse en la práctica clínica habitual, por criterio médico o por cualquier otra causa no se realizaron.

**Resultados.** Evaluamos un total de 730 (99,9%) sujetos y se agruparon en hombres (57,9%) y mujeres (45,1%). La mediana de la edad de los hombres fue de 57,0 (49,0/66,0) años y la de las mujeres de 61,0 (52,0/69,0), diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,005$ ). También se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto al peso, la talla, el IMC y el perímetro de cintura ( $p < 0,0001$ ). El 76,3% de los pacientes tenían criterios de prevención secundaria y del 23,7% restante el 45,5% según tablas Score o el 54,5% según tablas Framingham tenían criterios de alto riesgo.

**Conclusión.** De la población estudiada de pacientes diagnosticados de síndrome metabólico (ATP III) 2/3 tienen criterios de prevención secundaria y sólo un 10-12% no cumplen criterios de alto riesgo cardiovascular.

## DETECCIÓN DE HIPERCOLESTEROLEMIA DEFINIDA EN CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

I. Párraga Martínez, J. del Campo del Campo, S. Morena Rayo, A. Villena Ferrer, J. Téllez Lapeira y J. López-Torres Hidalgo

CS de Villamalea. Albacete. Castilla-La Mancha.  
Correo electrónico: jesusl@escam.org

**Objetivos.** Determinar la proporción de hipercolesterolemias definidas HD ( $> 250$  mg/dl) en pacientes en los que se identifica por primera vez un nivel elevado de colesterol plasmático en las consultas de atención primaria (AP). Describir el riesgo cardiovascular (RCV) y la frecuencia de Síndrome Metabólico (SM) en dichos sujetos de estudio.

**Material y métodos.** Mediante un diseño observacional transversal realizado en 6 consultas de AP, fueron estudiados 191 pacientes adultos en los que se detectó por primera vez hipercolesterolemia ( $> 200$  mg/dl) en la práctica clínica habitual. Determinaciones principales: riesgo cardiovascular (Score), datos de exploración física (IMC, perímetro abdominal y TA), determinaciones analíticas (perfil lipídico y glucemia) y variables sociodemográficas.

**Resultados.** En los sujetos estudiados (edad media 49,7 años  $\pm$  17,9 DE, % mujeres 61,8) el nivel medio de colesterol fue de 232,9 mg/dl  $\pm$  26,8 DE y la proporción de HD fue 21,9% (IC 95%: 15,7-28,1). El RCV fue bajo en el 52,0%, moderado en el 31,4% y elevado en el 12,6%, presentando enfermedad cardiovascular establecida el 4,0%. Cumplía criterios de SM el 11,4% (IC 95%: 6,7-16,1). La proporción de HD y de SM no fue significativamente diferente en hombres y mujeres. La presencia de SM no fue significativamente superior en pacientes con HD.

**Conclusión.** En los pacientes en los que se identifica hipercolesterolemia en AP más de una quinta parte cumple criterios de HD y existe un RCV moderado/elevado o enfermedad cardiovascular en casi la mitad. Los resultados justifican la utilidad de las recomendaciones preventivas sobre detección de hipercolesterolemia en el ámbito clínico.

## EN NUESTROS PACIENTES HIPERTENSOS, ¿TRATAMOS SUS CIFRAS DE PRESIÓN O SU RIESGO CARDIOVASCULAR?

J. Méntrida Rodríguez, R. Ramírez Arrizabalaga, A. Criado Millán, T. Rolando Menéndez, N. García Montes y R. de Teresa Herrera

CS Alcalde Bartolomé González; CS Alameda de Osuna; Servicio de Cardiología del Hospital de Móstoles; CS El Soto. Móstoles (Madrid). Comunidad de Madrid.  
Correo electrónico: jmentridar@msn.com

**Objetivos.** Conocer la actitud terapéutica del MF ante pacientes hipertensos de riesgo moderado-alto, mal controlados o de nuevo diagnóstico dado que, el descenso lipídico o la antiagregación puede ser tan eficaz como el control tensional.

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico transversal, multicéntrico, realizado entre junio-diciembre de 2005 en consultas de Atención Primaria de ámbito nacional. Se recogió información de 1467 pacientes consecutivos, hipertensos esenciales previamente tratados o de nuevo diagnóstico que otorgaron su consentimiento informado y en los que se decidió una intervención terapéutica. Variables estudiadas: Factores de Riesgo Cardiovascular, Lesión de órgano diana y Enfermedad clínica asociada, presentes. Actitud terapéutica (medidas higiénico-dietéticas y/o farmacológicas). Un departamento de Biometría independiente realizó el informe estadístico. Laboratorios Andrómaco prestó su apoyo logístico.

**Resultados.** Pacientes: 50,4% varones, 49,6% mujeres. Edad media 63,8 años. Etnia caucásica 93,8%. Fumadores 32,0%. Dislipémicos 56,5%. Diabéticos 26,1%. Obesidad abdominal 53,5%. Historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura 24,8%. Fue muy prevalente la lesión de órgano diana: Hipertrofia ventricular 21,1%. Incremento ligero de creatinina 21,7%. Microalbuminuria 18,7%. La presencia de enfermedades clínicas asociadas fue menos relevante. En cuanto a la actitud terapéutica, en el 98,3% de los pacientes se adoptaron medidas higiénico-dietéticas y en el 96,1% medidas farmacológicas antihipertensivas. El 51,3% de los pacientes recibía terapia hipolipemiante y un 33,0% antiagregante. Más del 48% no recibía ninguna de estas dos terapias.

**Conclusión.** En esta muestra de pacientes hipertensos con riesgo moderado-alto: 1. El tratamiento hipolipemiante simultáneo se utilizó en proporción similar a la presencia de dislipemia. 2. El tratamiento antiagregante fue infratratilizado.

## PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Gijón Conde, I. Egócheaga Cabello, I. Morón Merchant, J. Palau Cuevas y O. Gómez Martín

CS de Majadahonda, Área 6. Madrid. Comunidad de Madrid.  
Correo electrónico: condemaita@terra.es

**Objetivos.** Conocer las características clínicas y tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en atención primaria.

**Material y métodos.** Diseño: estudio descriptivo. Ámbito: centro de salud urbano con 42293 pacientes adscritos. Sujetos: pacientes incluidos en registros informáticos diagnosticados de HTA que acudieron el último año para prescripciones de medicamentos antihipertensivos. Variables: factores de riesgo, condiciones asociadas a la HTA, exploración y analítica de sangre, cifras de presión arterial y control, grupos terapéuticos usados.

**Resultados.** Se incluyeron 5482 pacientes. La edad media 65,96 (14,25) años. 45% varones. El 6% fumadores, Constanban IMC en 35%, siendo 35,5% obesos y 45% sobrepeso. Un 15% diabéticos, 31% hiperlipemia, 8,3% cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca 3,8%, fibrilación auricular 5,7%, ictus 4,7% y arteriopatía 1,9%. Cifras de presión arterial en 55% con 70% controlados ( $< 140/90$ ) y 38,8% de diabéticos ( $< 130/80$ ). Filtrado glomerular ( $< 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) en 13%. El LDL-colesterol  $< 130$  en 55%. 29% usan diuréticos, 20% betabloqueantes, 21% IECA monofármaco y 8% en combinación, 11% ARA II monofármaco y 9% en combinación, 11% antagonistas del calcio. El 27% usa estatinas y 23% antiagregación. El 63% de diabéticos usan antidiabéticos orales y 7% insulina.

**Conclusión.** Existe infrarregistro de datos en la historia clínica. Alto control de presión arterial. Alta prevalencia de sobrepeso, obesidad y enfermedad cardiovascular asociada. Se deberían mejorar e incentivar los registros para poder evaluar y mejorar la información que tenemos.

## CONOCIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO SOBRE SU ENFERMEDAD Y SUS IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS

J. Méntrida Rodríguez, R. Ramírez Arrizabalaga, A. Criado Millán, T. Rolando Menéndez, N. García Montes y R. de Teresa Herrera

CS Alcalde Bartolomé González; CS Alameda de Osuna; Servicio de Cardiología del Hospital de Móstoles; CS El Soto. Móstoles (Madrid). Comunidad de Madrid.  
Correo electrónico: jmentridar@msn.com

**Objetivos.** Conocer si el grado de conocimiento de pacientes hipertensos sobre su enfermedad se relaciona con el cumplimiento de la terapia establecida y el control tensional.

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico transversal, multicéntrico, realizado entre junio-diciembre de 2005 en consultas de AP de ámbito nacional. Se estudiaron 1467 pacientes consecutivos, hipertensos esenciales previamente tratados o de nuevo diagnóstico, previo consentimiento informado. Variables estudiadas: Grado de conocimiento de la enfermedad y de las medidas terapéuticas. Un departamento de Biometría independiente realizó el informe estadístico. Laboratorios Andrómaco prestó su apoyo logístico.

**Resultados.** Pacientes: 50,4% varones. Edad media 63,8 años. 64% conoce las cifras normales de TA. 75% sabe que la hipertensión lesiona el corazón, 43% el cerebro, 36% la circulación y 35% el riñón. 78% hace dieta hiposódica; 49% hace ejercicio; 46% pierde peso, 26% evita el alcohol, 41% de los fumadores evita fumar. 49,6% sabe el nombre de su medicación, 5,6% su principio activo, 22% la dosis de la pastilla. < 7% olvida la medicación frecuentemente. 9,3% realiza automedida de la TA. > 60% de los cumplidores conoce las cifras normales de su TA, este conocimiento empeora cuando aumenta el riesgo.

**Conclusión.** En esta muestra, el paciente hipertenso: 1. Conoce adecuadamente las cifras normales de la TA. 2. Cumple bien la dieta hiposódica, regular el ejercicio físico y la pérdida de peso y mal la restricción de alcohol y tabaco. 3. Conoce que su enfermedad afecta al corazón, peor que afecte a otros órganos y sistemas. 4. Es buen cumplidor pero conoce mal los medicamentos que utiliza.

#### EXISTEN LAS ENFERMEDADES OCULTAS: ¿CÓMO DETECTAMOS LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN NUESTROS PACIENTES HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS?

*A. Plana Blanco, S. Garrido Calvo, A. Marí López, N. Torra Solé, C. Moreno Castillón y A. Sulé Salvadó*

ABS Balàfia-Pardinyes-Secà de Sant Pere; EAP Lleida 4. Lleida. Cataluña.  
Correo electrónico: antoniplana@camfic.org

**Objetivos.** Conocer prevalencia de insuficiencia renal crónica oculta (IRCO) en población hipertensa y diabética (criterios SEN/semFYC). Determinar grado de control de ambas enfermedades según sociedades (ADA, GEDAPS). Calcular del filtrado glomerular (FGR) mediante fórmula de Levey abreviada (MDRD) y definir función renal real.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, longitudinal, descriptivo. Muestra consecutiva > 15 años diagnosticados hipertensión arterial+diabetes tipo 2, desde dos consultas de atención primaria urbana: período: enero – octubre 2007. 108 encuestas. Datos: antropométricos, resultados analíticos, tensionales, tratamientos, perímetro abdominal y cálculo de FGR.

**Resultados.** 108 personas: 61 mujeres. Prevalencia IRCO: 18,52% (20/108). Prevalencia edad: 18 personas > 70 años (16,67% total): 90% de la IRCO. Prevalencia sexo: 14 mujeres (12,96% total): 70% de IRCO. Grados control: 39,81% (43/108) tensiones < 130/80, 57,41% (62/108) hemoglobina glicada < 8%, 42,60% (46/108) control lipídico (LDL-c < 100). Sólo 14,81% (16/108) perímetro abdominal < 88 o 102 centímetros. Relación creatinina/FGR: 75,3% ambos son normales, en el 6,48% ambos están alterados y en el 11,11% la creatinina es normal y el FGR alterado. El 6,48% (7 personas) no tiene determinación de creatinina. Relación cociente albúmina/creatinina y FGR: 44,44% (48 personas) de la población no tiene determinación. En 39,82% ambos son normales y en 4,63% alterados también ambos.

**Conclusión.** Detectamos una quinta parte de hipertensos y diabéticos con alteraciones de insuficiencia renal. Mantenemos control metabólico que supera dos quintas partes de nuestra población (hipertensión 39,81%, diabetes 57,41% y perfil lipídico 42,60%). Mitad de hipertensos no tiene determinación urinaria anual para cribaje de insuficiencia renal crónica.

#### INFLUENCIA DE LA OBESIDAD EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR

*M. Gallardo Guerra, S. Fuentes Rodríguez, M. Fàbregas Escurriola, L. Cuixart Costa, A. Mena González y M. Domingo Teixidor*

EAP Dreta de L'Eixample; EAP Gòtic; EAP Congrés; EAP Sant Roc-Badalona. Barcelona, Badalona (Barcelona). Cataluña.  
Correo electrónico: mlgallag88@hotmail.com

**Objetivos.** Evaluar la influencia de la obesidad en la puntuación del riesgo cardiovascular (RCV) usando las tres ecuaciones más utilizadas en España.

**Material y métodos.** Diseño: estudio observacional transversal. Emplazamiento: centro de atención primaria. Pacientes: dos muestras aleatorias independientes (obesos y no obesos) con 79 pacientes cada una, de entre los pacientes sin enfermedad cardiovascular y edad entre 40 y 65 años, visitados el último año. De los 158 individuos se produjeron 10 pérdidas por falta de alguna variable para calcular el RCV. Mediciones: estimamos el RCV usando las ecuaciones de Framingham, REGICOR y SCORE y miramos cuántos pacientes se clasificaban como de alto riesgo con las distintas ecuaciones (> 20% con Framingham; > 10% REGICOR y > 5% con SCORE) en ambas muestras. El análisis estadístico de datos se realizó con el paquete SPSS para Windows.

**Resultados.** Usando Framingham, la prevalencia de alto RCV fue de un 23% en obesos y un 8% en no obesos (OR de prevalencia 3,30, IC95% 1,20-9,11). Con REGICOR, el 5% de los obesos presentaron alto RCV frente al 1% de los no obesos (OR de prevalencia 3,44, IC95% 0,35-33,9). Finalmente, con SCORE, el 20% de los obesos tenían una alto RCV frente al 6% de los no obesos (OR de prevalencia 3,60, IC95% 1,24-10,49).

**Conclusión.** La obesidad se asoció de forma significativa a un mayor RCV usando las tablas de Framingham y SCORE. No así con REGICOR. Se nos genera el temor de estar infraestimando el riesgo con esta ecuación en pacientes obesos.

#### GLUCEMIA BASAL ALTERADA: ¿ES UN FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR? ESTUDIO DE COHORTE

*C. Gómez Fernández, N. Martí Sans, M. Hernández Ibáñez, N. Bermúdez Chilliida, Y. García Navarro y J. Baena Díez*

CS La Marina. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: jbaenad@meditex.es

**Objetivos.** Estudiar si la glucemia basal alterada (GBA) es un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) independiente para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes, prospectivo, emplazado en 2 centros de Salud urbanos. Se estudió a 775 pacientes, seleccionados por muestreo aleatorio simple de la población atendida, con edad > 35 años, diagnosticados de GBA (cohorte expuesta) y normoglucemia (cohorte no expuesta), de prevención primaria, seguidos una media de 10 años. Mediante modelos de Cox se estudió la aparición de un primer episodio (variable dependiente) de cardiopatía isquémica (CI), enfermedad cerebro-vascular (ECV), arteriopatía periférica de extremidades inferiores (AP) y insuficiencia cardíaca (IC), considerándose como variables independientes la GBA y los FRCV hipertensión arterial, hipercolesterolemia, tabaquismo, edad y sexo.

**Resultados.** Se estudiaron 116 pacientes con GBA y 659 con normoglucemia. La GBA no se asoció a un mayor riesgo de CI, con un hazard ratio (HR) ajustado de 0,84 (IC95% 0,35 a 2,03). Se asoció a un superior riesgo, no significativo, de ECV (HR 1,43; IC95% 0,61 a 3,39) y AP (HR 1,23; IC95% 0,25 a 6,13). Sin embargo, se asoció significativamente a un mayor riesgo de IC, con un HR sin ajustar de 3,44 (IC95% 1,25 a 9,47) y un HR ajustado de 2,68 (IC95% 1,0-7,3).

**Conclusión.** La GBA es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de IC, hipótesis que debería confirmarse mediante otros estudios de cohorte poblacionales.

#### LA OBESIDAD ES UN FACTOR DE RIESGO PARA LA INSUFICIENCIA CARDÍACA, PERO NO PARA OTRAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

*J. Baena Díez, C. Gómez Fernández, A. Byram, M. Vidal Solsona, J. Vásquez Lazo y G. Ledesma Ulloa*

CS La Marina. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: jbaenad@meditex.es

**Objetivos.** La obesidad tiene un papel controvertido en relación a las enfermedades cardiovasculares. El propósito del estudio es estudiar si la obesidad es un factor de riesgo independiente para las principales enfermedades cardiovasculares.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio de cohorte prospectiva, llevado a cabo en 2 centros de salud. Los pacientes fueron seleccionados por muestreo aleatorio simple de la población asignada, con edad > 34 años, escogiéndose a 361 con obesidad, definida como índice de masa corporal

> 30 y 571 sin obesidad. Todos ellos debían estar libres de enfermedades cardiovasculares. Fueron seguidos una media de 9,9 años, estudiándose mediante modelos de riesgos proporcionales de Cox si la obesidad suponía un superior riesgo de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica y insuficiencia cardíaca, ajustando el efecto por edad, sexo y factores de riesgo cardiovascular.

**Resultados.** La edad media fue de 57,9 años, con un 59,8% de mujeres. La obesidad no se asoció a un mayor riesgo de cardiopatía isquémica, con un hazard ratio (HR) crudo de 0,90 (IC95%: 0,51-1,59), enfermedad cerebrovascular (HR de 0,69; IC95%: 0,35-1,37) y arteriopatía periférica (HR de 1,10; IC95%: 0,41-2,89). Por el contrario, se comprobó una fuerte asociación con la insuficiencia cardíaca, con un HR crudo de 3,0 (IC95%: 1,34-6,76) y un HR ajustado por edad, sexo, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y diabetes mellitus de 2,5 (IC95%: 1,08-5,77).

**Conclusión.** La obesidad se asocia a un superior riesgo de insuficiencia cardíaca, sin relación con las otras enfermedades cardiovasculares.

#### LA ASISTENCIA AL HIPERTENSO SEGÚN GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

*J. Peña Doncel Moriano, R. Aguilar Hernández, M. Sánchez de las Matas Garre, A. de Miguel Gómez, X. de Casas Fernández y M. Hidalgo Escribano*

CS San Antón; CS Pozo Estrecho. Cartagena. Murcia.

Correo electrónico: mjsmatas@hotmail.com

**Objetivos.** 1.- Conocer características poblacionales y factores de riesgo cardiovasculares asociados a nuestros pacientes diagnosticados de HTA. 2.- Determinar si cumplimentamos datos que aconsejan guías de buena práctica clínica. 3.- Valorar el grado control de HTA.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo multicéntrico. Datos demográficos y del control de HIPERTENSIÓN (HTA) y factores de riesgo cardiovascular (FRCV) 6 cupos de dos centros de salud del área, muestreo aleatorio estandarizado. 298 pacientes incluidos en OMÍ HTA. Medidas descriptivas variables demográficas y  $\chi^2$  variables cualitativas.

**Resultados.** 298 pacientes, edad media 64,85 años. 44,3% varones. IMC 34,14, fumadores 14,1%, antiagregados 28,5% morbilidad: dislipemia: 43,9%, diabetes mellitus: 24,5%, cardiopatía isquémica 9,4%, ictus 4,4, insuficiencia venosa periférica 16,1%. Tratamiento: diuréticos sólo 5,7%; ARA-II o IECA sin combinación 27,5% siendo éste el más frecuente. Control y seguimiento: falta registro último año creatinina, glucemia, colesterol, triglicéridos, orina, potasio, peso, electrocardiograma (últimos dos años) 27,5%, 23,9%, 26,2%, 25,8% y 29,4%, 39%, 41% y 45% respectivamente. 56,4% control TA en los últimos dos meses. En 19% no consta TAD o TAS. Colesterol 196 mg/dl, HDL 52 mg/dl y LDL 117 mg/dl. TG 143 mg/dl. Glucemia 104,8 mg/dl. Potasio 4,5 mmol/L. TAS < 140 61,9%, TAD < 90 77,9%. 75,5% de pacientes con TAS 125-135 control TA cada 2 meses  $p < 0,001$ . Los pacientes con insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica (45%, 42,9%) son más frecuentemente diabéticos  $p < 0,05$ .

**Conclusión.** Nuestros hipertensos son obesos, 64 años de media y 43,9% hipercolesterolémicos. No registramos los datos que aconsejan las guías de práctica clínica. Nuestros pacientes hipertensos están insuficientemente controlados. Aumentando el número de controles mejoran cifras TAS.

#### TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN EN UN CENTRO DE SALUD

*M. Sánchez de Las Matas Garre, R. Armenteros Rodríguez, M. García Guerrero, A. Flores Álvarez, C. Botías Martínez y C. Pérez Crespo Gómez*

CS San Antón; UD de MFyC de Cartagena. Cartagena. Murcia.

Correo electrónico: mjsmatas@hotmail.com

**Objetivos.** 1.- Conocer características y factores de riesgo cardiovascular (FRCV) de población Hipertensa de un centro de salud. 2.- Valorar el control de la hipertensión arterial (HTA) y de los FRCV en consultas de enfermería y médica.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo. 173 a los que se recogieron datos demográficos y del control de HTA y FRCV asociados de 10 cupos distintos de nuestro centro de salud con diagnóstico en OMÍ de HTA, muestreo aleatorio estandarizado. Medidas descriptivas variables demográficas y  $\chi^2$  variables cualitativas.

**Resultados.** 173 pacientes, edad 65 años. Hombres 40%. Media de evolución de HTA de 5,18. Antiagregados 25,4%. FRCV IMC 35; diabetes

mellitus 24,3%; dislipemia 44%; tabaquismo 13,3%; lesión en órgano dia- na 22,5. Revisados por enfermería en los últimos dos meses 45,7%, revisados por su médico el último año 70,5%. Un 35,8% de nuestros hipertensos se controla cada 4 meses o más. En un 69,2% se cumplimentan datos. El 63% no tiene electrocardiograma o hace más de dos años del último. 69,3% siguen tratamiento con IECA o ARA II y/o diurético solo o en combinación. 66,7% pacientes además diabéticos tienen control de TA en los últimos dos meses  $p < 0,05$ . El 66,7% de los pacientes que no tienen electrocardiograma no tienen TA en los últimos dos meses  $p < 0,05$ .

**Conclusión.** Nuestros hipertensos tienen una elevada morbilidad, obesidad 48,2% y la mayoría son mujeres. Aunque revisamos anualmente a casi todos los pacientes debemos aumentar el registro y las visitas de control de enfermería. Controlamos más a los pacientes con mayor morbilidad.

## Sesión oral 5

**Jueves, 20 de noviembre. 15.30-18.00 h**

**Zona izquierda. Planta 1. Sala Berlín**

## Miscelánea

#### EXPERIENCIA DE ENFERMERÍA EN LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE EXTRANJERO

*O. Marín Muñoz, J. Soler González, J. Cuadrat Capdevila, A. Retamero Fernández, J. Marsol Mas y M. Peña Ocaña*

CS Rambla de Ferran. Lleida. Cataluña.

Correo electrónico: jorgesolergonzalez@gmail.com

**Objetivos de la experiencia.** En la zona en la que está situado nuestro centro de Atención Primaria, los porcentajes de pacientes extranjeros que se atienden son todavía mayores que los que refleja el Padrón Municipal. Además, conocemos por estudios previos locales multicéntricos, que los inmigrantes que contactan con la Atención Primaria frecuentan más que los autóctonos en las consultas del médico de familia y se les realiza más pruebas complementarias. Por todo ello consideramos muy necesario crear redes y estructuras novedosas que nos permitieran mejorar la asistencia prestada a la nueva población. Deseamos por tanto explicar a los asistentes cómo hemos implementado el circuito de atención al extranjero en nuestro centro.

**Descripción de la experiencia.** Hemos atendido a todos los inmigrantes de forma multidisciplinar, integral e integradora según sus países atendiendo a sus diferentes necesidades sanitarias. Se contrató a un enfermero que atendiera todas las primeras visitas, programadas en una agenda específica para realizar el protocolo. En esta asistencia se llevó a cabo la anamnesis, exploración física, y petición de las pruebas complementarias necesarias. En caso de duda sobre la actitud a tomar se contactó con el médico designado en cada turno. Se dispuso de un espacio de consulta fijo para el personal participante y unas horas pactadas para la implementación del proceso.

**Conclusiones.** La norma en la aplicación del protocolo ha sido realizarlo tras resolver la demanda aguda del paciente. Los inmigrantes han sido tratados con empatía y equidad. Nos hemos adaptado a sus horarios porque su prioridad es laboral antes que sanitaria.

#### CONSULTA SANITARIA DE ACOGIDA AL RECIÉN LLEGADO

*F. Tamarit Corella, J. Jiménez Oya, E. Olabarrieta Zaro, Y. Farre Pla, G. Rebollo Gala y M. Bach Vallmajó*

ABS de Salt. Salt (Girona). Cataluña.

Correo electrónico: tamaritpuntocom@gmail.com

**Objetivos de la experiencia.** Organizar una consulta de acogida sanitaria preventiva a todo recién llegado al centro de salud como punto de vigilancia epidemiológica. Homogeneizar la intervención preventiva en el recién llegado. Detectar a los colectivos más vulnerables. Conocer las características de los pacientes que se dan de alta por primera vez en el centro. Valorar el impacto de la inmigración y reorganizar los recursos así

como la repartición de las cargas. No cupos guetto. Hacer que en menos de dos meses visite a su equipo asistencial.

**Descripción de la experiencia.** Coordinadamente con la oficina administrativa el mismo día que viene se hace una intervención sanitaria preventiva: datos sociodemográficos, encuesta sanitaria, ruta migratoria examen de salud (TA, IMC) así como realización de PPD/RX tórax y analítica. Esta consulta lee el PPD, entonces entrega la tarjeta sanitaria y deriva a su equipo asistencial. Funciona en plan piloto sólo de mañanas. Revisión de vacunas y cribaje diferentes patologías.

**Conclusiones.** En 4 meses abiertas 1167 historias nuevas (338 pediátricas, el 29%) un 60% hombres, excepto en Centro-Sudamérica y Europa del Este que son mujeres. El 30% no tienen cartilla de la seguridad social/papeles. Sólo 15% autóctonos, 31% magreb, 23% subsaharianos, 24% América, 4,7% Asia y 3,1% otros (el 85% inmigrantes). Hemos visitado al 30% del total (275 de 823 adultos). De los 275 no fue a su médico el 20% y del resto el 50%. A los dos meses el primer contacto con el sistema sanitario ha de ser aprovechado para asistir sanitariamente sobre todo en inmigrantes que en un porcentaje del 50% no van a su equipo asistencial.

#### **DESCRIPCIÓN DE UN PROYECTO DE INTERVENCIÓN EN PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN POBLACIÓN INMIGRANTE DE ORIGEN LATINOAMERICANO**

*M. Alcaraz Quevedo, J. Paredes Carbonell, P. López Sánchez, E. Bermúdez Quintana, F. Hurtado Murillo y J. Cantero Llorca*

CS de Valencia; CS Sexual y Reproductiva de Fuente de San Luis; Dirección de AP del Dep. 10. Valencia. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: [paredes\\_joa@gva.es](mailto:paredes_joa@gva.es)

**Objetivos de la experiencia.** Describir las principales líneas de acción de un proyecto de promoción de la salud sexual y reproductiva (SSyR) en población inmigrante de origen latinoamericano durante su primer año de funcionamiento.

**Descripción de la experiencia.** El proyecto se lleva a cabo desde un Centro de Salud Pública, la Dirección de Atención Primaria (AP), dos Centros de Salud y un Centro de Salud Sexual y Reproductiva. Pretende mejorar la SSyR de la población diana a través de estas líneas de acción: 1) Formación de tres grupos de trabajo: grupo de seguimiento, de atención sanitaria y de formación-evaluación-investigación; 2) Creación de un servicio de mediación intercultural: una mediadora intercultural, en base a un protocolo consensuado, atiende a pacientes en situación de vulnerabilidad, aportando información, orientación, consejo y acercamiento a los servicios de SSyR. Tras 5 meses, el SMI ha efectuado más de 90 atenciones a mujeres y hombres; 3) Capacitación de profesionales de AP en competencia intercultural: realización de una Jornada (200 participantes); y un curso de 40 horas y dos talleres (10 horas) en los que han participado 42 profesionales; 4) Intervención comunitaria: realización de un censo de asociaciones, un mapa comunitario y tres talleres sobre SSyR con representantes de asociaciones de inmigrantes, participando 8 profesionales y 28 personas.

**Conclusiones.** Es posible articular acciones para promover la SSyR de la población inmigrante a través de la colaboración entre salud pública, atención primaria, los servicios de SSyR, la mediación intercultural y las asociaciones de ciudadanos-as.

## **Enfermedades infecciosas**

#### **PRESCRIPCIÓN ANTIMICROBIANA Y COSTE FARMACÉUTICO EN LAS INFECCIONES MÁS PREVALENTES EN DOS CENTROS DE SALUD URBANOS**

*R. Segura Borras, C. Hernández Sanz, D. Niño Sintes, F. Díaz Gallego, A. Santiveri Villuendas y R. Badia Casas*

CAP Larrard. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: [gardellet@yahoo.es](mailto:gardellet@yahoo.es)

**Objetivos.** Evaluar la prescripción de antibióticos en las infecciones más frecuentes en dos centros de salud (CSs). Comparar la actitud terapéutica antimicrobiana con las guías terapéuticas (GT) de la Sociedad Española de medicina familiar y comunitaria (SEMFYC) y la Sociedad Española de enfermedades infecciosas y microbiología clínica (SEIMC).

