

PÓSTERS

Viernes 20 de noviembre

Sesión 1

Jueves, 20 de noviembre. 09.00-10.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Riesgo cardiovascular

P1.01 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR: ESTUDIO DE 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO EN POBLACIÓN NO DIABÉTICA

M. Vernet Vernet, M. Sender Palacios, M. Martínez Ortega, J. Calpe Mayayo, G. Osuna Marzal y P. Larrosa Sáez

CAP Terrassa Nord, Consorcio sanitario de Terrassa (Barcelona). Cataluña. Correo electrónico: 12646mvv@comb.es

Objetivos. Valorar los diferentes factores de riesgo cardiovascular (FRCV) de una población no diabética conocida, la relación de éstos con la resistencia a la insulina (RI) y la función de la célula beta pancreática (FBP) y seguir su evolución durante 5 años.

Material y métodos. Estudio casos-control anidado desarrollado en dos fases: la de identificación y caracterización de la cohorte a estudio y la de seguimiento. En el seguimiento se seleccionó el grupo de casos (población con insulinemia basal (IB) $> 13,6$ mU/ml) y el de controles (obtenido del resto de población, seleccionando dos personas de este grupo por cada persona del anterior). Cálculo de la RI y de la FBP mediante el programa matemático HOMA. Población: muestra de población no diabética (40-75 años) atendida en un Centro de Salud urbano.

Resultados. Fase de identificación: 326 personas (55 ± 11 años; 51% mujeres). FRCV: 32,5% dislipemia, 28,8% tabaquismo, 28,2% obesidad y 24,8% hipertensión arterial (HTA). Número de FRCV: 37,7% presentaba uno, 21,5% dos, 10,1% tres y 2,1% cuatro. Relación significativa entre el número de FRCV y la RI. Mayor RI en HTA, obesidad, dislipemia y glucosa basal alterada (GBA). Menor FBP en dislipemia y GBA.

Fase de seguimiento: 121 personas. Aumento significativo en la proporción de dislipemia y GBA. Estabilidad en la proporción de tabaquismo.

Conclusión. Los pacientes con HTA, dislipemia, obesidad tenían una mayor RI. La RI se asoció a un mayor número de FRCV. A los cinco años de seguimiento aumentó la proporción de dislipemia y GBA y no se modificó la proporción de fumadores activos.

P1.02 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

A. Encinas Piñol, F. Nicolás Sánchez, M. González Santiveri, R. Sarrat Nuevo, E. Peñascal Pujol y J. Pujol Salud

CAP Bordeta-Magraners. Lleida. Cataluña. Correo electrónico: aencinas@comill.cat

Objetivos de la experiencia. Formación continuada.

Descripción de la experiencia. Paciente de 33 años, sin antecedentes de interés. Presentó de forma brusca cefalea cérvico-occipital que coincidió con un esfuerzo, acompañado de inestabilidad, náuseas y vómitos. En la exploración física, la auscultación cardiopulmonar fue normal. Abdominal normal. La puntuación en la escala de Glasgow fue de 15, tenía rigidez nuca leve, y el resto fue normal. De las pruebas complementarias realizadas la radiografía de tórax fue normal, la TAC craneal no evidenció

patología, y la RMN cervical también era normal y la arteriografía cerebral fue normal. El estudio del líquido cefalorraquídeo mostró un aspecto xantocrómico, los hematies eran $10/\text{mm}^3$, los leucocitos $10/\text{mm}^3$, la glucosa de 70 mg/dl , y las proteínas totales fueron de $0,8 \text{ g/l}$.