Comparar el gasto farmacéutico prescrito con el tratamiento de elección. Cuantificar el porcentaje de antibióticos genéricos en el tratamiento de faringoamigdalitis y cistitis (Infecciones más prevalentes).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo. Dos CSs urbanos. Criterios inclusión: procesos infecciosos ( $n = 11857$ ) tratados con antimicrobianos. Período 2006-2007: faringoamigdalitis ( $n = 4748$ ), sinusitis ( $n = 1220$ ), otitis media aguda ( $n = 1094$ ), neumonía ( $n = 942$ ) y cistitis ( $n = 3853$ ). Variables: -Tipo de proceso infeccioso. -Tratamiento antimicrobiano recibido: genéricos y no genéricos. -Gasto farmacéutico por patología. **Resultados.** -Faringoamigdalitis: tratamiento correcto según SEMFYC: 43%; SEIMC: 43%; Gasto añadido según SEMFYC (GAS) por antimicrobianos de no elección 23769,09€. -Otitis media: tratamiento correcto según SEMFYC 24,46% y SEIMC 80%. GAS: 4467,51€. -Cistitis: tratamiento correcto según SEMFYC 39,95% y SEIMC 78,75%. GAS: 1856,79€. -Sinusitis: tratamiento correcto según SEMFYC 19,76% y SEIMC 63,2%. GAS: 7568,61€. -Neumonías: tratamiento correcto según SEMFYC 10% y SEIMC 76%. GAS: 11882,31€. -GAS total: 49544,31€. -Porcentaje de genéricos prescritos: faringoamigdalitis 66%; cistitis 59%.

**Conclusión.** En la mayoría de casos no se prescribe el tratamiento de elección según la GT SEMFYC. El porcentaje de prescripción correcta según la SEIMC aumenta debido a la existencia de más antimicrobianos de elección en su GT. El GAS por no prescribir antimicrobianos de elección es muy elevado. El porcentaje de genéricos indicados en faringoamigdalitis y cistitis supera el 50%.

#### **SIGNOS PREDICTORES DE PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN LAS INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO POR PARTE DE LOS MÉDICOS ESPAÑOLES. RESULTADOS DEL PRIMER REGISTRO DEL ESTUDIO HAPPY AUDIT**

*Grupo de Estudio Happy Audit*

**Objetivos.** El estudio Happy Audit es un proyecto financiado por la Comunidad Europea que tiene por objetivo mejorar la prescripción antibiótica en las infecciones del tracto respiratorio (ITR) mediante la realización de una intervención antes y después de dos registros de ITR. Se realiza este subestudio para conocer qué variables predicen más la prescripción antibiótica.

**Material y métodos.** Estudio observacional realizado en enero y febrero de 2008 en el que los médicos participantes registraron todas las ITR durante 15 días mediante una plantilla en el que se constaban las variables edad y sexo, días con síntomas, signos presentes ( fiebre, tos, otorrea purulenta, odinofagia, exudado amigdalar, adenopatías laterocervicales, disnea, esputo purulento), diagnóstico y tratamiento antibiótico. Se efectuó estadística descriptiva y regresión logística.

**Resultados.** Participaron 305 médicos, quienes registraron 17.044 casos de ITR, siendo los más frecuentes catarro común (40,6%) y faringitis aguda (14,3%). Se prescribieron antibióticos en: amigdalitis: 86,5%, sinusitis: 85%, neumonía: 84,3%, otitis: 84%, exacerbaciones de bronquitis crónica: 79,6%, bronquitis: 56,7% y faringitis: 17,6%. Los signos que más se asociaron a la prescripción antibiótica fueron esputo purulento (b: 0,36), exudado amigdalar (b: 0,32) y otorrea (b: 0,18). Éstos junto con la fiebre y el aumento de la expectoración explicaban el 34,8% de la prescripción antibiótica.

**Conclusión.** La prescripción antibiótica en las ITR es muy elevada en nuestro país. Este estudio aporta información sobre las variables que mejor predicen la prescripción antibiótica y que es fundamental conocer si se quiere promover un uso más racional de antibióticos.

#### **REPETICIÓN DE LA TOMA FARINGOAMIGDALAR EN LA UTILIZACIÓN DE UNA TÉCNICA ANTIGÉNICA RÁPIDA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA FARINGITIS POR ESTREPTOCOCO BETAHEMOLÍTICO DEL GRUPO A: ¿ES NECESARIA?**

*S. Hernández, O. Calviño, Y. Fernández, F. Gómez, G. Aguirre y C. Llor Vilà*

CS Jaume I; Hospital Joan XXIII. Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: [carles.llor@urv.cat](mailto:carles.llor@urv.cat)

**Objetivos.** Conocer si la doble toma de la muestra faringoamigdalar aumenta la validez de una técnica antigénica rápida (TAR) en el diagnóstico de la faringitis causada por *Streptococcus pyogenes*.

**Material y métodos.** Estudio de pruebas diagnósticas efectuado en 6 consultas de medicina familiar. Se incluyeron consecutivamente pacientes mayores de 14 años con clínica de odinofagia y dos o más de los criterios de Centor (exudado faringomigdalario, adenopatías laterocervicales dolorosas, ausencia de tos y/o historia de fiebre). Se les efectuó toma de muestra faringoamigdalario con dos hisopos, uno para TAR –utilizándose el OSOM StrepA de Genzyme y otro que se envió al servicio de microbiología para cultivo. En caso de resultado negativo con la TAR se procedió a la toma de una segunda muestra.

**Resultados.** Se han reclutado hasta la fecha 206 sujetos, con una edad media de 30,6 (DE: 11,8 años), con 124 mujeres (60,2%). El cultivo mostró infección por *S. pyogenes* en 55 casos (26,7%). Con la primera muestra, la sensibilidad alcanzada con la TAR fue del 94,5%, una especificidad del 92%, un valor predictivo positivo del 81,2% y un valor predictivo negativo del 97,9% (sólo 3 falsos negativos). La TAR fue negativa en 142 casos con la primera toma; su repetición mostró positividad en un sólo caso, en un paciente con cultivo positivo, elevando el valor predictivo negativo al 98,6%.

**Conclusión.** Estos resultados demuestran la utilidad de la TAR para el diagnóstico de la faringitis estreptocócica. No es necesario repetir su determinación en casos negativos ya que su rentabilidad es marginal.

## EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES

*A. Álvarez Perera, J. Márquez González, S. León Luis, C. Álvarez Perera, C. Niño Azcárate y T. Rufino Delgado*

UD de MFyC de Santa Cruz de Tenerife, zona 1. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias.

Correo electrónico: trufdelg@canarias.org

**Objetivos.** Valorar la efectividad de una intervención comunitaria sobre SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) en adolescentes de enseñanza secundaria obligatoria (ESO).

**Material y métodos.** Diseño: estudio cuasiexperimental antes-después de ámbito comunitario. Ámbito: cuatro institutos públicos de ESO. Población: adolescentes de 14-18 años. Método: se realizó una intervención educativa por médicos de familia y residentes tipo seminario interactivo. El contenido teórico versaba sobre aspectos preventivos, diagnóstico y tratamiento de ETS. Los adolescentes cumplimentaron un cuestionario anónimo validado, antes y después de la intervención (a los 40 días), de 35 ítems (14 sobre SIDA y 21 de otras ETS). Análisis estadístico: se comparó la media total de aciertos y la específica de SIDA y otras ETS (test t-Student) así como el porcentaje de alumnos que aprobaron el cuestionario (test Chi-cuadrado) del pretest en relación al postest, considerando aprobado la mitad o más de respuestas acertadas.

**Resultados.** 295 adolescentes intervenidos, 52% varones, edad media 15,24 (DE: 1,00). No hubo negativas a participar. La media de aciertos global aumentó tras la intervención (pretest-postest: 15v s 21;  $p < 0,0001$ ), así como el parcial de SIDA (8 vs 10;  $p < 0,0001$ ) y el de otras ETS (7 vs 11;  $p < 0,0001$ ). El porcentaje de adolescentes que aprobó el cuestionario global pasó de 28% a 70,4% ( $p < 0,0001$ ), el parcial de SIDA de 77,9% a 92,1% ( $p < 0,0001$ ) y el de otras ETS de 17,8% a 52,3% ( $p < 0,0001$ ). No hubo diferencias por edad y sexo.

**Conclusión.** La intervención se muestra efectiva en mejorar globalmente los conocimientos que tienen los adolescentes sobre las ETS, especialmente en las áreas más deficitarias (otras ETS). Sería necesario valorar si estos resultados se mantienen a medio-largo plazo.

## Comunidad/familia/educación para la salud

### ESTUDIO RESPIRA-AP: TRABAJANDO EL TABAQUISMO Y SU AMENAZA RESPIRATORIA

*L. Guirao Sánchez, J. Alfaro González, L. García-Giralda Ruiz, Y. Torralba Topan, I. Carrillo García y C. Moya Vergara*

CS Murcia-Centro, CS Alguazas; CS Arrehena. Murcia. Murcia.  
Correo electrónico: lgiralda@hotmail.com

**Objetivos.** El objetivo es la detección precoz de pacientes con EPOC y valorar la eficacia de un programa de intervención antitabáquico.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo, con intervención (educación sanitaria y apoyo farmacológico con vareniclina durante 12 semanas) de pacientes fumadores que reúnen los requisitos del cuestionario CECA para síntomas respiratorios, no diagnosticados previamente de EPOC, que acuden a consulta por cualquier motivo. Inclusión consecutiva hasta 95 pacientes (IC 95%) pertenecientes a 3 Centros de Salud de diferentes características demográficas: rural (6.500 habitantes), urbano (40.000 h) y metropolitano (350.000 h), a los que se les ha realizado espirometría.

**Resultados.** Se han incluido 95 pacientes, de 208 que respondieron positivamente a 1 o más preguntas del cuestionario CECA. La edad media ha sido de 52 años (54 varones y 41 mujeres). El promedio de cigarrillos consumidos diariamente es de 23 (17-30), con una media de 25 años de tabaquismo (16-30). Los pacientes que presentaron resultados espirométricos con FEV1/FEC < 70% han sido 34 (35,78%) (20 varones y 14 mujeres), y con FEV1 < 80% fueron 11 varones y 6 mujeres. Han conseguido abandonar el tabaco 73 pacientes (76,84%), 44 varones (81,48%) y 20 mujeres (48,78%).

**Conclusión.** A pesar de que hay que valorar la evolución de estos pacientes a largo plazo, entendemos que la estrategia de búsqueda activa para la detección precoz de EPOC en pacientes fumadores, al ser el principal factor implicado, y de intervención con apoyos motivacionales y vareniclina, es muy costo-efectiva y consiguen disminuir su alta morbilidad.

### MORTALIDAD POR CÁNCER COLORRECTAL EN ESPAÑA (1996-2001). ESTUDIO DE FACTORES ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD

*J. López Fernández, M. Calle Purón, D. Martínez Hernández y R. Villanueva Orbaiz*

CS Majadahonda; Facultad de Medicina. Madrid. Comunidad de Madrid.  
Correo electrónico: jcarlos-Lopez@telefonica.net

**Objetivos.** Demostrar la existencia de: - Un patrón de distribución geográfico de la mortalidad del cáncer colorrectal (CCR) en España. - Co-relación estadística entre el consumo de fibra dietética y la disminución de la mortalidad por CCR.

**Material y métodos.** Diseño: Estudio observacional, ecológico, mixto de series temporales, de ámbito provincial español. Sujetos estudiados: Población española correspondiente a los años 1996-2001. Variables: - Dependiente: Tasa de mortalidad ajustada (población europea) por CCR distribuida según provincias, edad y sexo. - Independiente o de exposición: ingesta per cápita de plantago ovata, distribuida por provincias.

**Resultados.** La tasa de mortalidad media para el período (1996-2001) por CCR es de 22,93 en varones y 18,34 en mujeres por 100.000 habitantes, 20,93 si consideramos ambos sexos conjuntamente. Los varones presentan unas tasas de mortalidad más altas, para todas las provincias. Existe un patrón de distribución geográfica en España de mortalidad por CCR, norte/sur-mayor/menor mortalidad por esta neoplasia. Se ha encontrado co-relación estadística, entre la mortalidad por CCR y el consumo de plantago ovata, comportándose su consumo como factor de protección, manteniéndose esta tendencia en el modelo ajustado final utilizando como covariables el nivel de estudios y la práctica de ejercicio físico habitual.

**Conclusión.** Estos resultados infieren que podemos hablar de factores ambientales para explicar la causalidad de esta neoplasia. Siendo recomendable la realización de estudios analíticos, que justifiquen una posible intervención preventiva individual o colectiva más allá de la recomendación dietética.

### NECESIDADES FORMATIVAS EN INVESTIGACIÓN. DIFERENCIAS ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, HOSPITAL Y SOCIOSANITARIO

*M. Kupperstein, N. Giménez Gómez, D. Pedrazas López, E. Medina Rondón, C. Arteaga Saat y M. Gavagnach Bellsolà*

CAP Terrassa Sud. Terrassa (Barcelona). Cataluña.  
Correo electrónico: mkupperstein@hotmail.com

**Objetivos.** La investigación biomédica es necesaria y goza de reconocido prestigio. Conocer la auto-percepción de los profesionales sanitarios sobre sus necesidades formativas en investigación. Asimismo analizar las diferencias según lugar de trabajo (atención primaria, hospital, sociosanitario), formación académica (licenciado, diplomado) y experiencia investigadora.

**Material y métodos.** Diseño: cuestionario autocumplimentado. Ámbito de realización: ocho centros de salud, un hospital universitario y dos centros sociosanitarios. Criterios de selección: profesionales activos en junio de

2007. Número de sujetos incluido: 534. Variables: 7 secciones teóricas (opinión, epidemiología, estadística, habilidades generales, satisfacción, sugerencias y datos sociodemográficos) y 28 variables. Métodos de evaluación: Análisis componentes principales.

**Resultados.** Coeficiente alfa Cronbach = 0,915. La solución factorial de 5 componentes principales explicó el 65% de la variancia total. Respondió 38% población. Mujeres 69%, edad media 37 años. Participaron médicos (52%), enfermería (21%). En media, se puntuó la necesidad de formación > 8 puntos. Los cursos más solicitados fueron los de habilidades generales. Los distintos colectivos mostraron necesidades específicas. Destacaron los investigadores por puntuar más alto y por seguir un criterio diferente. Los investigadores priorizaron la epidemiología avanzada, curso clasificado en última posición por el total. En media, todos los grupos, excepto los investigadores, autoevaluaron < 5 puntos su formación y satisfacción con la propia investigación.

**Conclusión.** Se detectó alta motivación hacia la investigación e insatisfacción con la producción científica. La experiencia fue el factor que más influyó sobre la percepción de las propias necesidades. Los que se iniciaban priorizaron la formación en habilidades generales y los investigadores en epidemiológica y estadística.

#### LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

*L. Peralta Munguía, R. Ruiz Moral, L. Pérua de Torres, A. Sobrino López, M. Losilla Domínguez y M. Alba Díos*

UD de MFyC de Córdoba, de Jaén, de Málaga, de Logroño. Córdoba, Jaén, Málaga, Logroño. Andalucía, La Rioja.  
Correo electrónico: kenuqui@hotmail.com

**Objetivos.** Valorar en qué medida y como se lleva a cabo la implicación del paciente en la toma de decisiones (IPTD) en las consultas de Atención Primaria (AP).

**Material y métodos.** Estudio cuantitativo observacional de tipo descriptivo y multicéntrico realizado en Centros de Salud de AP de 5 provincias tanto urbanos como rurales. Se seleccionaron de forma aleatoria 97 médicos de familia (tasa de pérdidas 19,58%), se videograban un total de 648 pacientes que acudían a sus consultas, tanto por problemas de salud agudos como crónicos (una media de 6 pacientes por médico). Un observador validado y entrenado en la escala CICAA-D (escala de 17 ítems con puntuación 0-3, previamente validada para medir IPTD) analizó las grabaciones.

**Resultados.** Se analizaron 638 encuentros clínicos; en 387 (61%) no se apreció una IPTD. En 251 (39%), se detectaron distintos grados de IPTD, de los cuales 161 (64%) fueron etiquetados como "toma de decisiones participada" y en el resto 90 (36%) como "toma de decisiones compartida". Se apreciaron diferencias significativas ( $p < 0,001$ ) entre las puntuaciones globales del CICAA-D, en las entrevistas no participativas (media: 6,6), "participativas" (media: 9,88) y "compartidas" (media: 12,30).

**Conclusión.** En la práctica observamos que el IPTD puede tener lugar a diferentes niveles: el "participado" (limitado a la discusión de una única opción de tratamiento) y el "compartido" (suele haber más de una opción). La participación de los pacientes en nuestras consultas, tanto en la toma de decisiones participadas como compartidas es escasa. Las habilidades comunicativas que el médico emplea son mayores dependiendo del grado de involucramiento que tenga lugar en la consulta.

#### CONSULTA HABITUAL FRENTA A INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL TELEFÓNICA, PARA DEJAR DE FUMAR: RESULTADOS PRELIMINARES

*I. Roca Brasó, J. Massons Cirera, N. Montellà Jordana, M. Sastre Martín, T. Jiménez Pascua y C. Molina Guasch*

CAP Mataró 7-Ronda Prim. Mataró (Barcelona). Cataluña.  
Correo electrónico: ingriderobraso@hotmail.com

**Objetivos.** Evaluar si una intervención telefónica motivacional breve da mejores resultados que la práctica habitual para dejar de fumar (12 m).

**Material y métodos.** Estudio analítico experimental tipo ensayo clínico controlado aleatorizado. Ámbito: Atención Primaria. Sujetos: fumadores (18-75 a) atendidos. Exclusiones: Enfermedades graves, dificultades de comunicación. Muestra: 237 (se espera un 25% de no respuestas). Selección aleatoria simple apareada por edad, sexo y médico. Variables: demográficas, consumo, valoración motivación (Richmond, Estadios del cambio y autopercepción). Método recogida: entrevista telefónica. Análisis:

Pruebas no paramétricas por datos apareados (McNemar y Wilcoxon).

**Resultados.** Grupo intervención, 147 pacientes, 53,4% hombres. Media de edad: Hombres = 49,6 a y Mujeres = 39 a ( $p = 0,0001$ ). A los 12 m no fuman 9,5% del grupo intervención y 3,7% del control ( $p < 0,001$ ). No hay diferencias ni en consumo ni en motivación (Richmond), pero sí en autopercepción (grupo control = 28%, grupo intervención = 37,8%). En el grupo intervención, entre los 0-12m un 16,7% han dejado de fumar > 6 días. Fuman igual 40,8%, menos 36,7% y más 22,4%. En relación a los estadios del cambio, el 40,7% pasa a un estadio superior ( $p > 0,0001$ ). La autopercepción aumenta del 25,5% al 37,8% ( $p = 0,001$ ). Se precisaron 3,1 intentos para contactar con cada paciente. El 99% aceptaron la intervención positivamente y la consideraron útil el 77%. Tiempo medio de la intervención = 3,9 minutos.

**Conclusión.** La intervención motivacional breve telefónica parece más efectiva que la práctica habitual. Es bien aceptada y de corta duración, pero el contacto con los pacientes ha sido difícil. Hay una evolución del grupo intervención a estadios superiores y un aumento de la autopercepción.

#### Sesión oral 6

**Jueves, 20 de noviembre. 15.30-18.00 h**

**Zona izquierda. Planta 2. Sala Londres**

#### Anciano/cuidados paliativos/ atención domiciliaria

##### ¿PODEMOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA PREVENIR LAS CAÍDAS DE LAS PERSONAS MAYORES?

*J. Gobierno Hernández, D. Baute Díaz, C. Manzaneque Lara, M. Madán Pérez, M. Pérez de las Casas y S. Domínguez Coello*

Consultorios periféricos de: El Escobonal, La Zarza, Fasnia (ZBS Güímar-Tenerife); Unidad de Investigación Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias.  
Correo electrónico: sdominguezc@telefonica.net

**Objetivos.** Determinar la efectividad de una intervención multifactorial en atención primaria para prevenir caídas.

**Material y métodos.** Diseño: estudio de intervención con grupo control. Emplazamiento: tres consultorios de área rural. Sujetos: 208 pacientes > 65 años que se habían caído el año anterior, independientes para la movilidad (103 en el grupo de intervención [GI] y 105 en el de control [GC]). Grupo de intervención. Valoración inicial: 1) Cuestionario de datos demográficos, número y circunstancias de las caídas, consecuencias, comorbilidad y fármacos. 2) Exploración orientada. 3) Valoración domiciliaria de riesgos. Intervención: remisión a cardiología si arritmia o bradicardia, remisión a valoración ocular si alteración de agudeza visual, modificación en fármacos de riesgo, recomendación de sistemas de apoyo si trastornos de marcha o equilibrio, medidas posturales si hipotensión ortostática, medidas conductuales en incontinencia urinaria y recomendación de modificación de riesgos en domicilios. Grupo control: cuestionario de: datos demográficos, número y consecuencias de las caídas, comorbilidad y uso de fármacos. Reciben atención médica habitual.

**Resultados.** Al año se habían vuelto a caer el 43% del GI y 33% del GC ( $p = 0,147$ ). En el subgrupo con más de una caída al inicio, en el GI se volvió a caer el 55% y en el GC el 54%. De los que se cayeron, el GI presentó un 2,3% de consecuencias severas frente al 16% en el GC ( $p = 0,08$ ).

**Conclusión.** La intervención multifactorial en atención primaria no es efectiva para disminuir las caídas, aunque es probable que pueda reducir la severidad de sus consecuencias.

#### DÉFICIT DE VITAMINA D EN NONAGENARIOS

*A. Ferrer Feliu, B. Prieto, M. Lleonart, I. Lombarte Bonfill, C. Olmedo y F. Formiga*

CAP El Plà; CAP Rambla; UFFIS de Geriatría- Hospital Universitari de Bellvitge. Sant Feliu de Llobregat, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña.  
Correo electrónico: aferrer.cplcs@gencat.net

**Objetivos.** Evaluar los valores de vitamina D en mayores de 89 años y describir la prevalencia de hipovitaminosis D.

**Material y métodos.** Pacientes y métodos: corte transversal de una cohorte de 186 mayores de 89 años, con muestra final de 64 participantes, en atención primaria. Se recogieron datos de: filiación, Índice Barthel (IB), Índice Lawton (IL), Mini Mental de Lobo (MMSE) e Índice de Charlson (IC) y se cuantificó la vitamina D mediante concentraciones en suero de 25-hidroxcolecalciferol [25(OH)D3].

**Resultados.** 50 mujeres (78,1%) y 14 varones, edad media de  $94,5 \pm 2,9$  años. Vivían en domicilio 41 (64,1%) y 35,9% institucionalizado. Respecto a actividades de la vida diaria el IL medio fue  $1,9 \pm 2$ , la media del IB  $55,1 \pm 30$ . El MEC medio era  $17,5 \pm 11$  y la media del Índice de Charlson  $1,1 \pm 1,2$ . No hubo diferencias en los parámetros evaluados al comparar los 58 pacientes con hipovitaminosis D con el resto. Los valores medios de 25(OH)D<sub>3</sub> fueron  $11,7 \pm 7$  ng/ml. Destacando 58 (90,6%) que presentaron hipovitaminosis D; 22 (34,3%) por insuficiencia (valores séricos entre 11 y 25 ng/ml) y 36 (56,3%) por deficiencia (valores < 11 ng/ml).

**Conclusión.** Se halla una elevada prevalencia de hipovitaminosis D en nonagenarios de nuestra área, existiendo un importante porcentaje con deficiencia. Futuros estudios de intervención son necesarios que planteen la necesidad de adoptar políticas sanitarias respecto factores probablemente modificables como la hipovitaminosis D en este grupo poblacional.

#### FACTORES PREDICTIVOS DE MORTALIDAD EN UNA COHORTE DE NONAGENARIOS INSTITUCIONALIZADOS A TRES AÑOS

*A. Ferrer Feliu, L. Villuendas, M. Adrián, C. Fernández, J. Almeda y F. Formiga*

CAP El Plà; CAP Rambla; Unitat de Suport a la Recerca en Atenció Primària Costa de Ponent; UFFIS de Geriatría-Hospital Universitari de Bellvitge. Sant Feliu de Llobregat, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña.

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

**Objetivos.** Examinar índices de supervivencia en nonagenarios institucionalizados después de 36 meses de seguimiento y analizar posibles factores predictivos de riesgo de mortalidad.

**Material y métodos.** Diseño: Estudio prospectivo de base poblacional, de una cohorte urbana de mayores de 89 años en ámbito de atención primaria. Participantes: todos los mayores de 89 años de un municipio (305) fueron invitados a participar, la muestra final para análisis fue de 186 nonagenarios (61%); 49 (26%) estaban institucionalizados. Métodos: se recogieron anualmente datos sociodemográficos, actividades básicas con Índice Barthel (IB) e instrumentales con Índice Lawton (IL), cognición con Miníexamen cognitivo Lobo (MEC), comorbilidad con Índice Charlson, la existencia de demencia u otras enfermedades y factores de riesgo cardiovascular. Se comparó mortalidad entre personas institucionalizadas y residentes en la comunidad, y se analizó asociación de mortalidad con las variables de estudio.

**Resultados.** Resultados: La proporción de muertes observadas a 3 años fue 104 (55,9%). Correspondiendo 28 (57,1%) a personas institucionalizadas y 76 (55,5%) a residentes en la comunidad ( $p = 0,840$ ). El análisis multivariado Cox mostró: mayor edad ( $p = 0,0001$ ; OR: 1,224; IC 95%: 1,095-1,368), bajo MEC ( $p = 0,007$ ; OR: 0,952; IC 95%: 0,919-0,987) y antecedentes de insuficiencia cardíaca ( $p = 0,001$ ; OR: 4,171; IC 95%: 1,833-9,494) como factores asociados a mortalidad.

**Conclusión.** No existen diferencias significativas en la proporción de muertes halladas de acuerdo al lugar de residencia (institución o comunidad) en nonagenarios de nuestra área. Describimos como factores predictivos de mortalidad en nonagenarios institucionalizados a los tres años edad, deterioro cognitivo e insuficiencia cardíaca.

#### EFICACIA DE UN PROGRAMA MULTIFACTORIAL DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LOS ANCIAÑOS

*V. Rodríguez Navarro, M. Fernández Fernández, M. Cabanás Espejo, M. García Mata, A. Lluque Ruano y M. Zorrilla Moreno*

UD de MFyC de Córdoba. Córdoba. Andalucía.

Correo electrónico: langel.perula.sspa@juntadeandalucia.es

**Objetivos.** Evaluar la eficacia de un programa multifactorial de prevención de caídas en la población > 70 años. Comprobar cambios en su calidad de vida y la atención médica requerida

**Material y métodos.** Ensayo clínico controlado, multicéntrico, aleatorizado. Participaron 40 médicos y enfermeras de 11 Centros de Salud (6 urbanos y 5 rurales), los cuales se aleatorizaron a 2 grupos: Grupo experimental –GE– (consejo individual y taller de ejercicio físico) o Grupo control –GC– (consejo individual). Se incluyeron 404 pacientes > 70 años seleccionados por muestreo consecutivo (133 en GE y 271 en el GC). Se produjeron 25 pérdidas (12 en GE y 13 en GC).

**Resultados.** No se observaron diferencias por edad, sexo, nivel de instrucción o clase social entre ambos grupos ( $p > 0,05$ ). El 33,1% de las personas del GE y el 30,25% del GC se habían caído el año anterior ( $p = 0,245$ ). A los tres meses la incidencia de caídas fue 2,4% en el GE y 9,1% en el GC (RR = 0,93; IC95% = 0,89-0,97;  $p = 0,01$ ). A los 12 meses la incidencia de caídas fue del 17,3% en el GE y del 23,6% en el GC (RR = 0,92; IC95% = 0,83-1,02;  $p = 0,14$ ). La calidad de vida (Euroqol-5D) no sufrió variaciones significativas, y la demanda de atención médica fue similar en ambos grupos.

**Conclusión.** Un programa de prevención multifactorial resulta más eficaz que un consejo breve para reducir el riesgo de caídas a los tres meses, aunque esta diferencia no se mantiene al año, a pesar de que se observa una menor incidencia con el programa.

#### ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO PARA EVALUAR LA EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN DOMICILIARIA PARA REDUCIR LA MORBIMORTALIDAD Y MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA: ESTUDIO IC-DOM

*C. Brotons Cuixart, E. Rayó Martín, J. Casanovas Font, I. Moral Peldéz, J. Ortiz Molina y M. Martínez Gil*

CAP Sardenya; CAP El Remei; CAP Les Corts. Barcelona, Vic (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: cbrotoms@eapsardenya.cat

**Objetivos.** Evaluar si una intervención domiciliaria programada puede mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC).

**Material y métodos.** Ensayo clínico, controlado y aleatorizado que incluyó pacientes tras un ingreso hospitalario entre enero 2004 hasta septiembre 2005. Los pacientes dados de alta por (IC) se aleatorizaron a recibir intervención domiciliaria o atención médica habitual en su centro de salud. El grupo intervención recibió una visita domiciliaria mensual por una enfermera especializada y contacto telefónico cada 15 días, durante 1 año. Se proporcionó educación sobre la enfermedad, tratamiento, reconocimiento y actuación ante las descompensaciones. La variable principal fue la combinación de mortalidad total y reingresos hospitalarios por IC. Se evaluó la calidad de vida mediante la escala de Minnesota.

**Resultados.** Se aleatorizaron 283 pacientes (edad 76,3 años (DE 8,2), 55,1% mujeres), presentando IC clase funcional (CF) I-II en 94% de casos en alta hospitalaria. Las características basales eran comparables en todas las variables (excepto EPOC). Presentaron un evento primario 41,7% de los pacientes del grupo intervención y 54,3% del grupo control. La hazard ratio fue 0,62 (IC 95% 0,50-0,87,  $p = 0,0086$ ). La calidad de vida fue superior en el grupo intervención después del seguimiento (18,57 DE 13,1 vs 31,11 DE 23,9).

**Conclusión.** Una intervención domiciliaria multidisciplinar disminuye los reingresos por IC y la mortalidad total, y mejora la calidad de vida en pacientes con IC. Estudio financiado por la Agencia Catalana de Investigación y Evaluación de Tecnologías Médicas.

Este ensayo fue autorizado por los CEIC del Hospital Vall d'Hebron, Clínic, Vic.

#### DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA PARA EVALUAR LA REPERCUSIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA AUDITIVA EN LAS PERSONAS MAYORES

*J. López-Torres Hidalgo, C. Boix Gras, F. Escobar Rabadán, J. Téllez Lapeira, I. Párraga Martínez y M. López Verdejo*

Unidad de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de Albacete. Albacete. Castilla-La Mancha.

Correo electrónico: jesusl@sescam.org

**Objetivos.** Diseñar y validar la Escala ADDA (Actividades Diarias Dependientes de la Audición), dirigida a identificar la repercusión funcional

de la deficiencia auditiva en las personas mayores, a través de la dificultad para realizar actividades dependientes de la audición.

**Material y métodos.** Estudio observacional transversal para la validación de una escala en 1.160 sujetos de 65 o más años. Tras la revisión de instrumentos disponibles y elaboración de los ítems, se realizó una primera prueba piloto o pretest. En una segunda prueba se analizó la reproductibilidad del instrumento. El estándar de oro fue la determinación del umbral auditivo mediante audiometría tonal.

**Resultados.** Los mayores con deficiencia auditiva (criterios de Ventry and Weinstein) representaron el 43,6% (IC95%: 40,8-46,5%). La escala mostró una muy elevada consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,91). Mediante análisis factorial se comprobó que existían 2 factores capaces de explicar el 65,5% de la varianza total. Se comprobó que el punto de corte más adecuado para identificar la deficiencia auditiva corresponde a una puntuación igual o inferior a 20 puntos en la escala, alcanzándose una sensibilidad del 80,0% (IC95%: 76,3-83,3) y una especificidad del 70,2% (IC95%: 66,5-73,5).

**Conclusión.** La ADDA constituye un instrumento clínicamente útil para identificar la repercusión de la deficiencia auditiva de las personas mayores, con frecuencia desapercibida en los reconocimientos médicos habituales. Presenta unas aceptables cualidades psicométricas. Mediante análisis factorial se ha puesto de manifiesto su bidimensionalidad, presenta elevada coherencia interna y tanto la fiabilidad entre observadores como la fiabilidad test-retest presentan CCI elevados.

#### DETERMINANTES DE LAS CAÍDAS EN UNA COHORTE DE ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

G. Díaz Grávalos, S. Reinoso Hermida, V. Andrade Pereira, R. Alonso Payo, C. Gil Vázquez y S. Álvarez Araujo

CS Cea; Fundación San Rosendo; CS Coles; CS Bande; CS Maceda. Cea (Ourense). Galicia.

Correo electrónico: gdgravalos@hotmail.com

**Objetivos.** Investigar la presencia de factores que puedan predecir las caídas en el anciano institucionalizado.

**Material y métodos.** Diseño: Cohortes prospectivo. Ámbito de realización: cuatro residencias geriátricas. Atención primaria. Criterios de selección: la totalidad de internos con capacidad para la deambulación. Número de sujetos incluidos: se incluyeron 203 personas, contabilizándose 35 pérdidas (17,2% del total; 11,3%/año). Variables y métodos de evaluación: se determinó: edad, sexo, IMC, índices de Barthel, Pfeiffer y Tinetti, caídas previas, ayudas para deambular, existencia de hipotensión ortostática, presencia de diferentes enfermedades crónicas (10), número y naturaleza de los fármacos habituales (15). A lo largo del periodo de seguimiento (18 meses), las enfermeras responsables registraron las caídas producidas. Las tasas de pérdidas y caídas se promediaron a 12 meses para permitir comparaciones con otros estudios. Para valorar la relación entre caídas y factores de riesgo se utilizó un análisis de regresión logística, considerándose significativa una  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Los internos tenían una media de edad de 80,1 (9,1) años, siendo 77 (37,9%) varones. Se produjeron 179 caídas en 99 individuos (32,5%/año). El análisis bivariante mostró diferencias significativas en relación a IMC, Tinetti, edad, diagnóstico de demencia, presencia de déficit visual y presencia de delirio en el último mes. La regresión logística confirmó diferencias significativas respecto a la presencia de Delirio en el último mes (OR 5,6; IC95 1,2-26,4).

**Conclusión.** La proporción de ancianos que sufren caídas es elevada. Sólo la presencia de Delirio en el último mes ha demostrado diferencias significativas entre los que han sufrido caídas y los que no.

#### EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL PARA REDUCIR INGRESOS HOSPITALARIOS EN MAYORES DE 84 AÑOS

G. Paluzie Ávila, M. Díaz Gegundez, M. Monferrer Bort, S. Curos Torres y J. Calzada Torres

Corporació de Salut del Maresme i la Selva. Calella (Barcelona). Cataluña. Correo electrónico: gpaluzie@salutms.cat

**Objetivos.** Para reducir la elevada tasa de hospitalización en nuestra área se potenció un programa de atención domiciliaria integral en > 84 años. Se presenta la evaluación de proceso y de resultados de reingresos urgentes en la comunidad intervenida.

**Material y métodos.** Intervención comunitaria no aleatorizada en personas > 84 años residentes en municipios de dos áreas básicas de salud, realizada durante 2006 y 2007. La intervención consistió en 1) visitas preventivas con valoración de planes personales y aplicación de protocolos de atención al anciano frágil incluyendo el control de la polimedication, 2) alta acompañada de reintegración al domicilio en caso de hospitalización de agudos.

**Resultados.** Se identificaron 894 pacientes > 84 años de las historias clínicas de las ABS susceptibles de intervención, el 38% internados en residencias geriátricas (RG). Se han realizado visitas preventivas en el 71,3% del total, en el 56,7% de los internados en RG y en el 80,3% de los residentes en domicilio particular. El acompañamiento a domicilio se realizó en el 29,7% de las altas y la tasa de reingresos urgentes a los 30 días fue del 15% tanto en los pacientes acompañados como los que no lo fueron.

**Conclusión.** Se ha conseguido una buena cobertura de visitas preventivas domiciliarias, y aceptable en RG por las dificultades reales de acceder a ellas. Sin embargo el acompañamiento al alta es bajo y además no incide en una mejora de los reingresos hospitalarios. El protocolo de acompañamiento al alta debería revisarse y mejorar su cobertura en la población atendida.

#### Salud mental y neurología

##### ADAPTACIÓN CULTURAL DEL CUESTIONARIO GENERAL ANXIETY DISORDER SCALE (GAD-7) AL CASTELLANO

M. Ruiz, J. García-Campayo, E. Zamorano, A. Pardo, O. Freire y J. Rejas

Departamento de Metodología de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid; Servicio de Psiquiatría del Hospital Miguel Server; CAP de Sant Antoni de Vilamajor; ABS Alt Mógent. Madrid, Zaragoza, Barcelona. Comunidad de Madrid, Aragón, Cataluña.

Correo electrónico: olga.freire@pfizer.com

**Objetivos.** Adaptar el cuestionario GAD-7 al castellano, un instrumento autoadministrado de 7 ítems, para identificar posibles pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).

**Material y métodos.** Un panel de 8 expertos supervisó el proceso de adaptación. Se siguió el método de equivalencia conceptual con dobles traducciones a castellano y retro-traducciones a inglés. La validez de contenido fue analizada mediante acuerdo inter-jueces (índice de congruencia ítem-objetivo de Rovinelli-Hambleton). La versión adaptada se administró a pacientes con TAG según DSM-IV y controles emparejados por edad y sexo, reclutados al azar en consultas de Salud mental y Atención primaria para comprobar comprensibilidad y factibilidad.

**Resultados.** La validez interjueces confirmó la correcta ubicación de los ítems en la dimensión objetivo correspondiente al TAG. La muestra piloto estaba compuesta por 8 pacientes con TAG y 8 controles (62,5% hombres), con 50,38 años (DE = 16,76). El tiempo de respuesta promedio fue de 2'30''. Ninguna pregunta del cuestionario fue dejada en blanco. No se apreció acumulación de respuestas en los extremos de la escala. Ninguno de los pacientes diagnosticados de TAG manifestó necesitar ayuda ni aclaración alguna. Todos los ítems, excepto el ítem 5 ( $p = 0,105$ ), detectan diferencias significativas entre los grupos ( $p < 0,05$ ).

**Conclusión.** Tras el proceso de adaptación se ha obtenido una versión de la escala GAD-7 en castellano, asegurando que los contenidos son válidos y pertinentes, que las preguntas son comprensibles y adecuadas y que el tiempo de respuesta hace factible su utilización en el ámbito clínico para identificar posibles pacientes con TAG.

##### ¿A QUIÉN Y POR QUÉ DERIVAMOS A SALUD MENTAL?

E. Sánchez Casado, E. González Marín, M. Bernad Vallés, R. Rojo Chico, R. Fernández Ovejero y M. Porras Guerra

Unidad de Salud Mental; CS de San Juan. Salamanca. Castilla y León.

Correo electrónico: enriquesanca@hotmail.com

**Objetivos.** Conocer las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes atendidos en una unidad de salud mental procedentes de AP.

**Material y métodos.** Análisis descriptivo retrospectivo de todos los pacientes atendidos por primera vez en la Unidad de Salud Mental 2 de Salamanca durante el año 2007: el 2,4% de la población a la que se atiende (64.546).

**Resultados.** N = 1551. Zona urbana 1367 y 184 rural. Por diagnóstico: trastornos afectivos (27,08%); trastornos de ansiedad (25,53%); trastornos adaptativos (10,19%); trastornos de personalidad (5,22%); trastornos psicóticos (3,87%); trastornos por abuso de alcohol y sustancias (1,29%); trastornos de la conducta alimentaria (1,23%); trastornos asociados a problemas físicos (1,23%); ausentes de psicopatología (7,35%); conflictos (códigos Z) (6,13%); otros diagnósticos (6,58%). Por sexo: mujeres (70,54%); hombres (29,46%). Por grupo de edad: menos de 18 años (0,7%); de 18 a 25 (10,76%); de 26 a 35 (23,33%); de 36 a 45 (20,95%); de 46 a 55 (17,40%); de 56 a 65 (9,92%); mayores de 65 (16,89%). Por estado civil: casados (51,64%); solteros (32,11%); separados y divorciados (9,80%); viudos (6,45%).

**Conclusión.** El paciente derivado a Salud Mental en nuestro medio corresponde a mujer joven (entre 26 y 35 años), casada y que presenta algún trastorno afectivo. Sorprende el considerable porcentaje de pacientes ausentes de psicopatología (mayor si consideramos los códigos Z) y más llamativa en derivaciones urbanas. ¿Es la presión asistencial la que nos obliga a derivaciones inapropiadas? Reducir este porcentaje (precisando diagnósticos y afrontando el abordaje de crisis vitales) disminuiría la saturación del servicio.

## DIFERENCIAS EN LA PREVALENCIA DE PSICOPATOLOGÍA DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE Y AUTÓCTONA DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

*M. Salinero Fort, C. Martín Madrazo, E. Carrillo de Santa Pau, J.*

*Abánades Herranz, E. Irázabal Martín y M. Medina Fernández*

Unidad de Investigación de Atención Primaria del Área 4 del Servicio Madrileño de Salud. Madrid. Comunidad de Madrid.

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

**Objetivos.** Estimación de prevalencia de psicopatología en población autóctona e inmigrante.

**Material y métodos.** Tipo de estudio: transversal. Ámbito: 15 centros de salud de una Comunidad Autónoma. Población: 317 autóctonos y 262 inmigrantes consultantes que han firmado el consentimiento informado. Mediciones: variables sociodemográficas, apoyo social (cuestionario de MOS), estrés psicosocial (Escala de Holmes), trastorno psíquico (cuestionario Prime-MD) y calidad de vida (SF-36).

**Resultados.** Edad: autóctonos  $36,2 \pm 10,8$  años, Inmigrantes  $34,5 \pm 8,8$  (p = 0,03). Mujeres: autóctonos 67,17%, inmigrantes 52,68% (p = 0,0001). El porcentaje de población inmigrante sin apoyo social es mayor que en la población autóctona (33,6% vs 11%, p < 0,001). Por otro lado, la población inmigrante presentó una mayor alteración por estrés (58,4% vs 47,95%, p = 0,01), así como un mayor porcentaje de trastornos depresivos (31,8% vs 24,3%, p = 0,04), trastornos de ansiedad (21,8% vs 14,8%, p = 0,02), trastornos somatomorfos (29,5% vs 11%, p < 0,001) y abuso de alcohol (29,5% vs 11%, p = 0,07). No se encontraron diferencias para los trastornos de conductas alimentarias (1,3% vs 1,1%, p = 0,9). Al analizar la calidad de vida según el cuestionario SF-36 (0 = el peor estado de salud; 100 = el mejor estado de salud), sólo observamos diferencias en la salud mental, donde para los inmigrantes encontramos una peor salud mental que para los autóctonos ( $61,5 \pm 23,5$  vs  $69,4 \pm 19,7$ ; p < 0,001), para el resto de dimensiones medidas (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional) no se encontraron diferencias (p > 0,05).

**Conclusión.** La prevalencia de psicopatología en población inmigrante es manifestamente mayor que en la población autóctona, salvo para trastornos de conducta alimentaria.

## PATOLOGÍA PSQUIÁTRICA DE NUESTROS INMIGRANTES

*M. Pintanel Medina, J. Iglesias Fernández, S. Manero Fuster, C. Cuzco Cabellos y M. Llorente Llorente*

CAP Casc Antic. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: m\_pintanel@hotmail.com

**Objetivos.** Determinar prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada y depresión en inmigrantes.

**Material y métodos.** -Estudio descriptivo trasversal. -Ámbito. Centro de Atención Primaria (CAP) urbano. -Nivel de atención sanitaria: primario. -Criterios de selección: Inmigrante mayor de 18 años que acude a consultas médicas espontáneamente. -Número de sujetos incluidos: 372 in-

migrantes de más de un año en España, con dominio de castellano, inglés o francés. -Intervenciones: aplicación de cuestionarios: GHQ-28, MINI-Depresión y MINI-Ansiedad. -Variables, métodos: Datos sociodemográficos (edad, sexo, geografía, estudios, situación laboral, familiar y jurídica), frecuentación al CAP, derivaciones, aplicación de test validados. Se realizó estadística bivariante, pruebas de chi-cuadrado, Student, considerando significación estadística si  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Mayoritariamente mujeres (61,8%), 30-44 años (42,7%), de Latinoamérica (54,6), estudios secundarios (45,2%), trabajan (73,4%), con reagrupación familiar (54,6%) i regulados jurídicamente (84,7%). El 95,4% no fueron derivados a atención especializada y el 71,5% tenían 1-7 años de permanencia en España. Muy frecuentadores (> 9 visitas/año) 66,6%. El GHQ-28 fue positivo un 39,2%, el MINI-Depresión 23,7% y MINI-Ansiedad 26,6%. El 16,1% presentaban los dos MINI positivos. Las mujeres puntuaban más algún MINI que hombres (42,2% de mujeres, p < 0,0001). Los procedentes del Magreb presentaban más frecuentemente MINI-Ansiedad positivo (34,5%) y MINI-Depresión positivo (29,8%). Los frecuentadores presentaban algún test MINI positivo 38,2% (p < 0,005). La sensibilidad del GHQ-28 para detectar MINI positivo es 87,4% y especificidad 85,7%.

**Conclusión.** Se destaca porcentaje muy alto de ansiedad generalizada y depresión en población inmigrante, siendo más alta entre hiperfrecuentadores. Es importante tenerlo en cuenta para el manejo de estos pacientes.

## CORRELACIÓN ENTRE EL MMT DE LOBO Y LAS ESCALAS EADG Y GDS

*S. Alcalde López, F. Sangrós González, J. García Campayo, M. Alastuey Aisa, C. Charlez Millán y M. Moreno García*

CS Torrero-La Paz. Zaragoza. Aragón.

Correo electrónico: sangroconte@telefonica.net

**Objetivos.** Investigar la relación entre los resultados del MMT de Lobo (minimental test) y la escala de ansiedad/depresión de Goldberg (EADG) y la escala de depresión (GDS) de Yesavage en pacientes mayores de 65 años no institucionalizados.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, transversal, de una muestra representativa de población mayor de 65 años estratificada por edad y sexo, atendida en atención primaria. Utilizamos las escalas: EADG y GDS para conocer posibles trastornos de ánimo. Se investigó: edad, sexo, estado civil y enfermedades asociadas. Entrevistamos 156 pacientes: 83 mujeres y 73 hombres.

**Resultados.** Mediante el coeficiente de correlación de Spearman encontramos una relación positiva, estadísticamente significativa, entre ansiedad y depresión con el EADG:  $r = 0,563$  (p < 0,001), entre ansiedad y GDS  $r = 0,347$  (p < 0,001) y entre depresión y GDS:  $r = 0,582$  (p < 0,001), y una relación negativa entre MMT y GDS:  $r = -0,194$  (p: 0,019).

**Conclusión.** Ansiedad, depresión y GDS están relacionados positivamente. Esta relación es significativa e implica que a mayor valor de depresión y ansiedad mayor puntuación en GDS. Sin embargo con el MMT sucede lo contrario: relación negativa y sólo con GDS (a mayor GDS menor valor del MMT).

## Sesión oral 7

**Jueves, 20 de noviembre. 15.30-18.00 h**

**Zona izquierda. Planta 2. Sala Ámsterdam**

## Aula docente

### RETENCIÓN DE HABILIDADES EN SOPORTE VITAL BÁSICO Y DESFIBRILACIÓN EXTERNA AUTOMÁTICA: ¿CADA CUÁNTO DEBEMOS FORMARNOS?

Y. Cánovas Zaldúa, B. Casabella Abril, D. Lacasta Tintorer, S. Muñoz Gómez, M. García Ortega y M. Fábregas Escurriola

ABS Martí i Julià; ABS Raval Sud. Badalona. Cataluña.

Correo electrónico: 37442ycz@comb.es

**Objetivos.** Determinar el nivel de retención de habilidades en Soporte Vital Básico (SVB) y Desfibrilación externa automática (DEA) de médicos

y enfermeras de un Centro de Salud (CS) a los 6 meses de un taller formativo.

**Material y métodos.** Diseño observacional de intervención educativa. Ámbito/Marco: Atención Primaria. No está bien definida la periodicidad formativa idónea. Selección/Sujetos: profesionales sanitarios del CS rescatadores voluntarios (12 médicos, 12 enfermeras), 1 cámara profesional, 1 maniquí megacode y 1 evaluador experto. Variables: secuencia de habilidades en SVB/DEA detallada en 40 ítems del Cardiff-Test 3.1 adaptado (puntuación máxima: 40 puntos), ponderados con escala Likert (2-7 categorías). Intervenciones/evaluación: se realizaron videogramaciones de 3 series de 26, 25 y 18 simulaciones “tipo estación” individuales/parejas. Se realizó un taller formativo de 5 horas con instructores homologados entre la primera serie (S1) y la segunda (S2), separadas 1 mes. La tercera serie (S3) se realizó tras 6 meses libres de formación. Un experto evaluó las 25 filmaciones coincidentes S1/S2 y las 18 coincidentes S2/S3. Análisis estadístico: SPSS w15; Prueba t para muestras relacionadas.

**Resultados.** Las puntuaciones globales de la prueba mejoraron tras la intervención formativa (S1 = 19,87 puntos; S2 = 29,82 puntos; t = -0,86 P < 0,0001) y se mantuvieron a los 6 meses (S2 = 30,58; S2 = 29,01; t = 1,28 p < 0,21). Mejor puntuación en médicos, < 40 años y sexo femenino.

**Conclusión.** Este trabajo muestra que un intervalo formativo de 6 meses es suficiente para garantizar una buena retención de habilidades en SVB+DEA, tras un taller homologado de 5 h. Deben diseñarse estudios multicéntricos para fijar claramente la periodicidad óptima de formación en función de la duración del taller.

#### VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA MEDICINA DE FAMILIA

*F. Escobar Rabadán y J. López-Torres Hidalgo*

CS Universitario Zona 4 de Albacete, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; Facultad de Medicina de Albacete. Albacete. Castilla-La Mancha.

Correo electrónico: fescobar@sescam.jccm.es

**Objetivos.** Desarrollar y validar un cuestionario que permita evaluar los conocimientos y actitudes hacia la atención primaria y la medicina de familia entre los estudiantes de medicina.

**Material y métodos.** Diseño: estudio de validación. Ámbito de realización: facultad de medicina. Criterios de selección: estudiantes matriculados en una asignatura de Atención Primaria. Metodología: se diseñó un cuestionario ad hoc, constituido por 34 preguntas de respuesta cerrada, ofreciendo 5 opciones en una escala tipo Likert. La fiabilidad del cuestionario se valoró por su consistencia interna (test alfa de Cronbach), mientras que para conocer la validez de contenido se exploraron las dimensiones subyacentes y fundamentales de la escala mediante un análisis factorial.

**Resultados.** Respondieron al cuestionario 44 estudiantes (54,3% de los matriculados). El valor del test alfa de Cronbach para el cuestionario en conjunto fue de 0,67. En el análisis factorial se identificaron 8 componentes, que explican un 62% de la varianza total. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0,257 y la prueba de esfericidad de Barlett de 783,87 con 561 grados de libertad (p < 0,0001). Los dos primeros factores presentaron una buena consistencia interna entre los ítems que los componen (alfa: 0,81 para el primero y alfa: 0,72 para el segundo), mientras que para los demás el valor de alfa es menor de 0,5.

**Conclusión.** Nuestro cuestionario ha mostrado aceptables consistencia interna y validez de contenido en relación con la identificación de los conocimientos y actitudes de los estudiantes hacia la medicina de familia y la atención primaria.

#### FORMANDO INVESTIGADORES

*F. Tomás Aguirre, F. Gil Latorre, F. Segura Marín y C. Fernández Casalderrey*

UD de MFyC de Valencia. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: tomas\_fraagui@gva.es

**Objetivos de la experiencia.** La actividad investigadora requiere formación previa en metodología para garantizar su calidad. Por ello, y atendiendo a la demanda del Programa de la Especialidad, esta Unidad Docente imparte un curso de iniciación a la Investigación obligatorio para los residentes. El objetivo de esta comunicación es relatar esta experiencia docente, exponiendo su diseño y desarrollo, y analizando la temática investigadora que interesa a los residentes a partir de los proyectos pre-

sentados, obligatoriamente, el segundo año de residencia, en el marco del curso.

**Descripción de la experiencia.** El curso se estructura de forma semipresencial para no interferir en la formación clínica. Se imparten seminarios distribuidos durante los 4 años para que conozcan el método científico, realicen búsquedas bibliográficas, desarrollos un proyecto, manejen estadística y epidemiología e interpreten y comuniqueen resultados científicos. Para analizar las temáticas consideramos los 19 proyectos del último curso agrupados en: 6 Hipertensión Arterial y riesgo Cardiovascular, 4 Epidemiología, 3 Diabetes, 3 Clínica, 2 Actividades Preventivas y 1 Pediatría. Así como las motivaciones de elección. Se forma una media de 70 residentes por promoción, implicando en total a más de 250 por curso considerando los diferentes niveles.

**Conclusiones.** – La temática investigadora está condicionada por la accesibilidad a datos y la orientación del tutor. – El curso es valorado positivamente y se incentiva que los proyectos se transformen en trabajos de investigación y se difundan científicamente. – Desde diferentes comisiones de docencia y fundaciones hospitalarias se ha solicitado el curso para ser impartido a residentes, e incluso tutores, de otras especialidades.

#### OPINIONES DE LOS PARTICIPANTES DE UN CENTRO DOCENTE DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE LA VIDEOGRABACIÓN EN LA CONSULTA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA ENTREVISTA CLÍNICA

*M. Ribes Ardanuy, T. Elviro Bodoy, M. Hernández Anadón, M. Gens Barberà, S. Larrondo Pamies y C. Ferrández Ferrer*

CAP Salou. Salou (Tarragona). Cataluña.

Correo electrónico: margaritaribes@gmail.com

**Objetivos de la experiencia.** Conocer las opiniones de los médicos, médicos tutores y residentes (MIR) de un centro de salud docente, y las ventajas ante la implantación de la videogramación como metodología formativa en relación a la entrevista clínica.

**Descripción de la experiencia.** Brain-writing: en sesión clínica los médicos que participamos en el método PBI (entrevista basada en problemas) de video grabación de la entrevista clínica expresaron sus opiniones. Resultados Brain-writing sobre las opiniones de los médicos: – Experiencia muy positiva por feed-back de autoevaluación personal. – El enfoque en positivo de la metodología, favorece el intercambio de experiencias entre compañeros. – Aumenta la sensación de trabajo en equipo. – Favorece la crítica constructiva. – Se aproxima a la realidad para evaluar la entrevista clínica propia, objetivando los fallos y las habilidades, dando nuevos instrumentos y enlaces para mejorarlo. – Favorece vencer el miedo a la crítica, y el miedo escénico. – Repaso de la estructura de la entrevista clínica y estudio de la misma a propósito de la actividad.

**Conclusiones.** Los médicos opinan que la videogramación, es una herramienta muy útil para mejorar los aspectos de comunicación de la entrevista clínica. Afianza la sensación del equipo de atención primaria y mejora la relación tutor-residente.

#### TALLER DE CUENTOS CANTADOS DEL CUERPO HUMANO

*A. Cánovas Inglés, E. Roig Angosto, M. Rodríguez Martínez, R. Luquin Martínez, C. Alonso García y A. Salguero Merino*

CS de Cartagena Oeste; CS de Torre Pacheco. Cartagena. Murcia.

Correo electrónico: andres.canovas@carm.es

**Objetivos de la experiencia.** Utilizar cuentos cantados como herramienta para acercar a los niños al conocimiento integral del cuerpo humano. Enseñar cómo funcionan los principales órganos vitales: el corazón, el cerebro, los pulmones y los riñones.

**Descripción de la experiencia.** Estudio intervencionista y prospectivo. Ámbito: 6 colegios públicos y privados del Área de Salud de Cartagena y Murcia en los que las Asociaciones de Padres y profesores contactaron con el Centro de Salud de Cartagena Oeste desde septiembre de 2007. Variables: Emotividad, atención, aprendizaje, acercamiento y quietud. “La Función” consta de 5 actos e incluye espectáculo musical y canciones, con apoyos de recortables coloreados. A través de las canciones –dentro de un relato fantástico– un dragón se transforma en un niño, gracias a la ayuda de los frutos del huerto mágico. Cada órgano del cuerpo humano tiene una canción propia y se enseña la forma, funciones y semejanzas del cuerpo humano. Posteriormente, se evalúa a los niños con una prueba adaptada a la edad y a los contenidos enseñados. De los resultados, la ma-

yoría de los niños mantenían su atención constante durante la "Función". Han reconocido el órgano-fruto-color-función con un postest de interrelación en el 90% de los casos.

**Conclusiones.** Los niños se emocionan cantando las canciones del cuerpo humano. Los niños comprenden las funciones de estos órganos vitales - corazón, riñones, cerebro y pulmones- y reconocen sus formas y las asocian a colores. El entender la salud y la enfermedad forma parte del futuro de los niños como seres humanos.

#### APRENDER MEDICINA DE FAMILIA FUERA DE LA FACULTAD: INICIO Y EVOLUCIÓN DE UNA ROTACIÓN DE PREGRADO EN ATENCIÓN PRIMARIA E IMPACTO EN LOS ESTUDIANTES

*E. Cervera Barba, T. Gómez Gasón, J. Zarco Montejo, M. Sánchez Celaya del Pozo, G. Mora Navarro y E. Calvo Manuel*

UD de MFyC del Área 7 del Servicio Madrileño de Salud. Madrid. Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: ecervera.gapm07@salud.madrid.org

**Objetivos de la experiencia.** En el año 2003 una facultad de Medicina sin ninguna actividad docente en AP, inició una rotación de un mes en centros de salud, reconocida con créditos de libre configuración. Para conocer el grado de satisfacción y cumplimiento de los objetivos establecidos, realizamos una encuesta al finalizar la rotación y analizamos los comentarios de las memorias realizadas por los estudiantes.

**Descripción de la experiencia.** Inicialmente se ofertaron plazas en período estival; posteriormente también durante el curso, por las tardes. Los estudiantes recibían un seminario introductorio y un documento de objetivos de la rotación, conocido por sus tutores. En los cinco años 127 estudiantes realizaron la rotación, eligiéndola frente a otras hospitalarias. La encuesta contenía 15 preguntas, con puntuación de 1 a 10, agrupadas en cuatro áreas. Los aspectos organizativos de la rotación obtuvieron una media de 8,16 puntos; el grado de consecución de los objetivos 9,34; la valoración de los tutores 9,81 y la valoración global de la rotación 9,36. Los estudiantes señalaron como fortalezas la tutorización individual y real (presencia del tutor), y aspectos del perfil profesional del MF. Observaron que la rotación era corta. Para muchos la experiencia supuso "redescubrir la ilusión por ser médico", al descubrir la relación del médico de familia con los pacientes. Como fruto de esta experiencia la universidad ha emitido nombramientos honoríficos para los tutores y convocado plazas de profesores asociados para AP.

**Conclusiones.** La rotación de los estudiantes de Medicina por AP es altamente satisfactoria y contribuye a la formación de su perfil y valores profesionales.

#### SESIONES CONJUNTAS DE LA UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: MUCHO MÁS QUE UN PROGRAMA DE SESIONES

*R. Álvarez Nido, R. Jiménez Gallego, R. Sánchez González y M. Figueroa Martín-Buitrago*

UD de MFyC del Área 10 del Servicio Madrileño de Salud. Madrid. Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: roalvani@hotmail.com

**Objetivos de la experiencia.** Implicar a los miembros de la Unidad Docente (UD) en la adquisición y mejora de competencias en formación y evaluación formativa. Desarrollar valores profesionales del médico de familia. Promover el papel activo del residente en su aprendizaje. Favorecer el contacto periódico entre tutores y residentes.

**Descripción de la experiencia.** Analizada la situación de nuestra UD y las causas de falta de continuidad de las sesiones conjuntas (SSCC), se propuso reiniciarlas estableciendo, al iniciar el año, sus fechas mensuales, preparación por turno y celebración en centros de fácil acceso. Herramientas: programa anual, programa individualizado por sesión a cumplimentar por los ponentes y hoja anónima de evaluación. Fases: 2007-inicial, implantación de la cultura de asistencia y preparación de SSCC; 2008-intermedia, de ajuste según la valoración del primer año; 2009-final, sistematización e incorporación a la evaluación formativa.