Conclusiones. La HSA por rotura de un aneurisma es una causa de muerte prematura, la mayor parte entre los 40 y 60 años de edad. En un 50-70% de los casos el paciente refiere antecedentes de cefalea de perfil vascular. La rigidez de nuca no aparece en todos los casos y su ausencia no excluye el diagnóstico. El dolor y la rigidez de nuca son debidos al vaso-espasmo que produce la presencia de sangre en el espacio subaracnoideo. La TAC es de elección en los pacientes con HSA, pero en 2-5% de pacientes la TAC puede ser falsamente negativa. Una primera arteriografía no descubre el punto de sangrado en el 15-25% de casos, y una segunda arteriografía puede evidenciar un aneurisma en un 1-2% de pacientes. La punción lumbar está indicada cuando la TAC es normal.

P1.03 USO DE FITOTERAPIA ENTRE LOS PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

I. Moreno Hernández, S. Canut Caverio, J. Sanahuja i Juncadella, E. Ribas Gelada, I. Larranaga Ugarte mendía y M. Rivodigo Rodríguez
ABS Vilassar de Dalt-Cabril. Vilassar de Dalt (Barcelona). Cataluña. Correo electrónico: imorenoh.bnsm.ics@gencat.net

Objetivos. 1. Prevalencia del uso de fitoterapia (FT) en pacientes con factores de riesgo cardiovascular (hipertensos [HTA], dislipémicos [DL], diabéticos [DM]). 2. Tipo de FT. 3. Concomitancia tratamiento médico habitual y FT.

Pacientes y métodos. Estudio descriptivo de pacientes HTA y/o, DL y/o DM que acuden a consulta durante junio del 2007. Se atiende la demanda y se pasa cuestionario con las variables: edad, sexo, problema salud (HTA, DL, DM), tratamiento médico, toma de FT, quién recomienda, tipo de FT, concomitancia de dos medicaciones, comunicación al sanitario, abandono del tratamiento médico.

Resultados. 119 participantes, 60% mujeres ($n = 71$). Los problemas de salud: HTA 45,4%, DL 9,2%, DM 5%, HTA/DM 10,9%, HTA/DL 20%. El tratamiento médico es: IECA 20%, Beta bloqueantes 13,4%, diuréticos 15%, ARA II 6%, metformina 43% y estatinas 81%. El 36% ($n = 43/119$) toman FT siendo habitual en el 77% de ellos ($n = 33/43$). Lo recomienda: un conocido en el 13%, herbolario en el 4%, homeópata 2% y ellos mismos en el 6%. El tipo de FT: olivo 9%, cola de caballo 16%, yogur 26%, soja 9%, valeriana 7%, tila, manzanilla, paleo 19%. Hay concomitancia de medicaciones en el 84% ($n = 36/43$) y el 56% no lo comunican al sanitario. Un 4,6% ha abandonado su tratamiento médico.

Conclusión. El 36% de pacientes toman FT siendo diuréticos en el 25%. Hay concomitancia en el 84% y no nos lo comunican en el 56%.

P1.04 HIPERTENSIÓN EN PACIENTES MUY ENVEJECIDOS: PREVALENCIA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y CONTROL: ESTUDIO TRANSVERSAL DE BASE POBLACIONAL EN UN MUNICIPIO

F. López Simarro, A. Aguado Jodar, S. Miravet Jiménez, P. Oriol Torón, M. Fuentes Leiva y T. Badia Farré

ABS Martorell, ICS. CAP Sagrada Familia, Consorci Sanitari Integral. Martorell. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: alba.aguado@sanitatintegral.org

Objetivos. Prevalencia de hipertensión en mayores de 80 años, proporción de diagnóstico, tratamiento, control, y variables asociadas a buen control. Secundarios: prevalencia hipotensión ortostática y presión del pulso alterada.

Material y métodos. Estudio transversal, poblacional, en municipio urbano. A partir del padrón, por muestreo aleatorio simple se incluyeron 323 sujetos (proporción anticipada 0,7, precisión 0,05, IC 95%). Pacientes randomizados: 447 (48 eran excesos, 35 declinaron, 39 no localizados, 2 demencia extrema). Criterios inclusión: mayores de 80 años, incluidos en padrón que dieron consentimiento. Exclusión: dificultad extrema movilidad, demencia que impida toma PA, pacientes terminales. Variables: demográficas, presión arterial diagnóstica y control (tomas según guías hipertensión), diagnóstico, tratamiento, factores riesgo cardiovascular. Obtención datos: en domicilio o residencia. Estadística descriptiva y regresión logística.