**Resultados** (2007/hasta mayo-2008). Se realizaron todas las SSCC programadas: 9/5. Media de asistencia: 40/34, 47%/40% sobre el total de residentes y tutores principales. Tasa de respuesta a la evaluación: 55%/64%. Valoración global: 8/9. En la evaluación 2007, residentes y tutores

señalaron satisfacción con esta actividad y su utilidad para el contacto entre integrantes de la UD.

**Conclusiones.** Las SSCC, adaptadas a la realidad de la UD, han resultado factibles y satisfactorias. Se ha conseguido implicación de tutores y residentes en su preparación, asistencia y evaluación. Lo más valorado ha sido la oportunidad de contacto periódico. La evaluación y mejora del programa de SSCC permite utilizarlas para numerosos objetivos, siendo una actividad altamente eficiente en el proceso formativo.

#### ¿CÓMO SON LOS MÉDICOS DE FAMILIA QUE PUBLICAN EN REVISTAS DE PRESTIGIO?

*J. Soler González, C. Ruiz Magaz, J. Gervilla Caño, C. Serna Arnáiz, C. Mateu Benseny y A. Retamero Fernández*

CS Rambla de Ferran. Lleida. Cataluña.

Correo electrónico: jorgesolergonzalez@gmail.com

**Objetivos.** Es bien conocido que una de las necesidades para desarrollar bien la Atención Primaria es fomentando la investigación. Sin embargo, cuando la actividad asistencial ocupa la mayor parte del tiempo, investigar se hace difícil. Nos proponemos en este estudio conocer el perfil asistencial y científico de los médicos de familia (MF) que publican en las revistas de gran prestigio.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal retrospectivo tras contacto por correo electrónico con los autores de todos los artículos publicados en 2006 y 2007 en tres revistas internacionales de alto impacto: Family Practice, Journal of Family Practice y Annals of Family Practice (Impact Factor 1,55-1,27-3,8). Fueron invitados a cumplimentar un cuestionario diseñado con las siguientes variables principales: Disponibilidad de tiempo específico para investigar y tiempo destinado, número de pacientes atendidos, y vinculación académica universitaria. Criterios de exclusión: No ser MF.

**Resultados.** Se publicaron 310 originales entre 2006-2007. Se recibió respuesta de 124 investigadores. El 45,16% fueron excluidos por no ser MF. Los MF analizados realizan asistencia una media de 2,52(DE 1,32) días/semana, con una media de 6,98 (DE 2,8) horas/día. Los MF visitan 45 pacientes/semana (DE 30). El 75% tienen tiempo específico destinado a investigar con una media de 13,8 horas/semana. El 79,4% son profesores universitarios y el 69,11% tienen estudiantes en sus consultas. En la comunicación se presentarán los datos agregados por países y revistas.

**Conclusión.** Los MF que publican artículos originales en buenas revistas tienen tiempo específico destinado para poder investigar dentro de su jornada ordinaria y visitan pocos pacientes.

#### APROXIMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA AL CONCEPTO DE BEBEDOR DE RIESGO

*J. López-Torres Hidalgo, B. Navarro Bravo, F. Andrés Pretel, F. Escobar Rabadán, J. Latorre Postigo y J. Serrano Selva*

Facultad de Medicina de Castilla-La Mancha. Albacete. Castilla-La Mancha.

Correo electrónico: jesul@sescam.org

**Objetivos.** Comprobar la adquisición de habilidades por parte de los estudiantes de medicina (EM) para identificar a los bebedores de riesgo, utilizando instrumentos de screening recomendados en la práctica clínica y conocer la proporción de EM que presenta un consumo excesivo de alcohol (CEA).

**Material y métodos.** Se realizó un estudio observacional transversal en EM, los cuales aprendieron a utilizar los cuestionarios AUDIT (Alcohol-Use-Disorders-Inventory-Test) e ISCA (Systematic-Interview-of-Alcohol-Consumption). Tras el adiestramiento en tales instrumentos, los alumnos, de forma anónima, evaluaron su propio consumo de alcohol.

**Resultados.** En total, 20 de los 40 hombres (50,0%) y 30 de las 66 mujeres participantes (45,5%) cumplieron criterios de CEA, siendo el porcentaje global del 44,6% (IC95%: 35,4%-53,8%). Un consumo igual o superior a 28 UBEs/semana en hombres y a 17 UBEs/semana en mujeres fue detectado en el 19,4% de los participantes, sin existir diferencia estadísticamente significativa entre sexos (25,0% vs 16,9%). Al analizar la validez convergente entre ambos métodos de screening (consumo de alcohol expresado en UBEs/semana mediante el Cuestionario ISCA y puntuación obtenida en el Cuestionario AUDIT), se observó una elevada correlación entre ambos ( $r$  de Spearman 0,735;  $p$  < 0,001).

**Conclusión.** La proporción de bebedores de riesgo es superior a la obtenida previamente en EM, médicos y otros estudiantes universitarios. La sencillez de las herramientas de screening utilizadas permite una correcta asimilación desde las primeras etapas de la educación médica, contribuyendo a que el EM se inicie en las tareas de prevención clínica y posibilitando un mayor estado de alerta ante conductas de riesgo propias y ajenas.

#### **EXPERIENCIA DE MEJORA DE EVALUACIÓN DEL RESIDENTE: OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA**

*C. Babace Ithuriz, M. Morente López, C. Merino Díaz de Cerio, M. Baztán Romeo, R. Requena Santos y M. Sarlat Ribas*

CS Rodríguez Paterna. Logroño. La Rioja.  
Correo electrónico: cbi18758@gmail.com

**Objetivos de la experiencia.** Valorar la viabilidad de la "Observación Estructurada de la Práctica Clínica", (OEPC) como herramienta de evaluación de residentes, en nuestra Unidad Docente.

**Descripción de la experiencia.** Basada en "The Mini Clinical Evaluation Exercise" (mini-CEX), la OEPC evalúa la competencia en la esfera del "hacer", cuarto escalón de Miller. Valora mediante un cuestionario las habilidades clínicas en los encuentros con el paciente y permite identificar áreas de mejora y puntos fuertes, mediante feedback en el propio entorno clínico. La experiencia fue implementada por 7 tutores que realizaron 8 observaciones: en consulta y servicios de urgencias de AP y Hospital, durante un período de 3 meses. Se cumplió el 79% de los ítems. La puntuación global media obtenida fue de 7,5. Se realizó feedback en la mitad de los casos. El tiempo medio requerido fue de 13,5 minutos para la valoración y 6,5 para el feedback. La satisfacción media de los tutores fue de 7 y la de los residentes de 7,5 en una escala de 1 a 10.

**Conclusiones.** La OEPC no tiene una alta exigencia de tiempo y ni de entrenamiento de los docentes. Provoca un mínimo estrés en los residentes, pero son conscientes de sus beneficios y su valoración es positiva, igual que la de los tutores. Es comparable y menos subjetivo que otros métodos y facilita el feedback. Sus características hacen factible su aplicación a diferentes pacientes y valorar los progresos en el tiempo.

#### **VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE FRESNO. ¿SON ÚTILES LOS CURSOS DE MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA EN INCREMENTAR LOS CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES?**

*G. Flores Mateo, J.M. Argimon Pallàs, J. Jiménez Villa y E. Pujol Ribera*

Instituto de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: gflores@idapjgol.org

**Objetivos.** Determinar la validez y fiabilidad de la versión española del cuestionario de Fresno que evalúa los conocimientos y habilidades en Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y determinar si los cursos de MBE incrementan los conocimientos y habilidades.

**Material y métodos.** Diseño: estudio antes y después. Participantes: residentes de primer y segundo año de Medicina Familiar y Comunitaria (MFIC) (n = 162), tutores de residentes de MFIC (n = 6), estudiantes de un Máster de Investigación en Atención Primaria (n = 39) y expertos en MBE (n = 35). Intervención: se realizó un curso de 20 horas de MBE con contenido teórico-práctico. Descripción del cuestionario: el cuestionario empieza con la presentación de dos escenarios clínicos y consta de 12 preguntas. Mediciones principales: características demográficas, prueba alfa de Cronbach, correlación inter-ítems, validez de constructor e incremento de los conocimientos y habilidades en MBE.

**Resultados.** La edad media de los participantes fue de 31,2 (DE 8,7) años, el 75,5% de los participantes fueron mujeres. El alfa de Cronbach fue de 0,89 y la alfa de Cronbach si se eliminaba un ítem oscilaba entre 0,89 y 0,90. Los expertos presentaron puntuaciones más altas que los residentes de MFIC 145,6 (DE 24,0) y 61,7 (DE 24,5) p <0,0001. La puntuación total del cuestionario antes del curso de MBE fue de 69,9 (DE 33,2) y después del curso fue de 113,2 (DE 33,6) p < 0,001.

**Conclusión.** La versión española del cuestionario de Fresno presenta una alta validez y fiabilidad para evaluar los conocimientos y habilidades en MBE. Los cursos de 20 horas de MBE permiten un incremento significativo de los conocimientos y habilidades.

## **Sesión oral 8**

**Jueves, 20 de noviembre. 18.00-20.00 h**

**Zona izquierda. Planta 1. Sala Berlín**

### **Comunidad/familia/educación para la salud**

#### **UN DIAGNÓSTICO COMUNITARIO: PARTICIPAR ES COMPARTIR**

*M. Tejero López, A. Raya Rejón, A. Gómez Saldaña, I. Villar Garrido, M. Mengual Terricabras y M. Venegas Barrero*

ABS Llefià. Badalona (Barcelona). Cataluña.  
Correo electrónico: pilitejero@hotmail.com

**Objetivos de la experiencia.** Es necesario fomentar la autorresponsabilidad de la población respecto a su propia salud. El primer paso es comprometer a la comunidad en la que trabajamos en el análisis de su situación de salud a través del diagnóstico comunitario.

**Objetivo.** Realización de un diagnóstico comunitario según metodología APOC (atención primaria orientada a la comunidad).

**Descripción de la experiencia.** Estudio realizado en un centro de salud urbano (37.000 pacientes). Se convocó a las entidades, instituciones y asociaciones del barrio para la formación de un grupo de trabajo de la comunidad (Grupo Comunitario), se trabajó en tres fases: - Fase preliminar: cada entidad identificó cinco principales problemas de salud por grupos de edad mediante Encuesta Abierta. - Primera reunión de entidades: Mediante la técnica de Grupos Nominales entre los problemas propuestos se señalaron los tres más importantes. - Segunda reunión de entidades: aplicando el Método Hanlon se priorizó entre los problemas de salud valorando magnitud, severidad, eficacia y factibilidad de las intervenciones.

**Resultados.** El 50% de las entidades convocadas participaron. Problemas de salud priorizados mediante el Método Hanlon: - Infancia: alimentación-obesidad. - Adolescencia: consumo de tóxicos. - Adultos: alcohol, tabaco. - Ancianos: soledad, depresión. Se decidió trabajar el consumo de tóxicos en adolescencia dado que había recibido la máxima puntuación.

**Conclusiones.** - El consumo de tóxicos en adolescentes es el problema de salud que más preocupa a la comunidad en la que trabajamos. - El resto de problemas priorizados son psicosociales. - La realización de un diagnóstico comunitario permite a los ciudadanos expresarse e influir en la toma de decisiones.

#### **LA TELEVISIÓN NOS ACERCA A LA COMUNIDAD: CUIDAMOS DE TU SALUD**

*Y. Cánovas Zaldúa, A. Girona Marce, N. Vázquez Morales, J. Cruz Doménech, C. García Alarcón y L. Martín Castejón*

ABS Martí i Julià. Badalona (Barcelona). Cataluña.  
Correo electrónico: 37442ycz@comb.es

**Objetivos de la experiencia.** Realizar actividades de promoción y preventión de la salud de una forma integral a través de un programa de televisión. Aumentar la comprensión sobre temas de salud general de nuestra comunidad a través de un lenguaje adecuado para el telespectador.

**Descripción de la experiencia.** Actividad comunitaria entre el centro de salud y una televisión de ámbito local en una población de 200.000 habitantes. Dos médicos de familia intervienen cada 2 semanas desde hace 18 meses en un magazine con formato entrevista durante quince minutos, abordando un tema de salud de interés para la comunidad: protección solar, gripe, depresión, ansiedad, alergias, tabaquismo, osteoporosis, métodos anticonceptivos, lactancia materna, celiacos, obesidad, vértigo, demencias, alcoholismo, etc. Seguimiento medio de 30.000 telespectadores. Se transmite información reuniendo entretenimiento y objetividad, a través del uso de un lenguaje coloquial y cercano. Se realiza especial énfasis en las posibilidades de prevención, intentando potenciar la toma de decisiones positivas para la salud.

**Conclusiones.** Las impresiones recogidas a lo largo de esta experiencia de salud comunitaria obtienen una gran acogida por parte de los pacientes hacia los temas abordados, además de un mayor conocimiento de los

problemas de salud y de los recursos disponibles. Los medios de comunicación entendidos como herramienta de una sociedad cada vez más informada, y dada su capacidad para llegar a un gran número de personas con diferentes características e inquietudes, pueden ser un instrumento muy útil para realizar intervenciones en prevención y promoción de la salud, con el resultado de incidir y mejorar la salud de nuestra comunidad.

#### PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE OBESIDAD INFANTIL Y JUVENIL EN UNA ZONA DE SALUD

J. Menárguez Puche, J. Cámara Palop, E. Macanás Pérez, P. Alcántara Muñoz, F. Monsó Pérez-Chirinos y R. Pérez Tomás

CS Profesor Jesús Marín; CS Dr. Antonio García García. Molina de Segura (Murcia). Murcia.

Correo electrónico: juanfranmena@telefonica.net

*Objetivos de la experiencia.* Elaborar y poner en marcha un Programa preventivo de Obesidad de ámbito municipal.

*Descripción de la experiencia.* Desarrollo conjunto por Concejalía de Sanidad, Atención Primaria, nutricionistas y educadores infantiles. Población diana: 9.594 niños (32 centros). Intervenciones iniciales: modificación menús escolares y estudiar prevalencia de obesidad. Segunda fase: fomento de ejercicio físico. Tras identificar problemas nutricionales en menús habituales se rediseñaron y ofertaron a centros educativos: - 30 menús variados (6 semanas). - Compuestos siempre por ensalada, plato único de dieta mediterránea elaborado principalmente con legumbres, pastas y arroz. Pan y fruta. Consumo diario frutas y verduras (2-3 raciones). - Macronutrientes equilibrados. Tras reuniones con educadores, 19 de 21 centros con comedor utilizan los nuevos menús. Al iniciar el curso nos reunimos con padres para sensibilizar sobre obesidad y ofrecer soluciones basadas en dieta saludable y fomentar ejercicio. Un mes después de poner en marcha la experiencia nos reunimos con los directores de todos los centros para valorarla. Las sorprendentes conclusiones comunes fueron: fácil adaptación infantil al cambio y consumo aumentado de ensaladas, guisos y frutas. Se consensuó como clave importante el trabajo de monitores. Se ha valorado también la prevalencia de obesidad en todos los escolares de 3 a 12 años y realizado una encuesta alimentaria sobre niños de 5º de primaria mediante cuestionario PERSEO. Han participado voluntariamente los 24 centros educativos (100%) con alumnos en estas edades.

*Conclusiones.* Creemos factible la instauración de estos programas siempre que se haga coordinando e implicando a ayuntamiento, sanitarios y educadores. Valoramos nuestros resultados iniciales sobre hábitos nutricionales infantiles como excelentes.

#### IMPLANTACIÓN DE SESIONES DE TAICHÍ CHUAN, CHIKUNG EN PERSONAL DE UN ABS

J. Morró i Pla, M. Ballester Torrens, J. Valencia Dacal, M. Mullol Tarragona, A. Díaz Almanza y M. Capdevila Folguera

CAP Ramon Turró. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: maramagnum@terra.es

*Objetivos de la experiencia.* Conocer la opinión que tienen nuestro personal antes y después de la aplicación de sesiones de taichí.

*Descripción de la experiencia.* Diseño: estudio transversal, mediante encuesta. Ámbito: centro de Salud urbano. Sujetos: Participaron 20 personal del personal sanitario y 5 del no sanitario. Mediciones e intervenciones: se realiza encuesta donde se recogen datos como si se ha realizado alguna vez taichí, si le parece una idea útil, motivo porque el que se apunta, si le parece cómodo el sitio donde lo realiza, el horario si es adecuado, si esta actividad mejora la relación entre compañeros, que más le aporta. Se registraron datos demográficos, antecedentes patológicos y sesiones practicadas. Media de edad 35 años (23-55). El 85,7% eran mujeres. La mayoría (100%) lo consideran útil. Un 85,7% IC (57,2-98,2) no tenían conocimiento del técnica de taichí. Los dos grandes motivos de apuntarse fueron desestres laboral y integración al equipo. El grado de incomodidad de practicarlo en el centro fue nulo.

*Conclusiones.* La práctica de actividades colectivas en el equipo, como el taichí, mejora el estado físico del personal, mejora la cohesión del equipo y ayuda a afrontar mejor la jornada laboral, siendo considerada por la mayoría como útil.

#### DEMUESTRA TU SALUD EN LA COCINA

A. Sacristán Rubio, J. Infantes Rodríguez, S. Guijarro Valverde, E. Puente Benavides, M. Estaca Gutiérrez-Argumosa y H. Juan Gallinari

CS Ibiza; Gerencia de Atención Primaria Área 1; CS Francia II; Hospital 12 de Octubre; CS Monterozas. Madrid. Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: hdjuan@hotmail.com

*Objetivos de la experiencia.* Conseguir que los vecinos de una zona básica de salud aporten recetas saludables para realizar un documento (libro) que nos sirva a los profesionales sanitarios como material de apoyo. Este material se entregará a los pacientes con los que se trabaja modificando hábitos dietéticos. Conocer cómo comen nuestros pacientes.

*Descripción de la experiencia.* Se obtuvieron recetas saludables de un grupo de vecinos aportadas de manera voluntaria. Recibimos 103 recetas que se clasificaron en 7 grupos de alimentos: verduras-hortalizas (26), pastas (5), legumbres (5), huevos (9), pescados (19), carnes (19) y postres (20). Se realizó un estudio nutricional de cada receta, encontrando 53 (54%) hiperproteicas (8 verduras, 4 legumbres, 5 huevos, 18 pescado, 17 carnes), 63 (64%) hipergrasas (16 verduras-hortalizas, 2 pastas, 3 legumbres, 8 huevos, 9 pescados, 13 carnes, 12 postres) y 16 (16%) son hiperglucémicas (5 verduras-hortalizas, 3 pastas, 8 postres). 33 de las recetas son hiperproteicas e hipergrasas.

*Conclusiones.* Las recetas que recibimos, son hiperproteicas e hipergrasas. Finalmente se realizó un libro con recetas saludables que servirá a un grupo de profesionales como material de apoyo en aquellos pacientes que se está trabajando en consejos sobre alimentación.

#### ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL TABAQUISMO EN UN DEPARTAMENTO DE SALUD: ORIENTACIÓN HACIA LA ATENCIÓN PRIMARIA

J. Mataix Sancho, J. Blasco Gallego, V. Pastor Navarro, A. Bonet Pla y M. Álvarez Martínez

Equipo de Coordinación de la Atención al Tabaquismo (ECAT), Departamento de salud N° 9. Valencia. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: jmataix@comv.es

*Objetivos de la experiencia.* - Puesta en marcha de la atención integral al tabaquismo en atención primaria en un departamento de salud. - Conseguir que cada fumador sea atendido en el lugar y en el momento más adecuado. - Generar la consulta programada de enfermería de tabaquismo.

*Descripción de la experiencia.* Estructura: un médico de familia y un psicólogo (dedicación 100%) como Equipo Coordinador de Atención al Tabaquismo (ECAT). Funciones: K Diseño de materiales: - Protocolo para integrar los niveles de intervención en tabaquismo (breve-intensiva-especializada) con los elementos de actividad en AP (consultas a demanda/programadas/unidad de conductas adictivas). - Guía de intervención intensiva para la consulta programada (especialmente de enfermería). 2. Formación-sensibilización escalonada de profesionales en: a) intervención breve: sesión clínica en cada CS para médicos/enfermeros y taller (7 horas) para un médico y un enfermero de cada CS; b) intervención intensiva: taller (8 horas) para enfermería y sesión clínica al EAP para presentar el protocolo. 3. Seguimiento-evaluación. Actividades formativas realizadas en: a) intervención breve: - 15 sesiones en 2006: 104 médicos (61,5%), 103 enfermeros (63,6%); - 12 sesiones en 2007: 86 médicos (50,9%), 58 enfermeros (33,7%); - 3 talleres (2006-2007): 26 médicos y 29 enfermeros; b) intervención intensiva en 13 CS: formación del 79,4% de enfermería. Resultados (de febrero-06 a mayo-08): - Fumadores diagnosticados nuevos: 9047. - N° de fumadores derivados en 2007 a intervención especializada: 320.

*Conclusiones.* Existe buena aceptación del protocolo por el EAP, resulta necesario aprovechar todos los recursos disponibles en AP para normalizar la atención al tabaquismo al igual que la atención de otros problemas crónicos (HTA y DM).

#### ACTIVIDAD COMUNITARIA: NECESIDADES DE FORMACIÓN SANITARIA EN UN GRUPO DE JÓVENES

M. Álvarez Martínez, J. Mataix Sancho, I. Montón Calzadilla, S. Muñoz Sapiña y J. Verdeguer Miralles

CS Guillem de Castro. Valencia. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: martalavarezmartinez@hotmail.com

*Objetivos de la experiencia.* Realizar una actividad comunitaria mediante la participación en los ciclos formativos de la semana cultural de un institu-

to de educación secundaria, mediante la realización de charlas sobre diferentes temas de salud. Conocer los intereses y necesidades de formación sanitaria del grupo de jóvenes asistentes. Comparar nuestras creencias de necesidad de formación de este grupo de edad y las que realmente tienen. *Descripción de la experiencia.* Tres médicos impartieron tres seminarios sobre: fotoprotección solar, trastornos de la conducta alimentaria (TAC): anorexia-bulimia y enfermedades de trasmisión sexual. Distribuimos una encuesta para conocer el interés de estos temas para los alumnos (valoración de cada charla mediante una escala de likert de 4 ítems: nada interesante-poco interesante-interesante-muy interesante) y en segundo lugar les preguntamos los temas sobre los que tiene interés en formarse. Tras el análisis de los datos obtuvimos los siguientes resultados: 74 encuestas realizadas. Edades entre 17 y 23 años.

Sexo: 10,8% hombres, 89,9% mujeres. Protección solar: el 8,1% de las encuestas valoraban este tema como muy interesante. Un 17,6% interesante. ETS: un 28,4% muy interesante; un 17,6% interesante. TAC: un 72,3% muy interesante; un 23,6% interesante. Un 3,6% poco interesante. Temas de interés para los alumnos por orden de frecuencia: drogas (35,2%), SIDA (20,3%), sexualidad (21,7%), ETS (16,3%), cáncer (10,9%), enfermedades mentales (9,6%), anticoncepción (8,1%).

*Conclusiones.* Los intereses de este grupo de jóvenes coinciden en parte con el PAPPS para este grupo de edad y con la percepción objetiva-subjetiva de los médicos de familia en sus consultas. Es necesario este tipo de actividades para valorar y cubrir las necesidades de los jóvenes.

#### MUSICOTERAPIA PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

*L. Troyano y E. Fuentes*

ABS Girona-2, Girona. Cataluña.

Correo electrónico: letitroyano@gmail.com

*Objetivos de la experiencia.* Evaluar el impacto de 12 sesiones de musicoterapia sobre el síndrome de Burnout de los profesionales de un centro de salud urbano.

*Descripción de la experiencia.* Para evaluar el grado de burnout de los profesionales del ambulatorio, se utilizó el Maslach Burnout Inventory (MBI), obteniéndose un grado alto para la subescala de Agotamiento Emocional y medio para las subescalas de Despersonalización y Realización Personal.

Posteriormente se comenzó con intervenciones musicales estructuradas en 12 sesiones (1 por semana), de 45 minutos cada una; constando cada una de lo siguiente: 10 minutos de relajación, 30 minutos de juegos musicales, 5 minutos de reflexiones. A través de la música se trabajan áreas de memoria, identificación y expresión. Al finalizar la experiencia se administró nuevamente el MBI y una encuesta de satisfacción. En el MBI sólo se encontró una reducción de valores en la subescala de Agotamiento Emocional, aunque no significativo. Al 100% de los participantes el taller les pareció interesante y divertido, les permitió reflexionar y ver otros puntos de vista, como así también conocer a los compañeros de trabajo. Evaluaron la organización general como muy buena y su motivación y participación entre muy buena y excelente. Sólo cambiarían el salón donde se realizó la experiencia. El 100% volvería a repetir el taller.

*Conclusiones.* Si bien los valores obtenidos en el MBI no permiten atribuir cambios en el Síndrome de Burnout a la música, el alto grado de satisfacción detectado entre los participantes, plantea la posibilidad de establecer un día fijo para el taller de musicoterapia, como espacio de reflexión y juego.

#### COMISIÓN DE POBLACIÓN EXCLUIDA: UN EJEMPLO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA FRENTE A LAS DESIGUALDADES CRECIENTES EN EL SIGLO XXI

*J. Zarco Montejio, R. Pérez León, I. García-Heras Carretero, A. de la Vega Olmeda, A. Ayala Rubio y A. Alemany López*

CS Ibiza; Gerencia de Atención Primaria del Área1. Madrid. Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: jzarcom@gmail.com

*Objetivos de la experiencia.* La comisión de población excluida surge en 1998 a iniciativa de un consejo de salud de un distrito sanitario para dar respuesta a necesidades que escapan a la asistencia normalizada. Sus objetivos son: - Disminuir desigualdades. - Fomentar la coordinación tanto institucional como personal. - Optimizar recursos. - Priorizar intervenciones. - Investigar en población excluida. -Concienciar a profesionales y sociedad de una realidad no conocida o ignorada.

*Descripción de la experiencia.* Foro de encuentro multidisciplinar (profesionales sanitarios y no sanitarios) y multi-institucional (diferentes administraciones...) liderado por la gerencia de Atención Primaria, de periodicidad mensual. Tras 10 años de existencia se han realizado intervenciones en diferentes asentamientos marginales: el Pozo, la Rosilla, las Barranquillas y Cañada Real: - Análisis de la situación de salud. - Actividades de educación para la salud en diferentes colectivos (gitanos, drogodependientes, inmigrantes...). - Campañas de vacunación infantil/adulta. - Circuitos de tuberculosis. - Tramitación de TSI. - Investigación (comunicaciones en foros nacionales e internacionales) y docencia. - Diseño de estrategias de intervención: equipo de intervención excluida. - Difusión, sensibilización de la sociedad y denuncia. - Participación en foros y grupos de trabajo. - Propuesta y redacción del área competencial en el Programa de la Especialidad de MFyC y en el Tratado de MFyC. - Formación (claves culturales...).

*Conclusiones.* Foro de intervención que ha permitido acceder a poblaciones que están absolutamente al margen de cualquier red normalizada sociosanitaria y diseñar diferentes estrategias de intervención, así como lograr la coordinación de profesionales que trabajan en el terreno.

#### EQUIPO DE INTERVENCIÓN EN POBLACIÓN EXCLUIDA: PUESTA EN MARCHA DE UNA ESTRATEGIA PIONERA EN ATENCIÓN PRIMARIA

*B. Aragón Martín, S. Agudo Polo, J. Zarco Montejio y A. Alemany López*

Gerencia de Atención Primaria del Área 1 del Servicio Madrileño de Salud. Madrid. Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: jzarcom@gmail.com

*Objetivos de la experiencia.* El equipo de intervención en población excluida (EIPE) surge en enero del 2007 a propuesta de la comisión de población excluida de Villa de Vallecas para hacer accesibles los servicios sanitarios a personas que viven en situaciones de extremo riesgo y desigualdad, principalmente población de asentamientos marginales.

*Descripción de la experiencia.* Equipo formado por una médica de familia, un enfermero y un conductor, que mediante un vehículo habilitado como consulta acceden a los poblados marginales de Cañada Real y Barranquillas. Han prestado en su primer año los siguientes servicios/actividades (nº): - Consulta a demanda (1173). - Consulta programada (909). - Domicilios (77). - Actividades de educación para la salud (12). - Procedimientos enfermeros (546). - Pruebas diagnósticas (208). - Derivaciones directas (134). - Derivaciones telefónicas (302). - Tramitación de TSI (81). - Observatorio. - Docencia (estructura docente asociada a la UD MFyC). - Coordinación con otros profesionales e instituciones. - Participación en la Comisión de Población Excluida.

*Conclusiones.* Puesta en marcha de un modelo de intervención comunitaria en población excluida dependiente de atención primaria, que en su primer año ha ido adaptando sus actividades a las necesidades detectadas en una población cuyas desigualdades sociales la sitúan en una extrema vulnerabilidad. Su capacidad de intervención, a pesar de ser limitada, supone un elemento más en tan difícil ámbito de actuación. Aunque para ser más eficiente sería imprescindible la participación directa de profesionales del ámbito de lo social así como ciertas mejoras estructurales.

## Sesión oral 9

**Jueves, 20 de noviembre. 18.00-20.00 h**

**Zona Izquierda. Planta 2. Sala Ámsterdam**

## Riesgo cardiovascular/respiratorio

#### GESTIÓN DE LA EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA BÁSICA DEL PACIENTE DIABÉTICO DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

*M. Sender Palacios, M. Vernet Vernet, J. Ondategui Parra, L. Pascual Batlle, A. Salvador Playà y M. Maseras Bover*

CAP Terrassa Nord. Terrassa (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: 12646mvv@comb.es

**Objetivos de la experiencia.** Valorar la viabilidad de realización de la exploración oftalmológica básica del paciente diabético (agudeza visual, presión intraocular y fondo de ojo) desde la Atención Primaria de Salud (APS) con la incorporación de un optometrista y mediante el análisis de concordancia del diagnóstico de patología ocular realizado por el médico de APS en relación con el realizado por un oftalmólogo de referencia.