Resultados. Mujeres: 62,5%, edad media 84,9 (DE: 3,6), en domicilio: 91,6%. Hipertensión: 72,8% (IC95%: 69,5-76,6%), el 93% estaba diagnosticado, de estos 96,3% (93,65-97,9%) tenía antihipertensivo y un 30,7% (25,8-36,1%) menos de 140/90 mmHg. El 43% tenía un antihipertensivo, el 39,5% 2. Variables explicativas asociadas a buen control: diurético prescrito OR: 0,31 (IC95%: 0,14-0,66), cardiopatía isquémica OR: 0,21 (IC95%: 0,1-0,47). Alteración presión pulso: 65% (IC95%: 60,5-69,3%). Hipotensión ortostática: 9,6% (IC95%: 7,2-12,6%).

Conclusión. La prevalencia de hipertensión en mayores de 80 años oscila entre 69 a 77%. La mayoría están diagnosticados, con antihipertensivos y un tercio con cifras < 140/90 mmHg. Los pacientes con cardiopatía isquémica y con diurético tienen mejor control. Un 10% presenta hipotensión ortostática y dos tercios presión del pulso alterada.

P1.05 ¿CONSEGUIMOS CONTROLAR EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DOBLE DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 E HIPERTENSIÓN ARTERIAL?

S. Montesinos Sanz, E. Fernández Valdivieso, V. Pérez Martín, L. Orteu Domínguez, M. de Miguel Peláez y N. Millán Moreno

ABS-5 y ABS-2 de Sta. Coloma de Gramanet. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: susannix2002@yahoo.com

Objetivo. Analizar el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e hipertensión arterial (HTA).

Pacientes y métodos. Diseño: estudio descriptivo transversal. Ámbito de estudio: 2 ABS urbanas. Sujetos: muestra aleatoria sistemática de 262 pacientes diagnosticados de DM2 y de HTA en la historia clínica informatizada. Medidas e intervenciones: registramos edad, sexo, tabaquismo, historia de enfermedad cardiovascular, Índice de masa corporal (IMC), colesterol total, HDL y LDL, Triglicéridos (TG), HbA1c, Aclaramiento de creatinina (Ccr) y grado de control óptimo (presión arterial < 130/80 mmHg más glucemia < 100 mg/dl más LDL < 100 mg/dl e IMC < 25).

Resultados. 51,7% hombres, edad media 69 ± 11 años. Tabaquismo: 10% y no registrado: 19%. Historia enfermedad cardiovascular: 25%. HbA1c < 7: 65%; Ccr > 60 ml/min: 78,5%; colesterol total < 200 mg/dl: 48%; TG < 150 mg/dl: 58,6%; HDL > 40 mg/dl: 81,6%. Control óptimo correcto sólo el 3,4%, de los cuales, glucemia > 100 mg/dl: 90%; LDL > 100 mg/dl: 76%; IMC > 25 64% y presión arterial > 130/80 mmHg: 61%.

Conclusión. Objetivamos un escaso control de los factores de riesgo modificables, principalmente por mal control glucémico, dislipémico, peso y presión arterial. Es importante ofrecer una atención integral del riesgo cardiovascular en estos pacientes con alta comorbilidad, ya que la DM2 es una enfermedad crónica que incrementa por sí el riesgo cardiovascular y está demostrado que con un buen control glucémico y de los otros factores de riesgo cardiovasculares, podemos conseguir un retraso en la aparición de complicaciones cardiovasculares.

P1.06 OBESIDAD: CONCORDANCIA ENTRE EL PESO REAL Y EL QUE DECLARAN EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

C. Velarde Mayol, B. de la Hoz García, A. de Pablos Heredero, A. San José Rodríguez, J. Rodríguez Sanz y M. Requero Egido

CS de Segovia I, II y III. Segovia. Castilla y León. Correo electrónico: cvelardemayol@yahoo.es

Objetivos. La obesidad es un factor agravante y de riesgo cardiovascular. Muchos pacientes no saben que tienen sobrepeso u obesidad. Es frecuente que los obesos tiendan a infraestimar su peso. Objetivo: Analizar la concordancia entre el peso declarado por la población y el obtenido en consulta con aparatos estandarizados, mediante el índice de masa corporal (IMC). Objetivo 2: cuántos obesos padecen actualmente enfermedades cardiovasculares.

Material y métodos. Estudio analítico observacional. Población > 50 años de los 3 centros de salud urbanos. Muestra: 2 consultas/centro. Periodo: febrero-abril/2008. Variables: sociosanitarias, peso actual e IMC. ESTADÍSTICA: descriptiva con su intervalo de confianza 95% [IC95%] analítica: Ji-cuadrado, ANOVA, Correlación de Pearson, Significativo (ES); p < 0,05. Para medir la validez de la entrevista en obesos: sensibilidad y especificidad. Patrón de oro: IMC ≥ 30.

Resultados. Total 864. Edad media 69,9 DE = 10,3. Mujeres 64,8% [IC95% = 61,6-67,9]. Correlación entre peso declarado y real = 0,97 ($r^2 = 0,95$), no diferencia ES entre obesos y no-obesos. Infraestiman su peso: media 4,8 Kg DE = 2,7; no-obesos 31,6% [IC95%: 27,8-35,4], obesos 55,5% [IC95%: 51,0-60,0] diferencia ES p < 0,0001 pero sin diferencia ES por edad y sexo. Validez de la entrevista: sensibilidad = 44% especificidad = 88% El 32,8% [IC95%: 28,5-37,0] de los obesos presentan entre 2-4 enfermedades cardiovasculares frente al 23,6% [IC95%: 20,9-26,3] de los no-obesos, diferencia ES p < 0,001.

Conclusión. 1-Aunque la correlación es buena, más de la mitad de los obesos infraestiman su peso real en casi 5 Kg. 2-La validez de la entrevista es insuficiente para captar a obesos reales ya que su sensibilidad fue baja. 3-Casi la tercera parte de los obesos padecían entre 2-4 enfermedades cardiovasculares. 4-Buscar activamente la obesidad es eficaz y rentable a nivel cardiovascular.

P1.07 GANANCIA DE PESO EN LA VIDA ADULTA

C. Velarde Mayol, B. de la Hoz García, A. de Pablos Heredero, A. San José Rodríguez, J. Rodríguez Sanz y M. Requero Egido

CS de Segovia I, II y III. Segovia. Castilla y León.

Correo electrónico: cvelardemayol@yahoo.es

Objetivos. La ganancia de peso en la vida adulta es un hecho habitual, pero apenas percibido por la población. Los factores que condicionan su aparición, es una información bastante desconocida. Objetivo: analizar la ganancia de peso desde los 18 años hasta la actualidad, identificando el momento de máxima ganancia y sus factores condicionantes.

Material y métodos. Estudio analítico observacional. Población > 50 años de los 3 centros de salud urbanos. Muestra: 2 consultas/centro. Periodo: febrero-abril/2008. Encuesta ad-hoc de obesidad. Variables: sociosanitarias, peso: a los 18 años, máximo, actual e índice de masa corporal (IMC), causas de ganancia. ESTADÍSTICA: descriptiva con intervalo de confianza 95% [IC95%] analítica: ji-cuadrado, McNemar, t Student de medidas intrasujeto, significativo p < 0,05.