**Descripción de la experiencia.** Se realizó un estudio de cohortes prospectivo multicéntrico con 712 diabéticos tipo 2. Equipo investigador: un optometrista que realizó la exploración de agudeza visual, medición de presión intraocular y las fotografías de fondo de ojo con cámara retina no midriática, 11 médicos de 6 Áreas Básicas de Salud urbanas y 3 oftalmólogos de los servicios de referencia. Los oftalmólogos impartieron un curso de formación a los médicos APS. Los oftalmólogos y médicos APS realizaron, mediante doble lectura ciega, la interpretación de resultados y la indicación de derivación a servicios especializados. La concordancia en la interpretación fue del 60% en agudeza visual, del 94% en sospecha glaucoma y del 80% en diagnóstico retinopatía. Los médicos APS derivaron un 57,75% de pacientes y los oftalmólogos un 41,58%.

**Conclusiones.** La experiencia ha demostrado que es viable la gestión de patología ocular diabética desde la APS tanto por la concordancia de diagnósticos como por la incorporación del optometrista a la misma, con una mejora en la colaboración entre APS y atención especializada. La no derivación de alrededor de la mitad de diabéticos puede repercutir en una mayor satisfacción del paciente.

#### INVESTIGACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA DEL ICTUS: ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE BASE ASISTENCIAL

*J.L. Clua Espuny, A. Panisello Tafalla, J. Lucas Noll, E. Ibáñez Ibáñez y L. Queralt Tómas*

CAP Temple; UD de MFyC de Tortosa; Institut Català de la Salut. Tortosa (Tarragona). Cataluña.

Correo electrónico: jlclua@telefonica.net

**Objetivos.** Calcular la incidencia de ictus y la efectividad de la prevención secundaria según los criterios definidos en el Plan Director Vascular de Cataluña.

**Material y métodos.** Cohorte prospectiva, entre 14-0 años de edad asignada a 8 áreas básicas de salud (ABS), con un primer episodio de ictus isquémico entre 01/05/2006 y 31/04/2008 registrado en la e-cap con código CIAP/9 (G45 o I63) validado. Evaluación de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) antes, 3 y 12 meses post-episodio, y funcional con el índice de Barthel; tasas de incidencia por sexo y grupos de edad y estandarizadas en cada ABS, y análisis multivariante con los FRCV.

**Resultados.** Entre 132.239 personas (H 66.106 M 66.223), identificamos 555 pacientes (H 284 M 271). La incidencia fue 20,9/10.000hab/año, diferente significativamente entre ABS por incidencia ajustada (15,3/10.000 vs 24,9/10.000), sexo (H 25,5/10.000 vs M 11,2/10.000) y grupos de edad (H 75-79 vs M 85-89). Las mujeres son mayores (0,005), más prevalencia de HTA (0,002), dislipemia (0,013), e IMC (0,005) y los hombres en tabaquismo (0,000) y enolismo (0,000). Al año el porcentaje de pacientes pre-episodio con niveles tensionales > 160/95 mmHg, LDL > 150 mg/dl, y HbA1c > 8% descendió respectivamente un 60%, 65%, y 85%. El FRCV menos controlado es el IMC > 30 en un 60% de casos. En la regresión el IMC (0,0019), el RCV previo (0,0085), se asocian al resultado funcional del episodio.

**Conclusión.** Los resultados globales enmascaran diferencias significativas entre las ABS participantes. Las medidas de prevención secundaria son más efectivas.

#### CONTROL DE CALIDAD ASISTENCIAL EN LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y POBLACIÓN GENERAL

*A. Díaz Barroso, I. López López, M. Tejero López, M. Medina Peralta, A. Gómez Saldaña y F. Escobedo Espinosa*

ABS Llefià. Badalona (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: angelesdiazbarroso@yahoo.es

**Objetivos.** Analizar el cumplimiento de indicadores sintéticos de calidad asistencial (EQA) en pacientes con riesgo-enfermedad cardiovascular (RCV-ECV) y enfermedad mental grave (EMG) comparándolos con los resultados en población general.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal comparativo. Atención primaria. Población: pacientes con algún factor de riesgo cardiovascular - enfermedad cardiovascular de nuestro centro de salud (11.392). Sujetos: pacientes con trastorno mental grave (depresión mayor, esquizofrenia, trastorno bipolar, otras psicosis) y riesgo cardiovascular (N127). Los datos se han obtenido de la historia clínica informatizada (OMI AP). Variables: indicadores sintéticos de calidad asistencial (EQA) 2008 en pacientes con RCV-ECV que determina el Institut Català de la Salut (ICS).

**Resultados.** Porcentaje Cumplimiento EQA 2008 en pacientes con RCV-ECV en: EMG/población general y la significación estadística (p). - Control lipídico AVC: 55,6%/16,5% p = 0,01. - DM2. Cribaje retinopatía: 75%/58% p = 0,05. - Control de TA población de riesgo: 50%/36% p = 0,06. No existen diferencias significativas en: -Control glicada en DM2: 75%/59,7%. - Tratamiento antiagregante en AVC: 89%/90%. - Betabloqueantes cardiopatía isquémica (CI): 75%/58%. - Antiagregantes CI: 100%/87%. - Control lipídico CI: 50%/27%.

**Conclusión.** Globalmente el cumplimiento de los estándar de calidad asistencial (EQA 2008) relativos al control de la enfermedad cardiovascular es similar en el paciente con enfermedad mental grave que en la población general. El cumplimiento de los estándares: control lipídico en AVC, cribaje de retinopatía diabética y control de la TA en población de riesgo es significativamente mejor en pacientes con enfermedad mental grave que en la población general.

#### EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES DE CRIBADO Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES DESPUES DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

*O. Pons Martínez, R. Borrás Vila, A. Maiques Galán, L. Pascual López, R. Martínez Castelló y E. Merenciano Benavent*

CS de Manises. Valencia. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: rosetamari@hotmail.com

**Objetivos de la experiencia.** Valorar la evolución del cribado y control de hipertensión arterial (HTA) y diabetes después de implantar un programa de prevención cardiovascular.

**Descripción de la experiencia.** Estudio de seguimiento de indicadores obtenidos de la historia clínica electrónica de un centro de salud desde diciembre 2007 hasta mayo 2008. La muestra corresponde al total pacientes asignados a cada médico. Los indicadores son: a) cribado de HTA: personas de 14 - 40 años con algún registro de presión arterial en los últimos 4 años y > 40 años con algún registro en los últimos 2 años del total de > 14 años; b) cribado diabetes: registro glucosa en sangre en los últimos 3 años del total de personas > 45 años; c) control de la HTA: cifras presión arterial < 140/90 mmHg del total de hipertensos > 14 años; y d) control diabetes: HbA1C < 7% del total de diabéticos > 45 años. El programa de prevención cardiovascular consta de llamadas telefónicas para que pacientes > 40 años acudan a realizarse las actividades preventivas aconsejadas, presentación de indicadores y educación sanitaria intensiva para profesionales sanitarios.

**Conclusiones.** El cribado HTA varía de un 29,4% al inicio del estudio a 34,0% al final (diferencia 4,6%); el cribado diabetes de un 26,8 a 33,6% (6,8%); el control HTA de un 26,3 a 34,6 (8,3%); y control diabetes de un 15,6 a 19,8% (4,2%).

#### RESULTADOS DE LAS INTERVENCIONES INDIVIDUAL Y GRUPAL EN EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA

*M. Ramos Monserrat, M. Caldentey Tous, R. Duro Robles, A. Fe Pascual, F. Daviu Alted e I. Socias Buades*

Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Palma de Mallorca. Illes Balears.

Correo electrónico: mcaldentey@ibsalut.caib.es

**Objetivos.** Comparar la efectividad de las intervenciones avanzadas grupal e individual en el abordaje del tabaquismo en atención primaria.

**Material y métodos.** Ensayo clínico de 3 ramas: intervención avanzada individual (II), intervención avanzada grupal (IG) y grupo control (GC), con aleatorización individual y realizado en Atención Primaria. Criterios de inclusión: Fumadores que acuden a la consulta por cualquier motivo preparados para dejar de fumar. Criterios de exclusión: Menores de 18 años, enfermedades terminales y patología mental. Medidas de resulta-

dos: abstinencia continuada y puntual a 12 meses mediante autodeclaración y confirmada por cooximetria.

**Resultados.** Se captaron 287 fumadores: 81 en la II, 111 en la IG y 95 en el GC. Los participantes fueron comparables en características demográficas, clínicas, estilo de vida y de su tabaquismo. La utilización de fármacos fue baja en todos los grupos (24,5% en II, 19,8% en IG y 25,3% en GC). La abstinencia continuada confirmada por CO, a los 12 meses, fue: 7,4% para II, 5,4% para IG y del 1% para GC. Según declaración de los participantes, la abstinencia continuada a los 12 meses fue del 8,6% para II, 7,2% para IG y 1% para GC. La abstinencia puntual a los 12 meses confirmada por CO fue del 12,6% para II, del 6,3% para IG y del 3,1% para GC.

**Conclusión.** Destaca que las tasas de abstinencia obtenidas a 12 meses son más bajas de lo esperado para una intervención avanzada, tanto para la II como IG. La II ha resultado más efectiva que IG.

## Miscelánea

### ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR HABILIDADES EN SOPORTE VITAL BÁSICO Y DESFIBRILACIÓN DE MÉDICOS Y ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

B. Casabella Abril, D. Lacasta Tintorer, M. García Ortega, A. Perelló Bratescu, M. Fernández Soriano y T. Clusa Gironella

CS Drassanes (equipo Raval Sud-SAP Litoral). Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: bcasabellaa@meditex.es

**Objetivos.** Adaptar el Cardiff Test 3.1 de habilidades en Soporte Vital Básico (SVB) y desfibrilación externa automática (DEA) a los requerimientos del Centro de Salud (CS) y validarla.

**Material y métodos.** Estudio de fiabilidad con medidas repetidas. CS urbano. Selección/sujetos. 37 sanitarios rescatadores voluntarios médicos/enfermeras del CS. Variables: actuaciones categorizadas de peor a mejor ejecución. Elaboración experta. Doble traducción del original Galés (2003) validado en no sanitarios. Piloto. Adiestramiento 2h. Ejecución: 2 series filmadas (profesional+doméstica), separadas 1 mes, de 26-25 simulaciones "tipo estación" individuales/parejas. Taller formativo de 5h entre 1<sup>a</sup>-2<sup>a</sup> series. 6 evaluadores con Guía puntuaron independientemente (grabaciones DVD); 2<sup>a</sup> serie evaluada en filmación profesional y doméstica; Nuevamente puntuada a las 3 semanas con ciego de versión filmada y orden de simulaciones aleatorizado. Analizados 62 ítems (excluidos maniquí/controles). Validez (contenido/aparente/criterio concurrente). Fiabilidad Kappa/coeficientes correlación intraclass (CCI). Sensibilidad al cambio (*t* para muestras relacionadas).

**Resultados.** Respecto al Cardiff (ítems = 42) nuestro test contiene 46% ítems nuevos, 41% modificados, 13% iguales. Fiabilidad entre-evaluadores excelente/buena en 53/62 ítems; Fiabilidad intra-evaluador y entre-filmaciones excelente/buena en todos menos uno; Concordancia entre evaluador experto/no experto excelente (CCI = 0,832-0,964). Tras intervención formativa la prueba mejoró 20,6 puntos en promedio (media = 40,9 puntos; *t* (gl = 24) = 7,839; *p* < 0,0001). Tras eliminar actuaciones descartadas en recomendaciones 12/2005 se mantenía el buen funcionamiento de los ítems.

**Conclusión.** 1) Carecemos de instrumentos útiles para medir habilidades en SVB+DEA; 2) Hemos elaborado uno con suficientes garantías psicométricas, probado auto-manejo por sanitarios del CS y evidenciado funcionamiento favorable de ítems con recomendaciones actuales; 3) Proponemos aplicabilidad inmediata para evaluación formativa.

### PRESIÓN DEL PULSO Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN

I. Rosendo, D. Martins, G. Pimenta, L. Constantino, T. Santos y L. Santiago  
CS de Eiras. Coimbra (Portugal).  
Correo electrónico: inesrcs@gmail.com

**Objetivos.** Las implicaciones fisiológicas, terapéuticas y pronósticas de la elevada presión de pulso (PP) definida como la diferencia entre la presión arterial sistólica y diastólica son importantes en la terapéutica de la Hipertensión Arterial (HTA). Caracterizar la PP en una población hipertensa en función de su control.

**Material y métodos.** Estudio observacional en una muestra de conveniencia de los usuarios hipertensos en la cita de Atención Primaria entre 26

de abril y 21 de mayo 2008. Recogida de la presión arterial en el tercio medio de los brazos y por encima de los tobillos. Análisis descriptivo e inferencial.

**Resultados.** Muestra de 77 individuos (59,6% hombres), edad media de  $60,4 \pm 12,1$  años (ns entre sexos), con HTA controlada en 49,4%. De los no controlados, 76,9% tienen HTA sistólica aislada. En función del control/no control de la HTA verificamos la diferencia con significado en la PP en el brazo derecho ( $54,5 \pm 10,9$  vs  $72,2 \pm 14,0$ ; *p* = 0,000), izquierdo ( $54,0 \pm 11,7$  vs  $73,0 \pm 16,9$ ; *p* = 0,000), perna derecha ( $68,4 \pm 26,1$  vs  $87,5 \pm 29,2$ ; *p* = 0,003) y pierna izquierda ( $71,2 \pm 19,0$  vs  $86,5 \pm 18,7$ ; *p* = 0,001). La diferencia no fue significativa en el índice tobillo/brazo a la derecha ( $1,3 \pm 0,5$  vs  $1,2 \pm 0,5$ ; ns), a la izquierda ( $1,4 \pm 0,3$  vs  $1,2 \pm 0,3$ ; ns) y en la razón piernas/brazos ( $1,3 \pm 0,3$  vs  $1,2 \pm 0,3$ ; ns).

**Conclusión.** A pesar del control adecuado de la HTA con índice tobillo/brazo en los valores pretendidos en la mayoría de los pacientes, la PP está por encima de los valores de 50 mmHg, con riesgo incrementado de enfermedad cardíaca y arterial periférica.

### RIESGO CARDIOVASCULAR EN LAS HIPERLIPEMIAS FAMILIARES EN ESPAÑA: REGISTRO RHICOFAM

A. Ruiz García, M. Piedecausa Selva, M. Mauri Pont, J. Villar Ortiz, R. Aguado García y F. Pérez Jiménez

Registro RHICOFAM Integrado por las Unidades de Lípidos de: CS Pinto, Área 10; Hospital General Universitario de Elche; Hospital de Terrassa; Hospital Virgen del Rocío; Hospital Virgen Blanca; Hospital Reina Sofía. Madrid, Alicante, Barcelona, Sevilla, León, Córdoba. Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, Cataluña, Andalucía, Castilla y León.

Correo electrónico: aruiz.gapm10@salud.madrid.org

**Objetivos.** Evaluar el riesgo cardiovascular (RCV) y la presencia de enfermedad cardiovascular (ECV) en los pacientes con Hipercolesterolemia Familiar Heterocigota (HF) o con Hiperlipoproteinemia Familiar Combinada (HFC).

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico observacional longitudinal. Análisis estadístico cualitativo realizado sobre 950 pacientes [HF (n = 590); HFC (n = 360)] reclutados sistemáticamente de enero'07 hasta abril'08 en 17 Unidades de Lípidos Hospitalarias y de Atención Primaria españolas. El RCV se categorizó siguiendo los criterios internacionales descritos en Atherosclerosis 2004;173:55-68 (para la HF), y según ATP-III (para la HFC).

**Resultados.** Datos (HF vs HFC respectivamente). Varones: 49,0% vs 65,6%; Edad (media  $\pm$  DE):  $47,4 \pm 14,6$  vs  $52,6 \pm 12,0$  años. Familiares con ECV prematura: 40,4% vs 27,0%; IMC > 28: 32,6% vs 56,5%; tabaquismo: 21,2% vs 27,0%; colesterol-HDL < 40 mg/dL: 17,1% vs 42,2%; hipertensión arterial: 14,3% vs 41,9%; diabetes: 4,2% vs 18,1%. La población presenta RCV bajo: 9,3% vs 28,3%; RCV moderado: 31,7% vs 36,4%; RCV alto: 59,0% vs 35,3%. La frecuencia de episodios de ECV fue 14,1% vs 17,2% (eventos coronarios: 12,5% vs 11,7%; eventos cerebrovasculares: 1,2% vs 3,6%; enfermedad arterial periférica: 1,9% vs 4,2%). La consecución del objetivo terapéutico de colesterol-LDL fue 19,0% vs 52,8% (RCV bajo: 38,9% vs 71,6%; RCV moderado: 28,6% vs 49,2%; RCV alto: 10,4% vs 41,7%).

**Conclusión.** La población estudiada presenta una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares, que confiere mayoritariamente un RCV moderado-alto, y una alta frecuencia de episodios de ECV, sobre todo coronarios. El objetivo de colesterol-LDL se consigue en el 19% en HF, y en el 53% en HFC, con menor porcentaje de control cuanto mayor es el RCV.

### DESHABITUACIÓN TABÁQUICA. ¿DEBERÍA EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD PÚBLICO FINANCIAR EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO?

A. Anguita Guimet, M. Pinyol Martínez, D. Martí Grau, M. Giner Martos, M. Devant Altimir y S. Sitjar Martínez de Sas

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: mpinyol@clinic.ub.es

**Objetivos.** Conocer la opinión de los pacientes sobre la financiación por SNSP del tratamiento farmacológico de la deshabituación tabáquica.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal realizado en un centro de salud urbano con una muestra aleatoria de 801 pacientes que acudieron al centro de salud durante cuatro semanas. Se recogieron las variables: edad, sexo, hábito tabáquico y opinión respecto a la financiación.

**Resultados.** La edad media de los entrevistados fue 63,31 (DE 33,4), 62,9% mujeres, 17,7% fumadores, 26,8% exfumadores y 55,4% no fumadores. El 50,1% pensaban que el SNSP debería financiar el tratamiento, el 46,9% que no y un 3% no contestaron. El 70,1% de los fumadores, pensaban que debería financiarse ( $p = 0,0000$ ), y el 55,7% de los exfumadores no siendo la diferencia significativa, el 54,2% de los no fumadores pensaban que no debería financiarse ( $p = 0,0000$ ). No se encontraron diferencias en el resto de las variables.

**Conclusión.** La mitad de los sujetos entrevistados pensaban que el servicio nacional de salud público debería financiar el tratamiento farmacológico de deshabituación al tabaco. Los fumadores eran favorables a la financiación por parte del SNSP y los no fumadores no eran partidarios.

## Sesión oral 10

**Viernes 21 de noviembre. 09.00-11.30 h**

**Zona izquierda. Planta 1. Sala Berlín**

## Mujer/niño/adolescente

### PARTO VERTICAL PARA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNOINFANTIL. EXPERIENCIA DE UN MÉDICO DE FAMILIA ESPAÑOL EN UN CENTRO DE SALUD DE CUSCO (PERÚ)

*P. Requejo Brita-Paja, E. Ché Hidalgo, G. Cárdenas Sánchez, E. Jiménez Palza, M. Peralta Jaquehua y J. Salas Camala*

CS de Condado de Treviño; CS Belén Pampa. Condado de Treviño (Burgos), Cusco, Castilla y León (España), Cusco (Perú).

Correo electrónico: ivanrequejo@yahoo.es

**Objetivos de la experiencia.** Relatamos la participación como voluntariado en un centro de salud de Cusco (Perú). El objetivo era colaborar en la atención médica, aproximarnos a la realidad socio-sanitaria peruana, conocer y participar en el programa de adecuación cultural del parto, puesto en marcha en este centro, ofreciendo a las mujeres la posibilidad de parto vertical, al estilo tradicional del medio rural indígena, en el contexto de una política de incremento del parto institucional (44% en 2004 en medio rural), como herramienta para disminuir la alta mortalidad materno infantil.

**Descripción de la experiencia.** Durante 4 semanas participamos en este programa desarrollado por 4 obstetras con gran experiencia en medio rural. A las embarazadas del centro se les ofrecía este tipo de parto. El programa tuvo gran acogida entre las familias en su mayoría pobres y muchas provenientes del medio rural que asociaban esta como su forma de parir, no siendo raros partos verticales anteriores en sus domicilios. Ante el éxito el programa se ha exportado a otras zonas. Convirtiéndose en centro de capacitación en este tipo de atención iniciando un programa de formación.

**Conclusiones.** Aunque esta no es la única medida, implementada para aumentar la institucionalización del parto, contribuye a este objetivo, impiéndole que el rechazo a técnicas positivas pero no fundamentales dificulte la atención del parto y la disminución de la mortalidad materno-infantil. Aunque la realidad española y las motivaciones de las mujeres para solicitar este parto no son comparables, nos parece interesante transmitir experiencias que adecuan la necesaria atención técnica con las necesidades sentidas por la mujer.

### VALIDACIÓN DE DIEZ MODELOS DE TERMÓMETROS DIGITALES EN POBLACIÓN INFANTIL Y JUVENIL

*P. Iglesias Bonilla, M. Begara de la Fuente, L. Mellado Martín, E. Martínez Córdoba, D. Arenas Cabrera y E. Díaz Carrión*

Distrito de Atención Primaria de Sevilla. Sevilla. Andalucía.  
Correo electrónico: pablo.iglesias.sspa@juntadeandalucia.es

**Objetivos.** Objetivo Primario: Estudiar la concordancia entre el termómetro de mercurio y diez modelos de termómetros digitales como métodos de medida de la temperatura, en niños y adolescentes en el ámbito de la Atención Primaria. Objetivo secundario: establecer la precisión y la vali-

dez de cada termómetro digital como alternativa al dispositivo clásico de mercurio para clasificar correctamente a los pacientes dentro del rango de normalidad, febrícula o fiebre.

**Material y métodos.** Estudio de validación de pruebas diagnósticas. Se realiza en Atención Primaria y área de urgencias de Hospital Infantil. Inclusión: - 0 a 14 años, - Fiebre o febrícula, - Consentimiento informado. Se excluyen: trastornos de comportamiento o agitación, emergencia médica. Fueron estudiados 1927 sujetos. A todos se les registró simultáneamente la temperatura mediante un modelo de termómetro digital y un termómetro de mercurio.

**Resultados.** ACOFAR: Sensibilidad (S) 77,3% Especificidad (E) 98,6%, Valor Predictivo Positivo (VPP) 99%, Valor Predictivo Negativo (VPN) 69,4%. FARMACLINIC: S 79,5%; E 98,6%; VPP 99%; VPN 73,5%. THERMOVAL: S 89%; E 86,4%; VPP 82%; VPN 91,9%. INTERAPOTHEK: S 83,9%; E 94,9%; VPP 94,6%; VPN 84,5%. TERMO-TOUCH: S 80,8%; E 81%; VPP 80%; VPN 81,7%. SEIKUVE: S 74,5%; E 93,4%; VPP 90,9%; VPN 80,5%. FEBREDOL: S 78,7%; E 81,7%; VPP 83,03%; VPN 76,8%. THERMOSCAN: S 89,5%; E 66,7%; VPP 79,9%; VPN 81,1%. TFA: S 38%; E 79,1%; VPP 67,9%; VPN 52,3%. OMRON: S 80,4%; E 97,2%; VPP 96,1%; VPN 85,5%.

**Conclusiones.** 1) Farmacclinic, Thermoval e Interapotek fueron los modelos con mayor grado de concordancia y mejores niveles de sensibilidad, especificidad y valores predictivos. 2) A la hora de interpretar la temperatura medida con un dispositivo electrónico es fundamental, como con cualquier prueba diagnóstica, conocer su validez medida en términos de sensibilidad especificidad y especialmente valores predictivos.

### UTILIZACIÓN DE ANTICONCEPCIÓN POSCOITAL EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

*M. Atero Villén, I. Feijoó Campos, M. Reverté Simó, M. Yuste Bote, M. Rennie y M. los Certales*

EAP Vía de Barcino. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: matero@gencat.cat

**Objetivos.** Describir el perfil de la usuaria de anticoncepción postcoital y la utilización adecuada del mismo.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, transversal de las usuarias que han acudido al centro de Atención Primaria solicitando anticoncepción poscoital.

Se revisa la historia clínica y las fichas de solicitud de tratamiento, entre mayo 2005-mayo 2008. Variables recogidas: edad, estudios, método anticonceptivo habitual, motivo de solicitud, horas desde el coito de riesgo, nacionalidad, número de veces que se utiliza el tratamiento.

**Resultados.** n = 76. Edad media 26 años. Procedencia: 56,5% España, 36,8% Sudamérica, 1,3% Marruecos. Un 43,4% tienen estudios primarios, un 27,6% secundarios y un 10,5% superiores. Método de planificación habitual: 60,5% preservativo, 10,5% anticonceptivos orales y 11,8% ninguno. El motivo de la solicitud fue 50% por rotura del preservativo, 34,4% no había usado ninguna precaución, 5,3% olvidó la toma de anticonceptivos. Horas tras el coito de riesgo: < 24 horas: 59,2%, 24-48 horas: 18,4%, 48-72 horas: 1,3%. El 43,4% ha acudido una sola vez, el 23,7% dos veces y el 25% múltiples veces.

**Conclusión.** La usuaria que solicita la píldora poscoital es española mayoritariamente, de 26 años, con estudios primarios. Usa preservativo como método anticonceptivo habitual, aunque un alto porcentaje no utiliza precauciones. Acude antes de las 24 h, refiere rotura de preservativo y recibe el tratamiento por primera vez, aunque destaca el número de usuarias que han acudido múltiples veces. Desde la Atención Primaria deberíamos trabajar en la educación sexual y valorar una anticoncepción reglada.

### ATENCIÓN A LA MUJER Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL. COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE UN SECTOR SANITARIO

*V. Vallés Gállego, F. Domínguez Sanz, E. Torres Clemente y P. Calderón Grau*

Atención Primaria del Sector Barbastro. Barbastro (Huesca). Aragón.  
Correo electrónico: vvalles@salud.aragon.es

**Objetivos de la experiencia.** Mejorar: Comunicación entre niveles asistenciales y eficiencia. Evitar duplicidades y cuidados inversos. Calidad y continuidad en cartera de servicios atención a la mujer ( cribado cáncer

vix y seguimiento embarazo). Protocolizar utilizando evidencias clínicas. Accesibilidad e información. Motivación profesional.

**Descripción de la experiencia.** Análisis: consultas, pruebas y costes. Actividades: Grupo trabajo: Elaboración y Difusión Protocolo en Primaria y Especializada. Utilización Intranet. Elaboración 25.000 trípticos diagnóstico Precoz cáncer cérvix. Evaluación. Resultados en tres años: citologías: Informes en Intranet. Disminuyen 56% citologías Atención Especializada (2063), no aumentan en Atención Primaria. Incremento 25% tasa detección lesiones preinvasivas. Incremento 3,7% cobertura. Disminución consultas Ginecología 32,8%, sucesivas 44,27%. Sin incremento demora media. Seguimiento embarazo: Obstetricia: Disminución consultas sucesivas 37,5%. Disminuye relación Sucesivas/Primeras: de 7,2 a 3,9. Matronas AP: Incremento consultas seguimiento embarazo 25,4%. Incremento de 3,7 a 4,4 consultas por embarazada. Ahorro estimado 300.000 euros.

**Conclusiones.** Coordinación y satisfacción profesionales. Deseable mayor implicación médicos AP. Intranet facilita información y comunicación. Prevención cáncer de cérvix: incremento cobertura, 2.195 pruebas innecesarias evitadas, mayor tasa detección lesiones, optimización consultas ginecología. Seguimiento embarazo: Mejora accesibilidad y satisfacción: 3.500 consultas se han acercado a las usuarias. Mayor eficiencia y continuidad en atención a la mujer. Impacto económico y beneficios intangibles.

## INFLUENCIA DEL EMBARAZO SOBRE LOS NÓDULOS TIROIDEOS

*J. Jaén Díaz, F. López de Castro, B. Cordero García, C. Martín del Gesso, J. Sastre Marcos y F. Castilla López-Madridejos*

CS Santa María de Benquerencia. Toledo. Castilla-La Mancha.

Correo electrónico: jjd02@hotmail.com

**Objetivos.** El embarazo influye en múltiples problemas tiroideos pero su papel en la nodulogénesis está poco estudiado. Quisimos valorar la influencia de la gestación sobre el crecimiento y la aparición de nuevos nódulos en las embarazadas de nuestra zona de salud.

**Material y métodos.** Estudio observacional, descriptivo y prospectivo realizado en el ámbito de la atención primaria, durante dos años, en las embarazadas de una zona de salud urbana, con grupo control de mujeres no embarazadas de la misma edad y de la misma zona. Se realizaban dos ecografías tiroideas seriadas (en las embarazadas en el primer trimestre del embarazo y en el tercer mes posparto, y, en el grupo control, con un intervalo de tiempo similar). Se evaluaba la aparición de nuevos nódulos y el crecimiento de los existentes en la primera ecografía (aumento de volumen superior al 30%).

**Resultados.** Se incluyeron 173 embarazadas y 158 controles con 140 y 153 nódulos respectivamente. En las embarazadas crecieron 29 nódulos (20,71%) frente a 16 (10,45%) en los controles ( $X25,91$ ;  $p < 0,025$ ). En las embarazadas aparecen 28 nuevos nódulos (incremento del 20% sobre los 140 preexistentes), mientras que en no embarazadas este aumento es del 19,60% (30 más de los 153 existentes) [ $p > 0,05$ ].

**Conclusiones.** El estudio demuestra la influencia de la gestación sobre el crecimiento de los nódulos tiroideos en la población estudiada. De ello pueden derivarse cambios en el enfoque diagnóstico, en el seguimiento y en el manejo de esta patología en el sexo femenino.

## FACTORES PREDICTORES DE LA DEMORA DIAGNÓSTICA EN EL CÁNCER DE MAMA

*A. López González y G. Díaz Grávalos*

CS San Cristóbal de Cea. Ourense. Galicia.