Resultados. Total 864. Edad media 69,9 DE = 10,3. Mujeres 64,8% [IC95% = 61,6-67,9]. El 91,0% [IC95% = 88,2-93,8] aumentaron su peso desde los 18 años. Ganancia media 2,8 Kg/década. No diferencia ES por sexos. Hombres, edad media de peso máximo 57,7 años (DE = 16,1), mujeres 54,5 (DE = 15,0). Sobre peso: hombres 54,5% [IC95% = 48,9-60,1], mujeres 42,9% [IC95% = 38,8-47,0], diferencia ES p < 0,0008. Obesidad: hombres 29,4% [IC95% = 24,3-34,5], mujeres 34,7% [IC95% = 30,8-38,6], diferencia no ES. Causas principales: alimentación (27,0%), inactividad (25,8%), progresiva (7,7%), familiar (5,6%), cese de fumar (2,7%). Periodos de máxima ganancia: menopausia, jubilación, embarazos.

Conclusión. 1-Perfil: mujer de 70 años con sobrepeso adquirido fundamentalmente en la menopausia. 2-El pico máximo se sitúa alrededor de los 55 años. 3-La mayoría de la población aumenta su peso a ritmo de 2,8 Kg/década. 4-Aproximadamente un tercio de la población tiene obesidad a la edad media de 70 años. 5-Es importante identificar las épocas de mayor riesgo (menopausia y jubilación) para realizar actividades preventivas.

P1.08 PRESCRIPCIÓN DE ANTIINFLAMATORIOS EN PACIENTES ANTIAGREGADOS CON ASPIRINA: ¿DEBERÍAMOS SER MÁS SELECTIVOS?

R. Soraluce Acebo, A. Timón Schipolt, P. González Zambrano, M. Ponce de León Roca, C. Asenjo Vázquez y E. Pérez Cano

EAP Martí i Julià. Cornellà de Llobregat (Barcelona). Cataluña. Correo electrónico: casenjo.cp.ics@gencat.net

Objetivos. Analizar la prescripción de antinflamatorios no esteroideos (AINEs) sistémicos en pacientes antiagregados con aspirina.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo. ABS urbana con 32.000 pacientes. Se incluyen 412 pacientes antiagregados con aspirina. Se revisan las historias informatizadas de los pacientes en tratamiento antiagregante con aspirina y se recogen: edad, sexo, indicación y dosis de aspirina, prescripción de AINEs en un año con principio activo, número de envases/año y patologías tratadas.

Resultados. El 52,7% son hombres y el 74,8% \geq 65 años (43% \geq 75 años). Con enfermedad aterotrombótica el 59,8% (32,7% coronaria) y 100 mg/d de aspirina el 45,1%. Se prescribe ibuprofeno, de 1-8 envases/año, en el 19,2% (22,6% infección, 55,1% patología osteomuscular aguda-OMAG y 28,9% osteomuscular crónica-OMCR-); diclofenaco, de 1-8 envases/año, en el 16% (3% infección, 56,7% OMAG y 29,9% OMCR), aceclofenaco en el 3,2% (46,2% OMAG y 53,8% OMCR); dexketoprofeno en el 2,7% (54,5% OMAG y 36,4% OMCR) y naproxeno en el 1,5% (83,35 OMAG). Distribuidos AINES por principio activo: 42% ibuprofeno, 35,6% diclofenaco, 6,9% aceclofenaco, 5,8% dexketoprofeno y 3,2% naproxeno.

Conclusión. No sorprende ni el porcentaje ni la indicación de los anitiflagramios dada la edad de los pacientes antiagregados con aspirina; pero, presentando ya en su mayoría enfermedad aterotrombótica y habiéndose descrito un riesgo cardiovascular y aterotrombótico asociado a varios AINES, éste porcentaje resulta excesivo. El porcentaje de ibuprofeno+diclofenaco+naproxeno $>$ 75% está acorde al objetivo de calidad de prescripción de AINES, aunque en éstos pacientes deberíamos decantarnos por el naproxeno, el AINE que, hoy por hoy, ha demostrado un menor riesgo aterotrombótico.