Correo electrónico: ana\_lopez\_gonza@hotmail.com

**Objetivos.** Identificar predictores de la demora diagnóstica en pacientes con cáncer de mama.

**Material y métodos.** Diseño: Transversal, descriptivo. Ámbito de realización: Atención primaria. Criterios de selección: Todos los casos de cáncer de mama registrados en la provincia entre los años 2004-2007, inclusive. Número de sujetos incluidos: Se incluyeron 393 casos, entre los que se produjeron 5 pérdidas. Variables y métodos de evaluación: Se determinó edad, antecedentes familiares (AF), número de hijos, fecha de diagnósticos de sospecha (primer episodio que inicia el proceso) y confirmación (estadificación), grado de extensión del tumor al diagnóstico según la clasificación del American Joint Committee on Cancer y medio de procedencia (rural/urbano). Se consideró demora diagnóstica

(DD) el tiempo transcurrido entre diagnósticos de sospecha y confirmación. El análisis se realizó mediante comparación de medias y regresión multivariante, considerándose significativos valores de  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Se analizaron 388 casos (212 rurales), con una media de edad de 63,9 (15,0) años y 1,7 (1,3) hijos. El 24% tenía AF. La media de la DD en pacientes urbanas fue de 50,5 (28,5) días y en rurales 91,3 (46,8) días ( $t = 10,6$ ;  $p < 0,001$ ). La regresión lineal mostró diferencias significativas en función del medio de procedencia ( $t = 10,1$ ;  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones.** La demora diagnóstica es mayor en el medio rural y entre los factores analizados sólo el medio de procedencia se asociaba significativamente con ella.

## LA PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN ATENCIÓN PRIMARIA

*R. Sánchez Collado, J. Carrera Clota, M. Guillamón Gifré, A. Casals Font, E. Farrés Sidra y P. García Moreno*

ABS Vall del Ges. Torelló (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: 27434csc@comb.es

**Objetivos de la experiencia.** La inmigración trae consigo costumbres que en el caso de la mutilación genital femenina entra en conflicto con los Derechos del niño y con las leyes estatales. Ante el riesgo para la vida de las niñas y las implicaciones que conlleva el cumplimiento de la ley, hemos elaborado un dispositivo de prevención, donde la comprensión y el acercamiento a la cultura del otro estructura elementos de intervención para modificar esas costumbres. El objetivo es la prevención de la MGF.

**Descripción de la experiencia.** Hemos elaborado un trabajo individual que puede llevar a cabo cualquiera de los profesionales que entren en contacto con una persona de un país de riesgo. La fase Indagadora evalúa el riesgo y posiciona a la persona en la rueda de reflexión (adaptación de la rueda de motivación al cambio de Prochaska y di Clementi). La fase educadora ayudaría a la persona a avanzar en la forma de pensar. La fase Informadora sería responsabilidad de Pediatría y consiste en informar de los riesgos sanitarios y legales de la MGF. La coordinación del trabajo de los distintos servicios y la recogida de datos los realiza la persona referente de prevención de MGF, que coordina también el trabajo en la comunidad, elaborando propuestas según las características locales.

**Conclusiones.** El resultado es que sabemos cuántas niñas de riesgo tenemos, sabemos qué piensan sus padres sobre la MGF, ninguna está mutilada y algunas de ellas ya han ido y venido de África en varias ocasiones.

## EFFECTIVIDAD DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL POSCOITAL EN UN ÁREA DE SALUD. DIFERENCIAS ENTRE RURAL-URBANO

*M. Nieto Seoane, M. López Cortiñas, M. Fernández Domínguez, M. Varela Estévez, T. Gamarra Mondelo y L. Lorenzo Parapar*

PAC Ourense; UD de MFyC de Ourense, PAC Ribadavia. Ourense. Galicia.

Correo electrónico: marijose.fernandez.dominguez@sergas.es

**Objetivos.** 1. Analizar si la mejora en la accesibilidad de la anticoncepción hormonal postcoital (AHP) ha disminuido el número de abortos (IVES). 2. Comparar las diferencias entre la usuaria rural y urbana.

**Material y métodos.** Diseño: Estudio observacional y multicéntrico. Ámbito: 20 dispositivos de dispensación en un área de atención primaria. Sujetos: 2731 mujeres atendidas entre abril 2006-diciembre 2007. Variables: Edad, uso de métodos anticonceptivos, día y lugar de dispensación, motivo prescripción, toma previa, número de IVES.

**Resultados.** La edad media fue de 24,03 años (23,75-24,30). El día de mayor dispensación fue el lunes (21,09%). El motivo más frecuente de prescripción fue la ruptura de preservativo (84,2%). Utilizaban previamente la píldora el 32,5% de las pacientes. La tasa de dispensación mensual ascendió a 21,31 por 10.000 mujeres. La frecuentación en dispositivo urbano y rural fue 0,72% y 0,43% respectivamente. Constatamos una disminución del 12% en el número de IVES respecto al mismo periodo anterior. Encontramos asociación significativa entre dispositivo, edad y día de la semana ( $p = 0,001$ ). Existen diferencias entre medio rural y urbano con día de prescripción ( $p < 0,000$ ), uso de método anticonceptivo ( $p < 0,000$ ), motivo ( $p = 0,007$ ), toma previa ( $p < 0,000$ ), edad ( $p < 0,002$ ) y dispositivo de dispensación ( $p < 0,000$ ).

**Conclusiones.** Encontramos una disminución del 12% de IVES en el área sanitaria. La mujer rural es mayor, demanda la píldora en domingo, utiliza más métodos anticonceptivos y no ha tomado previamente AHP.

## APLICACIÓN DEL MODELO DE LAS ETAPAS DE CAMBIO A LA ACTIVIDAD FÍSICA EN ADOLESCENTES

J.M. Fernández García, C. Fernández González, C.D. Mirás Bello  
y R. García Betanzos

Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina. Santiago de Compostela (A Coruña). Galicia.

Correo electrónico: josemanuel.fernandez.garcia@sergas.es

**Objetivos.** Profundizar en el conocimiento de los factores que pueden influir en el abandono de la actividad física como un hábito de salud durante la adolescencia. Conocer la predisposición de cambio de quienes no realizan actividad física como hábito de salud.

**Material y métodos.** Aplicación del modelo transteórico de las etapas de cambio de Prochaska y Di Clemente en el análisis del comportamiento de adolescentes ante la actividad física como un hábito de salud. Estudio descriptivo transversal. La población objeto de estudio fueron los alumnos de 16 a 18 años en centros de Bachillerato de Santiago de Compostela (n = 1060). Las variables estudiadas fueron las etapas del modelo transteórico: precontemplación, contemplación, adopción y mantenimiento.

**Resultados.** Los resultados parecen indicar que un alto porcentaje de los participantes en el estudio (35,6%) no realizan una actividad física suficiente como para ser considerada saludable. Un 64,4% sí realizan suficiente actividad física según criterios recomendados internacionalmente. El porcentaje de sedentarismo es mayor en las chicas (47,29%) que en los chicos (19,32%). Se define el patrón de actividad física de la muestra según las etapas de cambio: precontemplación (5,37%), contemplación (31,58%), adopción (16,17%) y mantenimiento (46,89%).

**Conclusión.** Revisar la importancia de aplicar un modelo teórico a la actividad física. El porcentaje de sedentarismo es del 35%. Los chicos hacen habitualmente más actividad física que las chicas del estudio. Las chicas tienen tres veces menos predisposición a iniciar actividad física cuando la han abandonado.

## EVALUACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA

S. Montesinos Sanz, V. Pérez Martín, C. Marcos Gómez, M. Alier Xufré, M. de Miguel Peláez y N. Moreno Millán

ABS-5 y 2 de Santa Coloma de Gramanet. Santa Coloma de Gramanet (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: susannix2002@yahoo.com

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de mujeres con incontinencia urinaria, así como factores asociados y valorar su calidad de vida.

**Material y métodos.** Diseño: estudio descriptivo transversal. Ámbito de estudio: dos ABS urbanas. Sujetos: muestra aleatoria sistemática de 128 mujeres con edad > 45 años que acuden a consulta durante marzo-mayo 2008. Se excluyen las diagnosticadas previamente incontinencia urinaria. Medidas e intervenciones: factores sociodemográficos, partos, tabaquismo, ingesta bebidas diuréticas o gaseosas, antecedentes patológicos relacionados (AP), fármacos, consulta previa, valoración de incontinencia mediante cuestionarios ICIQ, IU-4, y King's Health Questionnaire.

**Resultados.** Edad media 57,61 ± 8,28. Estudios primarios: 71,9%. Casadas: 83,6%. Partos: 2,51 ± 1,57. Tabaquismo: 13,3%. Consumen bebidas diuréticas o gaseosas: 88,3%. AP: 62,5%. Fármacos: 39,1%. Consulta previa incontinencia: 10,9%. ICIQ positivo: 50,8% (61,3% con AP, siendo p = 0,002), puntuación media ICIQ 4,16 ± 4,987. Incontinencia esfuerzo: 28,9% (consulta previa 8%), urgencia: 5,5% (consulta previa 43%), mixta: 16,4% (consulta previa 29%), siendo significativo al comparar las consultas previas en incontinencia esfuerzo y urgencia (p = 0,029). Puntuación media King's: 23,89 ± 28,45. Dimensión K1: 21,09 ± 24,79, K2: 17,37 ± 27,39, K3: 9,10 ± 21,89, K4: 10,40 ± 23,27, K5: 7,28 ± 19,78, K6: 3,38 ± 14,99, K7: 7,74 ± 19,067, K8: 4,44 ± 14,416, K9: 23,89 ± 28,45. Media K1 en incontinencia esfuerzo: 37,84 ± 20,08, incontinencia mixta: 50,00 ± 15,81, urgencia 35,71 ± 13,36 siendo la diferencia significativa entre esfuerzo y mixta (p = 0,005). Media K9 en esfuerzo: 39,08 ± 19,48, urgencia: 51,43 ± 21,67, mixta: 59,62 ± 22,09, siendo significativo entre esfuerzo y mixta (p = 0,000).

**Conclusión.** La mitad de pacientes presentan incontinencia urinaria, siendo más prevalente la de esfuerzo. No existe relación con el número de partos pero sí con la presencia de AP. Sólo una de cada diez consulta por

dicho problema, a pesar de alteración de calidad de vida, sobre todo en dimensión percepción (K1) e impacto (K9). Es importante diagnosticar nuevos casos a fin de tratarlos y mejorar su calidad de vida.

## ALCOHOL EN ADOLESCENTES: CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y CONSUMO DE RIESGO

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

UD de MFyC de Santa Cruz de Tenerife. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias. Correo electrónico: sacosrotceh@hotmail.com

**Objetivos.** Valorar conocimientos y creencias que tienen los adolescentes sobre el alcohol, averiguar prevalencia del consumo de riesgo y factores asociados al mismo.

**Material y métodos.** Diseño: estudio descriptivo transversal. Población: adolescentes de cuatro institutos públicos de enseñanza secundaria de 3 municipios. Mediciones: encuesta anónima autoadministrada sobre conocimientos, creencias y consumo de alcohol. Otras variables: edad, sexo, actividades de ocio y consumo de otras drogas. Análisis estadístico: cálculo de frecuencias y descriptivos. Test de hipótesis:  $\chi^2$ , test de Fisher, t-Student, alfa = 5%.

**Resultados.** 962 adolescentes encuestados. Edad media: 14,89 años (DE: 1,56). Mujeres: 55,4%. El 67% ha probado el alcohol. 46,5% son consumidores habituales. La prevalencia de consumo de riesgo fue del 9% (IC95%: 8,81-9,19). Los motivos más frecuentes para la experimentación: curiosidad-61,2% y diversión-48%. Más del 80% presentaron adecuados conocimientos sobre los efectos orgánicos y conducción de vehículos. Un tercio no considera que ocasiona dependencia física-psicológica. El municipio que respondió más correctamente presentó un mayor consumo. Existe relación estadísticamente significativa entre presentar creencias erróneas y experimentar con el alcohol. La experimentación y consumo de alcohol se asoció al consumo de otras drogas, especialmente tabaco y marihuana. Tras análisis multivariante los factores predictores del consumo de riesgo fueron la experimentación con el tabaco (OR: 4,16; p < 0,0001) y marihuana (OR: 2,25; p = 0,009), zona geográfica vinícola (OR: 2,58; p = 0,002) y edad (OR: 1,44; p < 0,0001).

**Conclusión.** Muchos adolescentes presentan consumo de alcohol de riesgo, pese a conocer sus efectos negativos. Son factores de riesgo, fumar tabaco y marihuana, la edad y pertenecer a zonas con gran cultura vinícola. Los programas educativos deberían orientarse a la disminución del consumo, no sólo a aumentar conocimientos.

## APROXIMACIÓN A LA LACTANCIA MATERNA (PRIMERA ETAPA)

M. Méndez García, M. Maraña Pérez, L. García Ledesma, I. Miguel Calvo, A. Pérez García y S. Garrido Elustondo

CS Palacio de Segovia. Madrid. Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: mj-mp@hotmail.com

**Objetivos.** Conocer el porcentaje de mujeres que inician lactancia materna exclusiva, describir el grado de información previa y los motivos para no iniciarla.

**Material y métodos.** Estudio observacional transversal realizado en varios centros de salud urbanos. Participan 102 madres que acuden a la primera revisión del programa del niño sano, contestando un cuestionario administrado mediante entrevista y elaborado ad hoc para el estudio. Se recogen variables sociodemográficas, variables relacionadas con antecedentes personales (enfermedades previas, gestacionales y fármacos) y variables asociadas con lactancia materna (tipo de alimentación, cuando y quién la decide y motivos para no escogerla) realizándose un análisis descriptivo de las mismas.

**Resultados.** El 69,6% de las encuestadas inician lactancia materna, el 20,6% optan por lactancia mixta y un 9,8% escogen lactancia artificial. Esta decisión se tomó en un 90,2% durante el embarazo y en un 9,8% tras el parto. Un 91,2% recibe información previa sobre el amamamiento: el 54,9% proviene de familiares y/o amigos y el 51% de libros y/o revistas. La siguiente fuente de información corresponde en un 48% a la figura de la matrona, mientras que sólo el 3,9% es informado por su médico de familia y el 1% por enfermería. Tres de cada diez veces, los motivos para elegir lactancia artificial son mala experiencia previa y comodidad.

**Conclusión.** A pesar de que poco más de la mitad de las madres inicia lactancia materna exclusiva sólo una minoría recibe información de su médico y/o enfermero/a, hecho que subraya la escasa promoción que de ésta se realiza desde atención primaria.

## Sesión oral 11

Jueves, 21 de noviembre. 09.00-11.30 h

Zona izquierda. Planta 2. Sala Ámsterdam

## Comunicaciones de investigación cualitativa

### ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN SANITARIA EN LOS JÓVENES PARA PROTECCIÓN Y DISMINUCIÓN DEL RIESGO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

*S. Saura Sanjaume, M. Fernández de Sanmamed Santos, L. Vicens Vidal, N. Puigvert Viu, C. Mascort Nogué y J. García Martínez*

ABS Girona-3; ABS Horta 7d; ABS Sarrià de Ter. Girona, Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: saurasanjaume1@yahoo.es

**Objetivo.** Sentar bases conceptuales para el diseño de estrategias sanitarias respecto jóvenes de 15-21 años para protección y disminución del riesgo de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Conocer su percepción del riesgo de contraer ETS y como influencia en las actitudes y conductas para adoptar medidas protectoras.

**Pacientes y métodos.** Estudio cualitativo de tipo fenomenológico y socioconstrucciónista con una aproximación descriptiva y poco interpretativa. Realizado en un Centro de Salud entre 2006-2008. Muestreo teórico a partir de diferentes perfiles que representaban variantes discursivas. Selección a través de listados proporcionados por médicos y posteriormente por informantes clave. El discurso se saturó con la realización de 5 entrevistas grupales, registradas y transcritas literalmente, se realizó un análisis del contenido temático.

**Resultados.** Conocimientos parciales sobre SIDA y muy pocos sobre otras ETS. Percepción del riesgo de contraer una ETS baja. Percepción del riesgo de embarazo mucho más alta, que es la que más influye en las conductas protectoras. Poco contacto con los servicios sanitarios, la mayoría de veces para pedir la anticoncepción de emergencia. A pesar del buen acceso y conocimiento del preservativo, en algunos casos no lo usan ni en parejas estables ni esporádicas con diferentes justificaciones para realizar estas conductas de riesgo. Sólo las chicas gitanas no mantendrán relaciones sin protección; actitudes y conductas no difieren entre sí.

**Conclusión.** A excepción de las chicas gitanas, la mayoría de jóvenes no piensa en ETS cuando tienen una relación sexual, creen que son enfermedades que no les afectarán porque están sanos y van con gente aparentemente sana.

### INVESTIGACIÓN CUALITATIVA SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO: SALIR DE UN "TORBELLINO"

*M. Villalobos Bravo, F. Muñoz Cobos, M. Burgos Varo, A. Carrasco Rodríguez, I. Ortega Fraile y M. Martín Carretero*

CS El Palo; CS Limonar; CS Puerta Blanca; CS La Luz; CS Ciudad Jardín; CS Huelin. Málaga. Andalucía. Correo electrónico: franciscam@superable.es

**Objetivo.** Analizar la experiencia de mujeres víctimas de Violencia de Género desde su punto de vista. Identificar factores relacionados con mantenimiento o ruptura de la situación de maltrato.

**Pacientes y métodos.** Mujeres con maltrato reconocido, detectadas en 6 centros de salud urbanos. Muestreo intencional hasta saturación. Técnica de Relato Biográfico audiograbado y transscrito. Entrevista por trabajadoras sociales. Codificación mediante Programa Atlas.Ti. 5.1. Análisis:

Teoría Fundamentada (método comparativo constante). Devolución de resultados a las mujeres.

**Resultados.** Se analizan 35 relatos. La vivencia del maltrato se describe como "torbellino": ceguera-aislamiento-indefensión-sufrimiento-destino-dependencia-fantasías (de amor, protección, felicidad, cambio) y círculos automantenidos. Definen dos "estados": estar dentro- aguantar y estar fuera-salir. Relacionan con aguantar: valores inculcados (superioridad del hombre, matrimonio de por vida, resignación, entrega mediante relaciones sexuales), ideal de familia, incertidumbre, anulación, percepción de fracaso personal, amor, falta de apoyos, imagen de sí misma y pública, protección a hijos, miedos múltiples y aspectos materiales. Salir es un proceso o "camino". Identifican dos tipos de "salida": activa (por decisión de la mujer) y pasiva, con diferentes repercusiones. Relacionan con Salir: situaciones límite, harto-zgo, intervención de los hijos, frustración del ideal de familia y pérdida del miedo. No siempre se da el apoyo institucional y se valora más el apoyo emocional que el legal.

**Conclusión.** La técnica de Relato Biográfico aporta información directamente de la vivencia de mujeres víctimas de violencia de género. Las mujeres utilizan una metáfora espacial diferenciando dos estados en los que identifican factores mantenidos y de cambio.

### ¿QUIÉN VIVE DÓNDE? EL REAGRUPAMIENTO FAMILIAR EN LOS INMIGRANTES

*M. Mestres Massa, C. Michaut Ravazza, L. Puigdevall Tarrés, L. Sala Trevejo y L. Taberner Pinsach*

CAP de Salt. Salt (Girona). Cataluña. Correo electrónico: mmestres.girona.ics@gencat.cat

**Objetivo.** Nuestro Centro de Salud atiende una población con elevado porcentaje de inmigración (35%) de procedencia muy variada, por lo que planteamos realizar un estudio para conocer la reagrupación familiar y la satisfacción sentida por éstos. Conocer las vivencias e impresiones de la estructura familiar de los inmigrantes ligada a la reagrupación familiar (cómo ha sido, o cómo les gustaría que fuese).

**Pacientes y métodos.** Estudio cualitativo, estudio de casos, datos obtenidos mediante entrevistas (12) al colectivo inmigrante que acudía a la consulta. Como requisito de inclusión hemos considerado que hablasen nuestro idioma o intérprete acompañante. Hay triangulación doble: de investigadores (doctoras/enfermeras) y participantes (según origen). El análisis de los datos ha seguido un proceso físico-manipulativo con categorización a posteriori.

**Resultados.** Con las entrevistas se han construido las categorías: - Motivos de migración; - Reagrupación familiar; - Genograma del país de origen y de acogida; - Vivencias de la migración. Los principales hallazgos son: - Motivos de migración: mejorar las condiciones de vida; - La reagrupación familiar: afecta principalmente al cónyuge e hijos; - Encontramos diferencias en los núcleos familiares; - Las vivencias afectan sentimientos profundos y sensibles de estas personas.

**Conclusión.** Tras el análisis y discusión destacamos: - Los motivos de migración son bastante homogéneos; - Existen sentimientos y conceptos contrapuestos entre los países de origen y de acogida; - Las situaciones personales se acompañan de vivencias en las que tenemos la sensación de compartir aspectos muy privados, creando una complicidad sanitarios-pacientes que cambia esta relación.

### ¿PODEMOS AYUDAR A LOS HOMBRES A DECIDIR SOBRE EL CRIBADO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA?

*M. González Barberá, M. Sánchez López, P. Guzmán Martínez-Valls, A. López Santiago, J. Menárguez Puche y M. Tomás Ros*

Proyecto Financiado por el ISCIII (PI06/90246). Murcia. Murcia. Correo electrónico: mariabg@onoo.com

**Objetivo.** Incorporar el punto de vista del usuario al diseño de una herramienta de ayuda a la toma de decisiones (HATD) sobre el cribado del cáncer de próstata (CP).

**Pacientes y métodos.** Investigación con Grupos Focales. Dos grupos de pacientes con CP y uno de hombres sin patología prostática. Participaron 25 varones (53-75 años) seleccionados, por muestreo intencional, de dos hospitales y dos centros de salud. Las discusiones fueron registradas en video y transcritas literalmente. Para el análisis se constituyó un grupo multidisciplinar de 5 investigadores. Se procedió a la segmentación, cate-

gorización e interpretación de los discursos. Se elaboró un informe con recomendaciones específicas para el Panel de Expertos que redacta la HATD.

**Resultados.** Posicionamiento frente al cribado: No se perciben riesgos. Está firmemente asentada la idea de que "coger a tiempo" una enfermedad es siempre beneficioso. Vivencias en el diagnóstico y tratamiento del CP: La biopsia se relata como experiencia traumática. El diagnóstico, en pacientes asintomáticos, produce gran impacto emocional. Los efectos secundarios del tratamiento pueden implicar un cambio radical en la calidad de vida. Gestión de la incertidumbre y toma de decisiones: En contextos de incertidumbre los hombres necesitan información detallada e individualizada, con tiempo para ir "paso a paso". Esperan de los profesionales que les ayuden a decidir y les acompañen durante el proceso.

**Conclusión.** La HATD ha de adaptarse a la variabilidad individual, y concebirse como un instrumento al servicio de un modelo de toma de decisiones colaborativa entre el paciente y el profesional.

#### **VALIDACIÓN CUALITATIVA DE LA ESCALA EVEM: EL RETO DE MEDIR LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL**

*M. Campíñez Navarro, L. Pérrula de Torres, R. Ruiz Moral, J. Bosch  
Fontcuberta, J. Massons Cirera y N. Barragán Brun*

EBA Valcarce; UD de MFyC de Córdoba; CAP Maragall. Barcelona, Córdoba. Cataluña, Andalucía.

Correo electrónico: manuelcn@camfic.org

**Objetivo.** Construir una escala que valore las habilidades en Entrevista Motivacional (EM) en un encuentro clínico y realizar su validación cualitativa de dicha escala (validez aparente, de contenido y de consenso).

**Pacientes y métodos.** Estudio de validación cualitativa de un instrumento de medida cuyo ámbito geográfico es todo el territorio español. En la fase 1 (construcción de la escala), 4 expertos parten del cuestionario CICAA y diseñan el cuestionario CICAA-M0. Posteriormente, en base a criterios de manejabilidad, se criban y seleccionan los ítems, quedando el cuestionario CICAA-M1. En la fase 2 (validación cualitativa) las poblaciones participantes son 2 investigadores que actúan como coordinadores de un grupo de expertos en EM, según un muestreo teórico por pertenecer a distintos ámbitos, tener experiencia en docencia y su mayor conocimiento y experiencia en EM. La relación de expertos que participaron en la 1<sup>a</sup> ronda del DELPHI fue n = 12, en la 2<sup>a</sup> n = 16, y en la 3<sup>a</sup> n = 14.

**Resultados.** Se obtuvo una escala de 25 ítems con un alto grado de consenso. De las categorías iniciales del cuestionario CICAA, en una cuarta ronda del Delphi, se decidió eliminarlas, por no cumplir con el modelo de la EM, así como cambiar el nombre de la escala (CICAA-M), por EVEM (Escala de Evaluación de Entrevista Motivacional).

**Conclusión.** Se ha obtenido una escala válida para la evaluación de la Entrevista Motivacional en los encuentros clínicos. El reto de medir la Entrevista Motivacional, tan sólo alcanzado con éxito por su autor, Miller, nos hace ser cautos respecto del futuro de nuestra escala.

#### **PERSPECTIVAS DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA**

*J. Loayssa Lara y A. Brugos Larumbe*

Centros de salud de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud. Pamplona. Navarra.

Correo electrónico: jloayssal@papps.org

**Objetivo.** Entender la perspectiva de los Médicos de Familia (MF) sobre la IT y sobre como afrontan ésta tarea.

**Pacientes y métodos.** Participantes: 39 MF seleccionados por muestreo intencional para garantizar la variabilidad de perspectivas. Recogida de datos: tres grupos de discusión con 8,8 y 7 participantes respectivamente y 16 entrevistas con cuestionario semiestructurado. Los entrevistas continuaron hasta no aparición de nuevas ideas. Análisis: los discursos fueron grabados, transcritos y analizados inductivamente siguiendo un proceso en tres fases (estilo editing) sin marco teórico previo,

**Resultados.** La naturaleza subjetiva de la capacidad laboral, el impacto en la confianza del paciente y la baja tolerancia del paciente a la enfermedad son percepciones centrales que determinan la actitud de los MF que describen el uso de estrategias indirectas para promover la vuelta al trabajo y tienen dificultades para explicitar sus dudas. Existen diferencias y contradicciones en torno al rol del MF. La contradicción entre lealtad al pa-

ciente y la responsabilidad social no es la principal sino la percepción de falta de control sobre una decisión que le es encomendada junto a su deseo de evitar conflictos. Se ven a si mismos como abocados a aceptar las demandas del paciente a pesar de sus dudas sobre la procedencia de la IT. Dimitir de sus responsabilidades profesionales y un sentimiento de distancia del paciente son resultados frecuentes las sospechas sobre la honestidad del paciente y su percepción de falta de control.

**Conclusión.** El papel del MF como controlador de la IT puede socavar su motivación y su disposición de ayuda al paciente.

#### **PERSPECTIVAS DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA SOBRE EL COMPORTAMIENTO PROFESIONAL Y ÉTICO**

*J. Loayssa Lara, R. Ruiz Moral e I. Pérez Aguilar*

CS de Azpilagaña; UD de MFyC de Navarra. Pamplona. Navarra.  
Correo electrónico: jloayssal@papps.org

**Objetivo.** Conocer las opiniones de los médicos de familia (MF) sobre los principales componentes del Comportamiento Profesional y que situaciones de su práctica perciben como éticamente comprometidas.

**Pacientes y métodos.** 102 MF participantes en 9 talleres fueron invitados a identificar las características del comportamiento profesional y describir una situación relevante desde el punto de vista ético con un cuestionario semiestructurado. Dos evaluadores independientemente clasificaron y categorizaron inductivamente las respuestas y analizaron la coherencia entre ambas. Las diferencias fueron resueltas por consenso.

**Resultados.** Todos respondieron al cuestionario y se alcanzó saturación. La media de edad era de 46,3 ± 4 años y la experiencia laboral de 20 ± 5. El 85% eran tutores. 50 categorías fueron identificadas partir de los 367 atributos nombrados. El 40% fueron clasificados como virtudes generales (honestidad, diligencia, humildad, sinceridad, paciencia, prudencia, tolerancia...) y el 30% como virtudes relacionadas con la relación con el paciente (empatía, respeto, escucha). 36 representaban actitudes relacionadas con la competencia clínica y 19 principios éticos. Las 102 situaciones descritas corresponden a conflictos entre las demandas, necesidades y preferencias del paciente y las normas y procedimientos de los servicios sanitarios (37), recomendaciones clínicas (24) y los intereses y derechos del propio MF (19).

**Conclusión.** Los MF enfatizan virtudes y actitudes de un comportamiento profesional virtuoso (microética) la mayoría relacionada con la relación médico-paciente. Sin embargo cuando los MF identifican situaciones "éticas" tienden a olvidar estos atributos y se centran en conflictos entre diferentes intereses y presiones. La educación para el profesionalismo debería resaltar las implicaciones de la dimensión.

#### **MANEJO DE PRESCRIPCIONES EN ANCIANOS POR MÉDICOS Y ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

*M. Granados Menéndez, E. Morales Clavería, A. Pascual Bielsa, P. Gallego Rodríguez, C. de la Casa Resino y C. Armesto Vega*

CS Monóvar, Área 4. Madrid. Comunidad de Madrid.  
Correo electrónico: migramen@terra.es

**Objetivo.** Identificar limitaciones en manejo de prescripciones y proponer soluciones.

**Pacientes y métodos.** Técnica de grupos focales: 1. Definición de perfiles representativos, confección del Mapa Guía para la conducción de sesiones (I. Indicación de fármacos, II. Circuitos para prescripción, III. Información, IV Adherencia/cumplimiento, V. Control/seguimiento); 2. Acceso a participantes mediante informantes clave; 3. Selección de preceptores; 4. Consentimiento informado para audioregistro; 5. Observadores; 6. Realización de cuatro Grupos Focales con 6 integrantes cada uno: dos para Enfermería y dos para Medicina entre Julio y Septiembre de 2006, antes de implantación del Programa de Atención al Mayor Polimedicode; 7. Transcripción literal de contenidos; 8. Codificación de discursos en categorías; 9. Análisis según Método de Comparación Constante.

**Resultados.** 1. Priorizar trabajo con familias y cuidadores de polimedicode, analfabetos, viven solos, transeúntes, inmovilizados, altas hospitalarias; 2. Circuitos de recetas no presenciales no disminuyen frecuentación y deben individualizarse: voluntarios, adecuado apoyo sociofamiliar, alfabetos, crónicos con evolución y medicación estables, jóvenes. 3. Información inicial sobre objetivos, dosis, secundarismos debe hacerla el médico.

4. Enfermería precisa formación en farmacología y disponer de registros actualizados de medicación. 5. Coordinación Medicina – Enfermería es indefinida y voluntarista; 6. Todos desearían herramientas informáticas sobre interacciones y contraindicaciones.

**Conclusiones.** 1. Priorizar trabajo con perfil de paciente de mayor riesgo; 2. Selección rigurosa para circuitos no presenciales de administración de recetas; 3. Protocolización de coordinación entre medicina y enfermería; 4. Formación en farmacología a enfermería; 5. Facilitar herramientas informáticas para manejo de interacciones y contraindicaciones.

#### ¿QUÉ PENSAMOS LOS MÉDICOS DE FAMILIA SOBRE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA? UN ESTUDIO CON GRUPOS FOCALES

*M. Sánchez López, M. Madrigal Torres, J. Menárguez Puche y J. Sánchez Sánchez*

Servicio de urgencias de Atención Primaria del Hospital Reina Sofía; CS Profesor Jesús Marín; Centro Tecnológico de Información y Documentación Sanitaria de la Consejería de Sanidad. Archena, Molina de Segura (Murcia). Murcia.

Correo electrónico: m.csanchez@terra.es

**Objetivo.** Explorar las actitudes de los médicos de familia (MF) hacia la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), su utilización y las barreras que encuentran para su manejo en Atención Primaria (AP).

**Pacientes y métodos.** Estudio cualitativo con grupos focales (dos grupos, enero 07-febrero 07). Participaron 19 MF seleccionados, por muestreo intencional, de entre los profesionales con práctica clínica en AP del Servicio Murcia de Salud (SMS). Las discusiones fueron registradas en video y transcritas literalmente. Posteriormente se procedió a la segmentación, categorización e interpretación de los discursos.

**Resultados.** Actitudes: la MBE es un instrumento útil, permite reducir la variabilidad de la práctica clínica y disminuye la incertidumbre. Destaca la importancia dada a la experiencia clínica y el recelo ante el papel que empresas farmacéuticas e instituciones sanitarias puedan tener en su difusión. Utilización: Es todavía poco utilizada. La consulta a compañeros continua siendo la principal fuente de información. Barreras: Las principales dificultades que encuentran son la complejidad de su uso, el idioma y la falta de tiempo por excesiva carga de trabajo.

**Conclusiones.** Aunque los MF de Murcia muestran una actitud positiva hacia la MBE todavía hoy son pocos aquellos que refieren utilizarla en su consulta y escaso el conocimiento de los distintos recursos de que disponen para su aplicación. Proponen mayor actividad formativa, incentivar la adecuada praxis y la reorganización de la labor asistencial para facilitar su implementación en la práctica clínica.

#### CUIDADO INNOVADOR PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS. EL CASO DE LA EPOC: ¿QUÉ NECESITAN Y ESPERAN NUESTROS PACIENTES?

*A. López Santiago, M. González Barberá, A. Más Castillo, P. Parra Hidalgo y P. Saturno Hernández*

Proyecto EMCA-OMS (borm 09 De Julio De 2005). Consejería de Sanidad; Murcia. Murcia.

Correo electrónico: asensiols@ono.com

**Objetivo.** Identificar necesidades y expectativas de los pacientes para incorporarlas al rediseño global de los cuidados de salud en la EPOC.

**Pacientes y métodos.** Investigación cualitativa con Grupos Focales. Tres grupos de pacientes con EPOC seleccionados por muestreo intencional, de la población atendida en varios Centros de Salud y Consultas Externas Hospitalarias. Se ajustaron los grupos por gravedad (sin ingresos previos; al menos un ingreso hospitalario; limitaciones funcionales importantes). Se grabaron las discusiones en video y se transcribieron literalmente. Para el análisis se procedió a la segmentación, categorización e interpretación de los discursos. Participaron cuatro investigadores para garantizar la triangulación.

**Resultados.** Identificación de la cronicidad: Escaso conocimiento del acrónimo EPOC y de la espirometría como técnica diagnóstica. La enfermedad se percibe irreversible y progresiva. Repercusión en la calidad de vida: La disnea es el síntoma más relevante y el que condiciona la calidad de vida. Contacto con el sistema sanitario: Disociación entre la percepción subjetiva del paciente sobre la gravedad y evolución de su enfermedad, y la valoración que realiza el profesional. No se percibe continuidad de cuidados entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. Tabaquismo: El tabaco impregna la identidad del paciente. Predominan el senti-

miento de culpa y la evitación de los profesionales. La recaída es una vivencia angustiosa.

**Conclusión.** Es necesario fomentar el conocimiento de la EPOC y de la espirometría, mejorar la calidad de la comunicación con los pacientes y rediseñar el modelo de relación entre Atención Primaria y Especializada enfatizando la coordinación y continuidad de la asistencia. Atención específica al tabaquismo.

#### CUIDADO INNOVADOR PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS. EL CASO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2: ¿QUÉ NECESITAN Y ESPERAN NUESTROS PACIENTES?

*M. González Barberá, A. López Santiago, A. Más Castillo, P. Parra Hidalgo y P. Saturno Hernández*

Proyecto EMCA-OMS. Consejería de Sanidad. Universidad de Murcia. CS Cartagena-Este. Murcia. Murcia.

Correo electrónico: mariagb@ono.com

**Objetivo.** Identificar necesidades y expectativas de los pacientes, para incorporarlas al rediseño global de los cuidados de salud en la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2).

**Pacientes y métodos.** Investigación cualitativa con Grupos Focales. Tres grupos con pacientes diagnosticados de DM2, seleccionados por muestreo intencional de la población atendida en Centros de Salud y Consultas Externas Hospitalarias, homogeneizados por edad, sexo y tiempo de evolución. Se grabaron las discusiones en video y se transcribieron literalmente. Para el análisis se procedió a la segmentación, categorización e interpretación de los discursos. Participaron cuatro investigadores para garantizar la triangulación.

**Resultados.** Conocimientos sobre prevención: El peso de la herencia aparece en el núcleo de un pensamiento fatalista sobre el desarrollo de la enfermedad. Identificación de la cronicidad y sus implicaciones: En etapas iniciales y, para pacientes sin tratamiento farmacológico, puede resultar difícil. Cumplimiento terapéutico: Para seguir las recomendaciones, además de información los pacientes necesitan aprender habilidades. Relación con los profesionales: En las visitas de seguimiento esperan de los profesionales apoyo emocional, comunicación empática y, cuando los objetivos de control no se alcanzan, que no se les culpabilice. Autocuidados: Los autocontroles proporcionan seguridad, autonomía y habilidades para la toma de decisiones. Vivir con diabetes: La enfermedad, con sus rígidas exigencias, complica la vida cotidiana. Se narran estrategias de afrontamiento.

**Conclusiones.** Modificar estilos de vida es difícil, tanto en la fase previa al diagnóstico, como durante la evolución de la enfermedad. Los profesionales pueden ayudar a ese cambio, si se capacitan en estilos de comunicación empática.

#### ¿QUÉ AYUDA Y QUÉ ENTORPECE LA ATENCIÓN COMUNITARIA?

*E. López Torrent, C. Forcada Vega, R. Miller, G. Foz, M. Pasarín y participantes del estudio AUPA*

ABS de Sant Andreu de Llavaneres. Sant Andreu de Llavaneres (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: estibalizl@camfic.org

**Objetivo.** Conocer los elementos facilitadores y obstáculos para realizar actividades comunitarias de los Equipos de Atención Primaria (EAP) de la red AUPA (Actuant Units per la Salut), el impacto de formar parte de la red y sus expectativas futuras.

**Pacientes y métodos.** Estudio transversal con recogida de datos mediante una entrevista semi estructurada y grabada a los coordinadores de los proyectos comunitarios de los 15 centros de Atención Primaria de Cataluña adheridos a la red AUPA antes de enero 2006. Se realizó un análisis del contenido de la transcripción literal de la grabación de las entrevistas creando unas categorías, que se ordenaron y clasificaron en categorías mayores. Para validar el análisis y disminuir sesgos los 2 investigadores discutieron y consensuaron las categorías más representativas y la ordenación de los datos en éstas.

**Resultados.** Los factores determinantes para el desarrollo de los Proyectos Comunitarios fueron la motivación de los profesionales involucrados, formación previa en atención comunitaria, soporte de la dirección y participación de personas clave del equipo y de la comunidad. Se pidió más tiempo laboral para trabajar en salud comunitaria, más apoyo metodoló-

gico por expertos, mayor reconocimiento profesional y más apoyo por parte de los directivos del EAP y la empresa.

**Conclusión.** El estudio sugiere que hace falta motivar a los profesionales, promoviendo el conocimiento en salud comunitaria, dando apoyo y reconocimiento por parte de las instituciones y la comunidad. Y que el beneficio de trabajar en red es evidente: compartir experiencias, apoyo moral, compromiso y adquisición de conocimientos.

## Sesión oral 12

**Viernes, 21 de noviembre. 12.00-14.30 h**

**Zona izquierda. Planta 1. Sala Berlín**

### Mujer/niño/adolescente

#### ANTICONCEPCIÓN POSCOITAL DE URGENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

*M. Medina Sampedro, J. Molina Ramos, E. Avalos Galán, E. Gil Higes y R. Rubiato Aragón*

CS de Villaviciosa de Odón, Área 8. Madrid. Comunidad de Madrid.  
Correo electrónico: mmedsam@hotmail.com

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas de las mujeres demandantes de anticoncepción poscoital (APC); detectar actuación clínica y registro por el profesional.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal, realizado en centro de salud rural con atención continuada. Recopiladas 277 solicitudes de APC realizadas por 252 mujeres desde 1/03/2007 hasta 01/03/2008. Selección mediante código CIAP W10 en historia OMI-AP. Mediciones: edad, motivo de solicitud, fecha de asistencia, día del ciclo, tiempo transcurrido desde la relación, cita inmediata, en demanda ó en atención continuada, realización de test de embarazo y de serologías, anticoncepción hormonal posterior.

**Resultados.** Edad media 23,61 años, moda 22 (DE 5,98); 5,6% menores de edad. Solicitud en 2 o más ocasiones este año un 9,1%, y en su vida 19,9% (máximo 4). Alegó rotura de preservativo un 62,7%. Tiempo medio desde la relación 21,74 horas (DE 16,89), y no registrado en historia en 40,5%. Consta test de embarazo negativo en 14,3%. Solicitaron posteriormente anticoncepción hormonal un 11,5%. Solicitada serología para infecciones de transmisión sexual (ITS) en un 2,4%. Acudieron en horario de atención continuada el 45,2%. Atendidos de viernes a lunes 68,7%. El menor porcentaje de solicitud en febrero y junio.

**Conclusión.** Destaca un elevado porcentaje de demanda por rotura de preservativo. Existe registro defectuoso de APC en la historia clínica y falta detección de ITS. La falta de pauta de APC por su médico de referencia condiciona una peor intervención educativa y seguimiento.

#### IMPLANON: INCIDENCIAS EN LA INSERCIÓN Y RETIRADA POR MÉDICOS DE FAMILIA EN UN SEGUIMIENTO DE 3 AÑOS DE 329 IMPLANTES

*M. Agrela Cardona, T. Cedeño Benavides, M. Ordóñez Ruiz, D. Rueda Lozano, S. Duarte Vallejo y L. Arribas Mir*

CS La Chana. Granada. Andalucía.  
Correo electrónico: t\_091@hotmail.com

**Objetivos.** Conocer las incidencias en las inserciones y retiradas de Implanon (I) realizadas por médicos de familia (MF).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal. Seguimiento mediante registro de inserciones, historias clínicas y entrevistas telefónicas. Centro de salud urbano con 12 MF. Mujeres a las que, sin criterios estrictos de selección, excluyendo contraindicaciones, previo consentimiento informado verbal, insertamos Implanon financiado al 100% para este estudio por el Distrito Sanitario, del 14-3-2003 al 31-5-2005, y que hasta el 31-5-2008 podrían completar 3 años de uso.

**Resultados.** Realizamos 329 inserciones; hubo 2 leves mareos vagales. Asistieron a la semana a revisión postinserción 311 (94,52%); un implante era impalpable y dos estaban algo profundos; dos más destacaban como superficiales. La mayoría, 306/311, estaban bien ubicados. Referían

prurito local 8 (2,57%), un caso (0,32%) lesiones por rascado, y 1 (0,32%) dolor local. Excluidas 16 perdidas, se siguieron 313 implantes, y se retiraron 311; no se retira uno ilocalizable y otro a pesar de advertirse la caducidad. 273 retiradas en nuestro centro de salud y 38 en otros centros; 2 resultaron laboriosas. Tras las retiradas, 3 mujeres refirieron parestesias pasajeras en manos y 2 presentaron flictenas en los extremos de los puntos de aproximación de Steristrips.

**Conclusión.** La mayoría de las inserciones y retiradas de Implanon se ha realizado sin mayores incidencias. Tres casos de parestesias fugaces distales tras la retirada, intrascendentes, cuestionan la zona de inserción empleada.

#### IMPLANON: 3 AÑOS DE SEGUIMIENTO DE 329 INSERCIÓNES REALIZADAS POR MÉDICOS DE FAMILIA

*T. Cedeño Benavides, M. Agrela Cardona, A. Saavedra Ruiz, S. Duarte Vallejo, M. Ordóñez Ruiz y L. Arribas Mir*

CS La Chana. Granada. Andalucía.  
Correo electrónico: t\_091@hotmail.com

**Objetivos.** Conocer el perfil de usuarias de Implanon (I), tasa de continuidad, motivos de retirada y eficacia, en su manejo por médicos de familia (MF).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal. Seguimiento mediante registro de inserciones, historias clínicas y entrevistas telefónicas. Centro de salud urbano con 12 MF. Mujeres a las que, sin criterios estrictos de selección, excluyendo contraindicaciones, previo consentimiento informado verbal, insertamos Implanon, financiado 100% por el Distrito Sanitario, del 14-3-2003 al 31-5-2005, y que podrían antes del 31-5-2008 haber completado 3 años de uso.

**Resultados.** De 329 inserciones hubo 16 (4,86%) pérdidas. Se han seguido 3 años 313 implantes. Edad media 27,25 años, rango 14-45. Adolescentes 41 (12,46%). Menores de edad 13 (4,07%). Nulíparas 57 (41,61%). Inmigrantes 65 (19,75%). Déficit intelectual 8 (2,43%) y psíquico 31 (9,42%). La tasa de continuidad fue 91,06% al año, 76,05% a los dos, y 66,77% a los tres años. Se retiraron precozmente 104 implantes (33,23%), por sangrado excesivo 39, deseo de concebir 37, efectos secundarios 17, cese de relaciones 4, amenorrea 4, otros motivos 3. Llegaron al límite de la duración 209, de los que renovaron 124 (59,33%). Superaron más de 2 meses la fecha de caducidad 24. Exposición total 288,280 días, uso medio 921 días/mujer, 32,89 ciclos/mujer. No hubo ningún embarazo.

**Conclusión.** La tasa de continuidad es elevada, y la eficacia máxima. Sangrado excesivo y deseo de concebir son los principales motivo de retirada. En nuestro medio, Implanon se comporta como un excelente anticonceptivo cuando lo manejan médicos de familia.

#### ¿PENSAMOS EN EL DIAGNÓSTICO DE EPOC EN LAS MUJERES FUMADORAS?

*C. Pascual González, M. Gómez López, B. López, L. Velasco Quintana, M. Tejedor y C. Benítez*

ABS Malgrat de Mar-Palafrugell. Malgrat de Mar (Barcelona). Cataluña.  
Correo electrónico: 32511mg1@comb.es

**Objetivos.** La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una causa importante de morbimortalidad. En los últimos 15 años se ha observado un descenso del hábito tabáquico entre los varones y un incremento entre las mujeres de más del 50%. Valorar el efecto del sexo sobre el diagnóstico de EPOC en la población fumadora. Describir la relación entre el registro de episodios de broncopatía y el despistaje cínico y espirométrico de la EPOC en las mujeres.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal de 1038 pacientes con registro de tabaquismo. Criterio de exclusión Diagnóstico previo de otras patologías respiratorias excepto episodios de broncopatía (2 o más episodios de tos y sibilantes que precisan tratamiento broncodilatador).

**Resultados.** La media de edad es de 52 años, el 38,75% son mujeres y el 86% consta como fumadoras. El 14,5% de las mujeres fumadoras tiene criterios de bronquitis crónica o presentan episodios de bronquitis de repetición y tan solo en un 4% de los casos se ha realizado espirometría. La prevalencia de EPOC en los pacientes fumadores de nuestro centro es de un 6,9% (IC 95%), siendo en las mujeres del 3,1%.

**Conclusión.** El 40% de los pacientes incluidos son mujeres fumadoras y entre ellas existe un claro infradiagnóstico de EPOC (3,1%). El bajo por-

centaje de espirometrías realizadas traduce un infradiagnóstico de EPOC. El insuficiente registro de EPOC en pacientes fumadores sugiere la escasa sensibilidad a la hora de advertir los daños del tabaco y sugerir su abandono y esto es más evidente en el sexo femenino.

#### **TABACO Y CANNABIS EN ADOLESCENTES: HISTORIA DE UNA RELACIÓN EN LA ÚLTIMA DÉCADA**

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

CS El Valle. Jaén. Andalucía.

Correo electrónico: alpemi@gmail.com

**Objetivos.** Conocer la evolución del consumo de tabaco y cannabis entre adolescentes de una zona urbana y su relación.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal mediante encuesta autoadministrada. Población: alumnado de un Instituto de Enseñanza Secundaria de una zona urbana de clase socioeconómica media/baja. Se realizan cuatro entrevistas los años 1997, 2001, 2004 y 2007, recogiendo edad, sexo y consumo de tabaco y cannabis.

**Resultados.** Participan 1058 adolescentes (resultados según año de estudio): 172, 249, 257 y 380 respectivamente (edad  $14 \pm 0,4$  años con rango 2,3 años, 52% mujeres). A mayor edad mayor consumo; sin embargo el sexo no influye. El consumo de tabaco incrementa progresivamente de 1997 a 2004 ( $12\% \pm 2,4$ ;  $21\% \pm 2,3$ ;  $29\% \pm 2,4$ ) para decrecer en 2007 ( $16\% \pm 1,9$ ;  $p < 0,001$  X2). Los patrones de consumo evolucionan a un consumo diario con el tiempo y la edad (9% a 50%;  $p < 0,01$  X2), siendo intermitente entre 12-14 años y en fin de semana entre los 14-15 años. El consumo de cannabis aumenta en 2001 pero luego disminuye ( $8\% \pm 0,6$ ;  $23\% \pm 2,8$ ;  $15\% \pm 2,4$ ;  $7\% \pm 1,3$ ;  $p < 0,01$  X2), con un consumo mayoritariamente de fin de semana y asociado al consumo de tabaco (IC 95% OR [6,8; 7,9]). El cannabis es la droga más consumida ( $> 90\%$ ), desaparece la cocaína y se incrementa el consumo de cocaína y drogas de diseño.

**Conclusión.** En los últimos diez años el descenso del consumo de tabaco ha arrastrado a los adolescentes hacia un menor consumo de cannabis. Sin embargo, aparecen nuevas formas de consumo sobre todo durante el fin de semana y se incrementa el consumo diario de tabaco.

#### **IMPACTO DE UNA ACTIVIDAD FORMATIVA SOBRE LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA**

*G. Mora Navarro, C. Cámara González, C. Arroyo Mansera, M. Beamud  
Lagos, J. Pérez Rivas y A. Abad Revilla*

CS Dr. Pedro Laín Entralgo, Área 8. Madrid. Comunidad de Madrid.

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

**Objetivos.** Conocer el impacto de un taller de formación sobre violencia de pareja hacia las mujeres (VPHM) impartido en Equipos de Atención Primaria (EAP), sobre la detección de casos y compararlo con aquellos EAPs donde no se realizó.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal. Se impartió un taller sobre VPHM en 7 de los 33 EAP de un área. Se recogió de las historias clínicas informatizadas, el número de episodios relacionados con VPHM (VPHM) y con otros problemas del ámbito familiar (OPAF), creados por MF y enfermeras de toda el área en los 6 meses posteriores. Se calculó media y desviación estándar (DE) de ambas variables en los EAPs que habían recibido formación y en los que no y se compararon para una confianza del 95%.

**Resultados.** Participaron voluntariamente en la formación el 52,6% (60/114) de MF y 60,2% (62/103) de enfermeras de los 7 EAP; 11,9% (60/504) y 13,3% (62/466) del total de profesionales del área respectivamente. En los EAP que recibieron formación se crearon una media de 3,9 (DE 3,7) episodios de VPHM y en los que no la recibieron de 3,1 (DE 3,5),  $p$  de comparación 0,59. De OPAF 11,7 (DE 8,5) y 10,9 (DE 7,5),  $p = 0,81$ .

**Conclusión.** Existe un mayor registro de episodios de VPHM y de OPAF en los EAPs que recibieron formación, pero no estadísticamente significativo, quizás por la participación de sólo la mitad de los profesionales de los EAP y por el bajo tamaño muestral. Es preciso analizar ambas variables en los cupos de los participantes en el taller y/o ampliar el número de EAP con formación.

#### **DIABETES GESTACIONAL COMO FACTOR DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR**

*M. Viñes Silva, M. Basoles Morist, S. Crivillé Mauricio, A. Vázquez Durán, J. Gerhard Pérez y J. Bernad Suárez*

CAP Vilassar de Mar. Vilassar de Mar (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: vinyesmaricarmen@hotmail.com

**Objetivos.** Evaluar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la población de mujeres que tuvieron diabetes gestacional.

**Material y métodos.** Diseño: Estudio de cohorte prospectiva. Ámbito de realización: Centro de atención primaria semi-urbano. Criterios de selección: Diabetes gestacional (curva 100 mg con dos o más puntos elevados), con parto anterior a los 12 meses previos a la inclusión. Número de sujetos: Del total de 53 mujeres que cumplían criterios de inclusión localizadas en la base de datos asistencial, solo respondieron 28 (52,8%). Variables: edad, índice de masa corporal, perímetro abdominal, presión arterial sistólica y diastólica, consumo de tabaco (cigarrillos/día), consumo de alcohol, realización de ejercicio físico regular ( $> 2$  veces por semana,  $> 30$  minutos), glicemia venosa basal, colesterol total y colesterol LDL.

**Resultados.** La edad media a la inclusión fue de 38 (+6) años. Un 21,4% presentaban sobrepeso (IMC 25-30) y un 11% obesidad (IMC  $> 30$ ). Un 35,7% cumplían criterios de obesidad central (PA  $> 88$  CM). Mientras que un 14,2% eran fumadoras, sólo un caso presentaba consumo de alcohol en rango de riesgo ( $> 17$  UBA/semana). Un 35,7% realizaban ejercicio físico de manera regular. Un solo caso (3,5%) cumplía criterios de hipertensión ( $> 140/90$ ). Un 14,3% presentaban a la inclusión valores de glicemia anormalmente elevados ( $> 100$  mg/dl), con un solo caso diagnosticado de DM2. Un 50% presentaban valores altos de colesterol total ( $> 200$  mg/dl), observándose en 32,1% de los casos un colesterol LDL elevado ( $> 130$  mg/dl).

**Conclusión.** La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, sobre todo obesidad central e hipercolesterolemia, es alta en mujeres con el antecedente de diabetes gestacional.

## **Gestión clínica y calidad**

#### **EXPERIENCIA DE LA COORDINACIÓN DEL ALTA COMO GARANTÍA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL**

*M. Casado Martínez, M. Bancells Collet, M. Montesino Teruel, M. Serra Texidó y E. Corona Coldeforn*

Consorcio Sanitario del Maresme. Mataró (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: mcasadoma@csdm.cat

**Objetivos de la experiencia.** – Coordinar y garantizar la continuidad asistencial entre hospital de agudos y atención primaria, anticipándonos a las necesidades que paciente y/o familia tendrán al alta en su domicilio. – Conducir al usuario por el circuito asistencial de manera eficiente. – Mejorar la confianza del usuario en los servicios. – Garantizar vías de comunicación fluida y estable.

**Descripción de la experiencia.** Mediante la valoración de la enfermera de enlace, desde el momento del ingreso en el hospital, detectamos personas de riesgo, frágiles y/o con necesidad de seguimiento al alta. Se realiza una valoración integral del paciente (escalas validadas) y elaboración del plan de cuidados. Primer contacto con el equipo de atención primaria del paciente mediante programa informático OMÍ-AP. Identificación y movilización de recursos necesarios con el equipo asistencial. Notificación del alta al equipo de atención primaria 24/48 horas antes de que sea efectiva. El paciente es contactado telefónicamente, y se planifica el seguimiento, por parte de su equipo de primaria, en el centro o domicilio, 24/48 horas después del alta hospitalaria. En el año 2007 se coordinó el alta de 503 pacientes, con una edad media: 71 años. Grado dependencia según Barthel: 74% dependencia leve y 15% moderada. Procedencia en su mayoría área médica 63%.

**Conclusiones.** La coordinación entre niveles asistenciales asegura la continuidad. El conocimiento previo del estado del paciente posibilita la preparación del alta optimizando los recursos. El conocimiento previo del alta ayuda a planificar agendas. Utilización del mismo programa informático asegurando la confidencialidad.

## MOTIVACIÓN POSITIVA MEDIANTE DRAMATIZACIÓN, FILMACIÓN Y PROYECCIÓN DE CASOS CLÍNICOS PARA MODIFICAR ACTITUDES. PRESENTACIÓN DE UN PROYECTO DE DOCENCIA EN BIOÉTICA

*A. García Ruano, N. Silva Higuero, E. Amador Martín y M. Estévez Familiar*

CS Medina del Campo Urbano. Medina del Campo (Valladolid). Castilla y León.  
Correo electrónico: agruano@gmail.com

**Objetivos de la experiencia.** Lograr la excelencia profesional en la actividad asistencial precisa del concurso equilibrado de conocimientos, habilidades y actitudes, pero la formación posgrada incide preferentemente sobre los dos primeros porque modificar el tercero resulta difícil. Presentamos una experiencia docente orientada a cambiar la actitud hacia una disciplina frecuentemente contemplada con escepticismo: la bioética.

**Descripción de la experiencia.** Se propuso a los residentes de Medicina Familiar participar en un proyecto para mejorar su formación en ética asistencial. Se trataba de despertar el interés por la bioética, mediante la exposición de casos clínicos previamente dramatizados y filmados, en los que se planteaban conflictos éticos relacionados con el consentimiento informado. Los casos, inspirados en situaciones reales, eran interpretados por los residentes, que tenían papeles diferentes en cada ocasión: paciente, médico, familiar... Posteriormente eran proyectados en una sesión clínica en la que identificaban los conflictos éticos y deliberaban sobre ellos.

**Conclusiones.** Inicialmente colaboraron con el proyecto los residentes, pero al año siguiente se incorporaron enfermeras y médicos del staff. Desde 2007 se imparte un curso acreditado con los casos acumulados, en el que se inscribe personal sanitario de diferentes Centros de Salud. Los participantes reconocen estar especialmente motivados por su propia intervención o la de otros compañeros en los casos proyectados y admiten que la experiencia ha modificado su actitud hacia la Bioética. Cambiar las actitudes es complicado porque dependen de valores, creencias y prejuicios adquiridos en edades tempranas, pero es posible lograrlo si se motiva adecuadamente a los individuos y se les presentan comportamientos alternativos susceptibles de ser imitados.

## EL USO DE ACG PARA CONOCER A LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

*M. Soler Cera, C. Illa Díaz, A. Arias Enrich y M. Casas Gallofré*

Iasist S.A. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: msoler@iasist.com

**Objetivos de la experiencia.** Comprobar la viabilidad de los Ambulatory Clinical Groups (ACG) en Atención Primaria, describir la comorbilidad de la población de referencia y valorar a los profesionales ajustando mediante esta comorbilidad

**Descripción de la experiencia.** Se ha analizado la morbilidad mediante ACG (versión 6,5) y Expanded Diagnostic Clusters (EDC). Se ha realizado la comparación de la comorbilidad a través del peso relativo (PR) calculado a partir de los ACG. Los indicadores de rendimiento se han calculado relacionando el uso real de los recursos (visitas/paciente/año, coste farmacéutico/paciente/año) con los usos previstos ajustando por ACG. La calidad de los datos fue muy diferente entre las unidades de Centros de Atención Primaria (CAP). El porcentaje de pacientes sin diagnóstico osciló entre del 8 al 26% y el promedio de diagnósticos entre 2,5 y 5. El ACG más frecuente fue pacientes sin diagnóstico (14%), seguido del ACG de adultos con 2-3 trastornos (6%). El EDC más común fue el de enfermedad respiratoria (19%), seguido de hipertensión moderada (14%). El PR como medida comparativa de la comorbilidad, osciló entre 0,8 y 2,1, (promedio 1,4). Tras el ajuste por ACG, el promedio anual de visitas paciente fue 8,2, (5,9-11,9), y el coste farmacéutico anual por paciente fue 199,9€, (167,8 y 247,3€).

**Conclusiones.** Ha sido posible aplicar y evaluar la carga de morbilidad de las poblaciones a través de ACG y EDC, lo que aportara indicadores de uso de recursos ajustados por ACG más equitativos para evaluar el rendimiento.

## POTENCIAL DE ACG PARA LAS POLÍTICAS DE CAPITACIÓN

*C. Illa Díaz, M. Soler Cera, A. Arias Enrich y M. Casas Gallofré*

Iasist S.A. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: msoler@iasist.com

**Objetivos de la experiencia.** Comprobar la potencia de explicación del sistema de clasificación de ACG en isoconsumo según el uso de los servi-

cios de atención primaria (CAP) y coste farmacéutico en España para desarrollar estrategias sanitarias integrales y políticas de capitación.

**Descripción de la experiencia.** Se han utilizado datos de dos áreas geográficas de Cataluña, España (2005): área 1 con una población de 151.543 personas y área 2 con una población de 417.517 personas. Datos usados: edad, sexo, diagnósticos, coste farmacéutico y derivaciones a especialistas. El coste farmacéutico incluye los importes satisfechos por los fármacos proporcionados a cada paciente y el coste farmacéutico total (incluye el coste farmacéutico del hospital) Versión de ACG utilizada: 6.5. La edad y el sexo justifican entre el 3 y el 6,7% de la variabilidad de las visitas, mientras que ACG justifican del 35 al 45%. La variación de coste farmacéutico por CAP se explica en un 16-25% por edad y sexo, mientras que alcanza un 41-43,6% con ACG. Los resultados del área 2 muestran una potencia de explicación superior para todos los análisis.