P1.09 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS BÁSALAS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 INCLUIDOS EN LA COHORTE DEL ESTUDIO ESD-2

M. Salinero Fort, J. Abánades Herranz, F. Arrieta Blanco, C. Martín Madrazo y E. Carrillo de Santa Pau

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. Describir las características clínicas basales de la cohorte del estudio ESD-2.

Material y métodos. Tipo de estudio: Cohorte prospectiva. Ámbito: 51 centros de salud con 134 profesionales de una Comunidad Autónoma. Población: 3268 pacientes que han firmado el consentimiento informado. Mediciones: variables sociodemográficas, pronósticas, biológicas/bioquímicas, comorbilidad, relativas a procesos asistenciales y terapéuticas.

Resultados. Edad 68 \pm 12 años; Hombres 50,3%; Evolución DM2 8 \pm 7,5 años; Antecedentes familiares diabetes 42,1%; Antecedentes familiares cardiovasculares 35,9%. IMC 30,19 Kg/m²; perímetro cintura 102,1 cm \pm 13,1; perímetro cadera 106,9 cm \pm 12,6; TAS 131,7 mmHg \pm 14,5; TAD 76,1 mmHg \pm 9. HTA 70,4%; Obesidad 48,4%; ANGÓR 8,6%; IAM 7,4; Insuficiencia cardíaca 6,3%; Enfermedad cerebrovascular 7,2% (ACVA 49,5%, TIA 50,5%); Revascularización cardíaca 4,5%; Revascularización periférica 1,1%; Revascularización tronco supraórtico 0,9%; Arteriopatía periférica 5%; Amputaciones 0,8%. Neuropatía 5,3%; Retinopatía 8,1%; Nefropatía 8,6%; Insuficiencia renal 5,9%; Pie diabético 9,9%; Disfunción eréctil (DE) 26,4%. Hipertrigliceridemia 27,8%; Hipopercolesterolemia 56,4%; Síndrome metabólico 27,1%; Hipoglucemias 8,6%; Cetoacidosis 0,7%; Episodios hiperosmolares 1,3%. Glucosa plasmática 143,1 mg/dl \pm 40,8; Glucosa plasmática < 110 mg/dl 16,1%; HbAc1 7,03% \pm 1,27, HbAc1 < 7% 55,1%; LDL-colesterol 115,3 mg/dl \pm 31,9, LDL < 100 mg/dl 32,4%. Procesos asistenciales: consejo dietético 99,1%; electrocardiograma 90,6%; fondo de ojo 77,2%; exploración pulsos periféricos 86,8%; exploración sensibilidad 77,9%; Exploración ROT 68,3%; Exploración de pies 88,1%; consejo alcohol/tabaco 87,8%. Tratamiento: dieta 22,8%; ADO 55,4% (metformina 77,5%; glibenclamida 19,4%; glicazida 16,7%); insulina 7,7%; ADO+insulina 11%; otros 3,1%; antiagregantes 44,8%. Adherencia ejercicio 62,1%; adherencia ADO 95%; adherencia insulina 92,9%; adherencia ADO+Insulina 96,7%; adherencia dieta 71,9%.

Conclusión. Una elevada proporción de pacientes tienen aceptable control metabólico y reciben antiagregantes. Se utiliza el ADO de elección según

las guías. La proporción de pacientes con DE es similar a otros estudios.

P1.10 VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTESORALES

J. Bernad Suárez, C. Viñes, A. Vázquez, J. Gerhard, C. Santamaría y L. Bernad Marín

CAP Dr. Masriera. Vilassar de Mar (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: jesusbernadsuarez@camfic.org

Objetivos. Conocer el grado de satisfacción del usuario en tratamiento con anticoagulantes orales (TAO).