**Conclusiones.** Las experiencias anteriores de capitación en España utilizan edad y sexo como único ajuste. ACG demuestra una mejora en la explicación de la varianza por edad y sexo para los costes de visitas y farmacia. Los resultados obtenidos por visitas son similares a otros estudios de España. ACG significa una mejora importante en la explicación conseguida por edad y sexo, lo que significa una oportunidad importante para mejorar el ajuste por capitación.

## Miscelánea

### ESTUDIO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO A TRAVÉS DE LOS PARTES JUDICIALES QUE CUMPLIMENTAMOS EN EL CENTRO DE SALUD

*R. Argüelles Vázquez, P. Lorente Montalvo, M. Esteva, R. Bisol, I. Torrens y J. Ramírez Manet*

CS de Calvià. Palma de Mallorca. Illes Balears.  
Correo electrónico: rosargu2210@hotmail.com

**Objetivos.** Evaluar los posibles casos de Violencia de Género (VG) atendidos en Urgencias a partir de los partes judiciales de lesión (PJL).

**Material y métodos.** Ámbito: Centro de Salud, 45000 habitantes. Diseño: estudio descriptivo. Método: revisión de copias de PGL entre enero 2006-febrero 2008 archivados en centro de salud. Los partes se clasificaron en 6 grupos en base a la probabilidad de que se tratara de un caso de VG. Los criterios fueron consensuados entre los investigadores a partir de la revisión de una submuestra de PJL.

**Resultados.** En 48 (6,7%) de los 716 partes, se leía claramente 'agresión por compañero sentimental o expareja', caso claro de VG (Grupo 1). En 60 (8,4%) no se especifica el agresor, sin embargo, consta agresión en domicilio de la víctima (mujer). El tipo de lesiones apoyaba la sospecha (crisis de ansiedad, jalón de pelos, hematomas, traumatismos en boca o dientes...) (Grupo 2). El resto de PJL (378, 52,8%), corresponden a agresiones claramente definidas, no atribuibles a VG (Grupo 3). En 131 (18,3%), NO fue posible conocer la naturaleza de la agresión por datos incompletos. En muchos, el lesionado era mujer, aunque no constaba suficiente información para confirmar la VG (Grupo 4). En 91 partes (12,7%), las lesiones no constituyan agresiones (tráficos o mordeduras de perro) (grupo 5). El grupo 6 eran agresiones sexuales (1,1%).

**Conclusión.** Resulta difícil conocer la cifra real de casos de VG a través de los PJL por datos insuficientes. Se debe insistir en la importancia de cumplimentar los PJL de forma detallada. Ello ayudaría a dimensionar e investigar el problema.

### EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA EN ATENCIÓN PRIMARIA 5 AÑOS DESPUES DE SU IMPLANTACIÓN

*A. Arévalo Genicio, M. Serra Gallego, C. Ortega Condes, A. Ripoll Ramos, D. Pedrazas López y M. García Cerrajero*

CAP Valldoreix; Mútua de Terrassa. Sant Cugat del Vallès (Barcelona). Cataluña.  
Correo electrónico: toniarevalo@comb.es

**Objetivos.** Demostrar que la Cirugía menor (CM) en Atención Primaria es efectiva. Demostrar que la CM en Atención Primaria es segura.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de una Unidad de Cirugía menor formada por tres médicos de familia de un ABS de 72.000 habitantes, urbano disperso, con 2 Centros de Salud (CAPs), informatizados e interconectados, acreditados para la docencia y que disponen de 8 residentes de último año, 24 médicos de familia y 10 pediatras. Se re-

cogieron los datos de las hojas quirúrgicas de todos los procedimientos realizados desde el inicio de la actividad de la Unidad de CM, desde enero de 2003 a diciembre de 2007.

**Resultados.** Se practicaron 2.317 procedimientos sobre 1.524 pacientes (48,6% mujeres, 51,4% hombres), edad media de 47 años, con una tasa de complicaciones del 3% (42 infecciones, 11 reacciones vasovagales, 8 dehiscencias de sutura). Se obtuvo una correlación entre diagnóstico clínico y anatomo-patológico del 85% (2.178 muestras enviadas). Resultaron ser malignas el 0,5% de las piezas (7 carcinomas basocelulares, 1 carcinoma escamoso y 2 melanomas). No procedió enviar muestra en 117 procedimientos. Se extirparon 458 nevus (20%), 450 quistes epidermoides (19%), 322 fibromas (14%), 313 queratosis seborreicas (14%), 140 lipomas (6%), 113 verrugas y papilomas (5%), 99 quistes triquilemicos (4%), 67 dermatomas (3%), 59 hemangiomas (3%), 40 uñas encarnadas (2%) y otros (234,10%). Se procedió a vacunación antitetánica (VAT) oportunista a 683 pacientes (97% de los no vacunados).

**Conclusión.** Todas las complicaciones fueron menores. Se consiguió alta correlación clínico-anatomo-patológica. Se detectó malignidad donde no había sospecha. Se administró VAT de manera oportunista.

## Sesión oral 13

**Viernes, 21 de noviembre. 12.00-14.30 h**

**Zona izquierda. Planta 1. Sala Berlín**

## Miscelánea

### DIETA Y ESTADO NUTRICIONAL EN POBLACIÓN ATENDIDA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

*M. Grau Carod, M. González Solanellas, A. Romagosa Pérez-Portabella, C. Casellas Montagut, S. Lancho Lancho y M. Pérez-Portabella Maristany*  
CAP Dr. Lluís Sayé. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: grauacard@msn.com

**Objetivos.** Estudiar los hábitos alimentarios y el estado nutricional de la población atendida entre 18 y 44 años e identificar factores asociados.

**Material y métodos.** Estudio transversal en un centro de salud urbano, muestra aleatoria de 320 personas, responden 201, exclusión/abandono 119. Intervenciones: datos sociodemográficos, recogida ingesta de las últimas 24 horas y cuestionario de frecuencia alimentaria semanal. Análisis estadístico: chi-cuadrado, Anova/t-Student y test no paramétricos, considerando valores  $p < 0,05$  estadísticamente significativos.

**Resultados.** n: 201, edad media: 32,8 años (DE: 6,6), 38,8% < 30 años. El 63,0% mujeres y el 62,7% inmigrantes. 47,7% no hacían ejercicio. El 60% manifestaba un consumo deficiente de farináceos, lácteos, cárnicos y frutas y el 80% de vegetales en cambio un 56,2% refería un consumo excesivo de grasas. El consumo adecuado de farináceos se asociaba con: ser hombre (50% vs 32,5%;  $p = 0,017$ ), tener < 30 años (51,3% vs 30,5%;  $p = 0,004$ ), ser inmigrante con barrera idiomática importante (52,6% vs 33,3%;  $p = 0,012$ ). Los asiáticos manifestaban un consumo menos recomendado de lácticos ( $p = 0,004$ ). La obesidad era más frecuente en autóctonos que en inmigrantes (44,4% vs 20,3%;  $p = 0,001$ ). En relación al perímetro cintura, un 19,0% de inmigrantes presentaban riesgo cardiovascular (RCV) respecto al 6,8% de los autóctonos ( $p = 0,017$ ) y un 17,6% de los que no hacían ejercicio frente al 8,1% de los que hacían ( $p = 0,049$ ).

**Conclusión.** El consumo de alimentos básicos es deficitario exceptuando en las grasas. La edad, el sexo y tener barrera idiomática se ha relacionado con un consumo apropiado de farináceos. Los asiáticos referían un menor consumo de lácteos. El RCV según medidas antropométricas era superior en inmigrantes y en los que no hacían ejercicio físico.

### ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y POBLACIÓN DE RIESGO: ¿SE REALIZA UN CRIBADO Y SEGUIMIENTO CORRECTOS DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD?

*M. Martínez Ortega, G. Osuna Marzal, J. Calpe Mayayo, M. Faro Colomés, M. Iglesias Rodríguez y M. Sender Palacios*  
CAP Terrassa Nord; UD del Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa (Barcelona). Cataluña.

**Objetivos.** Valorar la actitud del médico de familia ante la enfermedad renal crónica (ERC) en pacientes diabéticos, dislipémicos y mayores de 65 años.

**Material y métodos.** Diseño: estudio observacional transversal. Ámbito: centro Atención Primaria urbano. Población estudio: tres muestras aleatorias de pacientes > 40 años diabéticos y dislipémicos y de personas > 65 años sin factores de riesgo (FR) de ERC, visitados del 2005 al 2007. Variables analizadas: sociodemográficas, clínicas, exploraciones complementarias (valoración de cribaje y seguimiento total o parcialmente correctos).

**Resultados.** Inclusión 330 pacientes, edad  $64 \pm 12$  años. Grupos estudio: 125 diabéticos, 250 dislipémicos y 45 personas > 65 años sin FR de ERC. Cribaje-Seguimiento: no realizado 46,7%, parcial 36,1% y total en 17,3%. De los 19 médicos implicados, en 3 (15,78%) la proporción de cribaje-seguimiento total o parcialmente correcto fue > 70% y en 6 (31,57%) < 40%. ERC: 30 pacientes (9,1%), 16 de los cuales no estaban diagnosticados antes previamente (4,8% ERC no conocida). Controles habituales: 21 por médico familia y 9 por dos o más profesionales. La indicación o no de derivación a nefrología fue correcta en 86,6% de casos, no realizándose ninguna derivación no indicada. De los pacientes que tenían indicación, 4 (13,3%) no fueron derivados.

**Conclusión.** Ausencia de cribaje-seguimiento de ERC en un considerable número de pacientes con una amplia variabilidad entre los diferentes profesionales y un infradiagnóstico de ERC en la mitad de casos. Necesidad de llevar a cabo actuaciones para aumentar la sensibilidad de los profesionales en la detección de ERC sobretodo en población de riesgo.

### RIESGO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ENTRE USUARIOS DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS. ESTUDIO EN LA BASE DE DATOS BIFAP

*M. Gil García, F. de Abajo Iglesias, L. García Rodríguez, V. Bryant Cerezo, J. Timoner Aguilera y P. Alegre Canseco*

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; Centro Español de Investigación Farmacopepidemiológica; CS Casa de Campo. Madrid. Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: miguel.gil@bifap.org

**Objetivos.** Estudiar la asociación entre AINES y el riesgo de sufrir una Hemorragia digestiva alta (HDA) en BIFAP (Base de datos para la investigación farmacopepidemiológica en Atención Primaria) y analizar la validez interna del diagnóstico de HDA.

**Material y métodos.** Estudio caso-control anidado en una cohorte de base poblacional. Se identificaron 1193 casos de HDA válidos durante el período de estudio 2001-2005. Se seleccionaron 10.000 controles apareados por frecuencias de edad, sexo y año de la fecha índice. Se estimaron los Odds Ratio (OR) utilizando modelos de regresión logística ajustados por factores confusores. La validez interna se evaluó calculando la proporción de casos probables y no casos en la base de datos que fueron confirmados por su médico mediante un cuestionario.

**Resultados.** El porcentaje de confirmación de los casos probables y de los No casos fue muy alto (> 90%). El OR ajustado asociado con el uso actual de AINES fue de 2.0 (IC95% 1,6-2,5). Este riesgo aumenta con la dosis y se observaron diferencias en el riesgo de los AINES individuales (ibuprofeno: 1,4; diclofenaco: 1,6; naproxeno: 2,3; piroxicam: 4,1).

**Conclusión.** La validez interna del estudio es muy alta. El riesgo observado para el conjunto de los AINES es ligeramente inferior al descrito en otros estudios. Esto puede ser debido a: 1) uso predominante en España de AINES de bajo riesgo; 2) uso creciente de inhibidores de la bomba de protones; 3) control poblacional de la infección por *Helicobacter pylori*, y 4) uso de AINES sin receta, no registrados en BIFAP. El patrón de riesgo de los AINES individuales es similar al descrito en la literatura.

### CONOCER QUIÉNES TOMAN FÁRMACOS PARA LA OSTEOPOROSIS Y POR QUÉ

*M. Isasi Rivas, E. Rua Portu, M. Zabaleta Elósegui, J. Aldanondo Gabilondo, S. Pérez Gil y M. Aserio Martín*

Grupo de Investigación Comarca Guipúzcoa Oeste. Guipúzcoa. País Vasco. Correo electrónico: aisasi@facilnet.es

**Objetivos.** La osteoporosis (OP) es un importante problema de Salud, sin embargo no existe unanimidad en las indicaciones de diagnóstico y tratamiento. Conocer las características de las personas tomadoras de fármacos para la osteoporosis (FOP) y perfil de prescripción y prescriptores. Analizar razones que influyen en diagnóstico y tratamiento.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal. Población: Pacientes tomadores de FOP de 34 cupos de AP (1673 personas). Muestra aleatoria de 512 pacientes ( $p = 50\%$ , imprecisión = 4%). Variables: demográficas, valores densitométricos, factores de riesgo, prescriptores, fármacos. **Resultados.** En 512 personas se prescriben 898 fármacos (90% mujeres, mediana: 70 años). El 24% (IC95%: 20,8-28,4) presenta fractura previa osteoporótica y 10,8% (IC95%: 8-13,7) antecedentes familiares de fractura. En los pacientes con densitometría, el 40% (IC95%: 33,3-46,5) no está justificada según criterios de AETM (Agencia Evaluación Tecnología Médica Catalana). En atención primaria (AP) se han prescrito el 13,3% de los fármacos y el 29,4% de los que sólo toman calcio (IC95%: 21,4-37,4). Más del 30% de las prescripciones no justificadas por la evidencia. El 76,2% (IC95%: 72,2-80,2) de los pacientes presentan bajo riesgo de fracturas (escala de Black) aunque es menor en los tomadores de bisfosfonatos (71,5%). En el subgrupo > 64 años los tomadores de bisfosfonatos 41,3% (IC95%: 33,9-48,8) tienen alto riesgo de fractura.

**Conclusión.** Se confirma la intervención de elementos distintos a la DO en la prescripción de FOP. Es necesario mejorar la relación indicación/prescripción. Se prescriben fármacos en población de relativo bajo riesgo de fractura osteoporótica. La especializada tiene un gran peso en la prescripción. Urge estandarización de criterios.

#### ABORDAJE PLURIFACTORIAL DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

*M. Soler Vila, I. García Bayo, E. Caramés Durán, D. Ruiz Blanes, L. Pascual Benito y C. Mariscal Belvís*

ABS Gavà-2. Gavà (Barcelona). Cataluña.  
Correo electrónico: 267881gb@comb.es

**Objetivos.** Conocer el cumplimiento del consenso SEN-semFYC sobre insuficiencia renal crónica (IRC) y su tratamiento.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo sobre población atendida en un Centro de Atención Primaria urbano. Se registraron datos de la totalidad de pacientes (3.409) a quienes se solicitó algún perfil analítico con valoración de la función renal desde junio de 2007 hasta marzo de 2008. Se incluyeron en el estudio los 353 pacientes que presentaron un filtrado glomerular (FG) inferior a 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> (ecuación MDRD). Se obtuvieron datos demográficos, factores de riesgo (FRCV) y comorbilidad cardiovascular, prescripción farmacológica y derivación a Nefrología.

**Resultados.** De los 3.409 pacientes estudiados, 353 (10,35%) presentan un FG inferior a 60 (IRC, estadios 3-5), con una edad media de 74 ± 10,6 años, 62% son mujeres. Sólo el 19% cumple criterios de buen control de TA (TA < 130/80). El 67,1% presentan un HDL superior a 40; sólo el 22,1% alcanzan unos niveles de LDL inferiores a 100. De los pacientes con FG < 30, sólo un 40% fueron derivados a Nefrología. El 27,5% de los pacientes habían recibido tratamiento con antiinflamatorios no esteroidales A1 5,7% de ellos se les había prescrito como medicación crónica.

**Conclusión.** Existe una prevalencia importante de IRC en pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria. Su detección precoz, el control de los FRCV y la derivación adecuada a Nefrología, permite disminuir la velocidad de progresión de la enfermedad, reducir la morbilidad asociada y disminuir los costes asociados.

#### COMORBILIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN LA FIBROMIALGIA

*C. Torres, D. Soriano Villanueva, A. Martínez Barreira, A. Espín Martínez, E. Blanco García y M. Peñarrubia María*  
ABS Bartomeu Fabres Anglada; Gavà-2. Gavà (Barcelona). Cataluña.  
Correo electrónico: aldara75@msn.com

**Objetivos.** Describir la comorbilidad de los pacientes con fibromialgia (FM) y establecer si existe correlación entre calidad de vida y comorbilidad.

**Material y métodos.** Diseño: Análisis descriptivo de un corte transversal de un Ensayo clínico (Estudio FibroQOL, entrevista inicial). Ámbito urbano. Marco Atención Primaria. Criterios inclusión: pacientes visitados por Reumatólogo, confirmación del diagnóstico de FM según criterios de American College of Rheumatology (ACR 1990), entre 18 y 75 años. Criterios exclusión: incumplimiento de los criterios ACR 1990, deterioro cognitivo según criterio clínico, enfermedad reumatólogica concomitante grave, esperanza de vida < 12 meses, analfabetismo. Se incluyeron 300 sujetos, aceptaron participar 144, hubo 11 abandonos. Variables: sociodemográficas, historia de la enfermedad, patologías comórbidas. Mé-

todos de evaluación: Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) evalúa calidad de vida.

**Resultados.** n = 133; 100% mujeres; edad 55,22 (DE ± 8,11); 25,6% activas laboralmente; 24,9% estudios secundarios o superiores; 13,5 años de evolución; 88,7% primer diagnóstico realizado por especialista. Las patologías comórbidas más frecuentes fueron: 70,7% artrosis, 57,1% depresión, 51,9% ansiedad. El valor de la FIQ fue 55,22 (DE ± 12,33). La variabilidad de la FIQ se correlaciona con el número de enfermedades comórbidas de forma estadísticamente significativa ( $r = 0,328$ ;  $p < 0,001$ ). Se encuentra una correlación positiva entre el nivel de estudios y la calidad de vida y una negativa entre la presencia de patología mental y/o cardíaca y la calidad de vida.

**Conclusión.** Enfermedades más prevalentes artrosis, depresión y ansiedad. A mayor comorbilidad peor calidad de vida. El nivel de estudios mejora la calidad de vida y patología mental y/o cardíaca la empeora.

#### EN ATENCIÓN PRIMARIA, ¿SE SIGUEN COMETIENDO ERRORES EN LA INTERPRETACIÓN DE LA DENSITOMETRÍA ÓSEA?

*R. Azagra Ledesma, A. Aguyé Batista, J. Martín Sánchez, N. Puchol Ruiz, E. Gené Tous y A. Díez Pérez*

CAP Badia del Vallès; Institut Català de la Salut, Iimim, Idiap Jordi Gol, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: razagral@telefonica.net

**Objetivos.** Determinar el grado de error al interpretar los resultados de la densitometría ósea (DXA) y sus consecuencias clínicas cuando se utilizan criterios diferentes de la posición oficial de la "The International Society for Clinical Densitometry" (ISCD) sobre los niveles a analizar en la DXA.

**Material y métodos.** Diseño: estudio observacional. Ámbito: Atención primaria. Se analizan 9.359 DXA de 8.850 pacientes de AP realizadas en 2006-2007. La ISCD recomienda utilizar sólo las T-score de L1-L4 para columna y total fémur o cuello para cadera. No obstante, se siguen utilizando en los informes también otros niveles como el Triángulo de Ward del fémur, entre otros. Criterios de la OMS 1994: osteoporosis (T-score < -2,5); osteopenia (T-score entre -2,4 y -1,0); normal (T-score > -1,0).

**Resultados.** En el 29,1% (2.723/9.359) aparece una T-score con osteoporosis en alguno de los niveles recomendados, pero en el 13% (1.218/9.359) el nivel no recomendado indica osteoporosis cuando en los recomendados no lo es. Se analiza el e-CAP del 39,1% (3.457/8.850 personas) y en 449 casos (12,9%) ocurre el sobrediagnóstico. Estos resultados conllevan consecuencias reales para los pacientes en un 26,5% (119/449) que se incorpora el diagnóstico en la historia clínica (e-CAP) y en un 25,4% (180/449) se llega a indicar un antirresortivo.

**Conclusión.** En un 13% de las pruebas DXA analizadas se ha diagnosticado osteoporosis densitométrica en exceso al no seguir los criterios ISCD. Esto ha supuesto la indicación de antirresortivos en uno de cada cuatro pacientes.

Investigación financiada por Beca CAMFIC y IMIM-IDIAP Jordi Gol-ICS 2006"

#### ¿DIAGNOSTICAMOS TARDE LOS MELANOMAS?

*C. Carreres Molas, A. Carreres Molas, J. Bravo Corrales, S. Puig Sarda, J. Malvehy Guilera y A. Sabaté Navarro*

EAP Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña.  
Correo electrónico: ccarreres@camfic.org

**Objetivos.** – Analizar intervalos de tiempo entre la consulta en Atención Primaria y la exéresis de la lesión. – Analizar intervalos de tiempo desde la detección del tumor cutáneo por parte del paciente u otra persona hasta el tratamiento definitivo. – Describir tipos de melanoma y variables asociadas.

**Material y métodos.** Diseño: estudio observacional transversal descriptivo. Ámbito de realización: unidad hospitalaria de referencia de melanomas. Selección de participantes: pacientes atendidos en la unidad de Melanomas de dermatología desde enero de 2006 hasta enero 2007. Mediciones principales: – Motivo de consulta, profesionales de la salud que intervienen, orientación diagnóstica del profesional hasta la consulta al centro de referencia. – Intervalos de tiempo transcurridos desde la detección de la lesión hasta la biopsia.

**Resultados.** – Fenotipos más afectados: II-III. – Consulta inicial en el 75% de los casos: propia iniciativa del paciente o recomendado por familiar. –

Tiempo entre la detección de la lesión cutánea y biopsia: promedio de siete meses. Entre la primera visita y biopsia: tres meses.

**Conclusión.** – El tiempo de tratamiento del tumor es factor decisivo en el pronóstico del paciente. – Los intervalos transcurridos entre la detección de los signos de alarma y la intervención médica son más largos de lo que serían convenientes para reducir la mortalidad del melanoma. – Actuaciones que pueden favorecer la disminución de este intervalo: – Incrementar capacidad de detección de los signos de alarma en la población. – Incrementar capacidad de detección de lesiones sospechosas en Atención primaria. – Potenciar coordinación entre niveles asistenciales.

#### PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ESTEATOSIS HEPÁTICA NO ALCOHÓLICA EN POBLACIÓN ADULTA APARENTEMENTE SANA EN ATENCIÓN PRIMARIA

*M. Auladell Llorens, L. Caballería Rovira, P. Torán Monserrat, D. Miranda Badía, J. Casas Curto y A. Alumà Trullas*

EAP de Premià de Mar, Unidad de Soporte a la Investigación Barcelonès Nord y Maresme. Premià de Mar (Barcelona). Cataluña.  
Correo electrónico: lcaballeria.bnm.ics@gencat.net

**Objetivos.** Conocer la prevalencia y factores asociados a la presencia de esteatosis hepática no alcohólica (EHNA) y evaluar la presencia del síndrome metabólico (SM) y el riesgo de padecer EHNA.

**Material y métodos.** Estudio transversal, descriptivo, multicéntrico y de base poblacional. Individuos entre 15 y 80 años escogidos de forma aleatoria procedentes de todos los centros de atención primaria del Barcelonès Nord y Maresme. A todos los casos se les practicó una anamnesis, exploración física, analítica completa y una ecografía hepática. Se excluyeron los casos con un consumo de riesgo de alcohol y los casos con una enfermedad hepática conocida.

**Resultados.** 775 individuos con una edad media  $53 \pm 14$  años entre 17 y 80 años. 58,0% mujeres y 42,0% hombres. 200 presentan EHNA (prevalencia 25,8%), 32,6% en los hombres y 20,8% en las mujeres ( $p < 0,001$ ). Los factores de riesgo asociados son obesidad 27,6%, diabetes 18,1%, HTA 19,8%, triglicéridos ( $> 150$ ) 22,8% y SM 15,7%. La prevalencia de EHNA en la obesidad según el IMC ( $< 25$ ,  $25-30$ ,  $> 30$ ) es de 9,6%, 27,6% y 47,8% respectivamente ( $p < 0,001$ ), y en el síndrome metabólico es de 33,1% ( $p < 0,001$ ). Las variables significativas en el análisis multivariado mediante la regresión logística son el SM (OR: 5,33, IC95%: 3,27-8,69) y el sexo masculino (OR: 1,98, IC95%: 1,33-2,95).

**Conclusión.** La EHNA es muy prevalente en la población general. Los factores de riesgo más frecuentemente asociados son la obesidad, la diabetes, la hipertrigliceridemia, la hipertensión arterial y el SM. La EHNA parece que está fuertemente asociada con el SM.

#### EL DÍA A DÍA DE LA FIBROMIALGIA

*P. Badia Millán, V. Gallego Dueñas, M. Lasala Moreno, A. Aguilar Margalejo, M. Monclús González y M. Llano Izquierdo*

ABS Florida Sud. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña.  
Correo electrónico: miriamllano@hotmail.com

**Objetivos.** Valorar el impacto de la fibromialgia en la vida diaria. Describir tratamientos e incapacidades laborales.

**Material y métodos.** Ámbito: Centro de Salud Urbano. Diseño: encuesta administrada por profesional sanitario. Sujetos: pacientes diagnosticados de fibromialgia. Citación telefónica. Medidas: filiación, cuestionario de impacto (CIF), tratamientos, bajas laborales.

**Resultados.** N: 101. Mujeres 96%. Edad media 57. Estudios primarios: 75%. 50% cuidadoras habituales (progenitores y/o nietos). 75% siempre/casi siempre había realizado las actividades domésticas básicas, pero sólo 50% podían caminar varias manzanas, visitar amigos/parientes o subir escaleras siempre/casi siempre. 10% nunca. 1,3 días se sintieron bien la semana previa al cuestionario, pero sólo abandonaron su actividad 1,4 días. Intensidad de la clínica (1: mínima-10: máxima). -Dificultad para trabajar: 6,8, IC 95%:(6,45-7,21). -Dolor: 7,3 (6,98-7,70). -Cansancio: 7,6 (7,31-7,97). -Cansancio al levantarse: 7,5 (7,21-7,97). -Rigidez: 6,7 (6,15-7,09). -Ansiedad: 7 (6,67-7,51). -Depresión: 6,6 (6,21-7,17). -Un cuarto puntuó > 9. Puntuación global test: 61/100. Afectación moderada. Tratamiento: 25% > 3 analgésicos (64% AINE, 68% paracetamol). 70% toma psicofármacos (67% benzodiacepinas, 28% ISRS, 12,6% antidepresivos tricíclicos). 43 pacientes puntuaron > 8 en depresión, La mitad to-

maba antidepresivos (90% ISRS), 37% sólo benzodiacepinas, sin tratamiento 11%. 52% practica ejercicio, 4 veces/semana. Resultado del test: no hay diferencias significativas entre el grupo que realiza ejercicio del que no. 40% ha utilizado alguna vez medicinas alternativas (acupuntura 58%, quiropraxia 49%). 60% considera ineficaz su tratamiento. Un tercio ha estado alguna vez de baja, la mitad < de dos semanas. 40% solicitó la incapacidad permanente. Concedida a la mitad, con comorbilidad asociada.

**Conclusión.** -Mantenimiento de las actividades diarias, a pesar de la importante afectación clínica referida. -Alta percepción de enfermedad. -Elevado consumo de analgésicos y psicofármacos, pero con escasa eficacia. -Elevada solicitud de incapacidades permanentes.

#### UTILIDAD UN CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO, EL REFLUX DISEASE QUESTIONNAIRE, EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

*E. Rey, J. Zapardiel, M. Muñoz y E. Sobreviela*

Servicio de Gastroenterología del Hospital Clínico San Carlos; Medical Department Astrazeneca, Quintiles Iberia Spain en representación de médicos de AP participantes en Estudio Sympathy. Madrid. Comunidad de Madrid.  
Correo electrónico: javier.zapardiel@astrazeneca.com

**Objetivos.** El diagnóstico de la ERGE en AP está basado en los síntomas y según la reciente definición de Montreal, es el paciente quien define cuando los síntomas son molestos. Evaluamos la utilidad en AP del cuestionario RDQ para el diagnóstico de la ERGE basado en la presencia de síntomas molestos.

**Material y métodos.** Estudio multicéntrico, transversal realizado en centros de AP de España. Los sujetos incluidos tenían síntomas típicos de ERGE y dieron su consentimiento a participar y completar 4 cuestionarios auto-administrados. Los pacientes autodefinieron los síntomas como molestos o no y recogieron la frecuencia e intensidad de los síntomas con el cuestionario RDQ. Los médicos recogieron datos epidemiológicos, de diagnóstico y tratamiento. Mediante un análisis ROC, calcularon el AUC, sensibilidad y especificidad y se determinó el punto de corte óptimo para identificar ERGE según la presencia de síntomas molestos.

**Resultados.** Se incluyeron 4.574 pacientes. El análisis ROC mostró un AUC de 0,76 y un punto de corte de 3,02 (sensibilidad: 66,5%; especificidad 72,2%). No se observaron diferencias entre tratados (AUC 0,74 y cut-off 3,06; sensibilidad: 65,4% especificidad 71,8%) y no tratados (AUC de 0,76 y cut-off 3,02; sensibilidad: 63,2%; especificidad 80,2%).

**Conclusión.** Una puntuación superior a 3 en el RDQ muestra una buena sensibilidad y especificidad para discriminar pacientes con síntomas molestos tanto en pacientes que han recibido tratamiento como en pacientes no tratados. El cuestionario RDQ es útil en AP para el diagnóstico basado en los síntomas y centrado en el paciente.

Financiado por ASTRAZENECA.

## Sesión Mejores comunicaciones orales

**Viernes, 21 de noviembre. 15.30-17.00 h**

**Zona izquierda. Planta 2. Sala Roma**