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal observacional. Centro de Salud semiurbano. Población asignada es 17.018. Población en TAO es 151. Criterio de selección: pacientes con más de nueve meses en TAO y con más de cuatro determinaciones INR en los últimos nueve meses. Se pasó en última semana de marzo y primera de abril test validado transculturalmente en el que se valoran 5 ítems: 1. técnica; 2. asistencia recibida; 3. proximidad del centro; 4. comparación con el centro anterior; 5. aportar sugerencias. Las respuestas se estratifican según escala tipo Likert (de 1 a 4).

Resultados. Población dentro de los requisitos = 51; Test recibidos = 29 (18 mujeres); con media de edad = 77,39, (DE = 7,61); y rango de 62-98. Valoraciones: 1. Técnica: media 2,89 (mujer = 2,82; hombre = 3). 2. Asistencia recibida: media 3,42 (mujer = 3,35; hombre = 3,55). 3. Proximidad: media 3,32 (mujer = 3,42; hombre = 3,18). 4. Comparación de centros: media 2,07 (mujer = 2,17; hombre = 1,91). 5. Sugerencias: en el 21,42% de las encuestas (29,5% mujeres; 9,1% hombres).

Conclusión. 1. La técnica utilizada es considerada como normal/buena. 2. La atención recibida es buena; es el ítem mejor valorado. 3. La proximidad al centro asistencial es un dato bien valorado. 4. No se valora el nuevo centro de control TAO como mejor que el anterior. 5. Los pacientes mujeres hacen significativamente más sugerencias que los varones. 6. Hay que seguir mejorando en la atención al usuario de TAO.

P1.11 IMPLICACIÓN DE LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA 061 EN LA ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS EN PACIENTES CON INFARTO CEREBRAL ATEROTROMBÓTICO. ESTUDIO RETROSPETIVO 2007

L. Martín Martín, B. Gutiérrez Blázquez, S. Torre Aguado, I. Martín Lesende, J. Lanza Gómez y N. Balbas Brígido

Servicio de Urgencias 061 de Cantabria, CS Cotoñino, Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, CS Gama. Castro-Urdiales, Santander. Cantabria.

Correo electrónico: luiscarlos650@hotmail.com

Objetivos. Describir los pacientes diagnosticados de infarto cerebral aterotrombótico, revisando sus características epidemiológicas y analizar la activación del código ictus (CI) por los médicos asistenciales de la Gerencia de AP 061.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de casos diagnosticados de infarto cerebral aterotrombótico y activación del CI durante el año 2007. Criterios de inclusión: edad < 80 años, inicio de síntomas de < 6 horas, detección de clínica neurológica mediante la Escala de Cincinnati e independencia funcional previa con escala de Rankin modificada < 2. Fueron excluidos pacientes intubados, con crisis epilépticas y tratamiento con anticoagulantes orales.

Resultados. Encontramos 109 pacientes. Edad media: 67 años. Sexo: 74 varones (67,9%) y 35 mujeres (32,1%). Comorbilidad: HTA: 75 casos, tabaquismo: 51, dislipemia: 38, DM: 32, cardiopatía: 31, ictus previos: 18, estenosis carotídea asintomática: 8 y obesidad: 7. Clínica inicial: afasia: 73 casos, déficit motor: 72, alteración de pares craneales: 67, déficit sensitivo: 31 y alteraciones cerebelosas: 15. Se activó el CI en 25 casos, 9 de ellos por el 061 (7 en domicilio y 2 en CS). Tiempo medio de demora extrahospitalaria: 103 minutos. Media inicial de la escala de NIHSS: 11. Se realizó reperfusión con fibrinolisis en Unidad de Ictus en 12 casos, mejorando parcialmente 5 y totalmente 2. Complicaciones: 2 casos de HIC y una transformación hemorrágica.

Conclusión. La HTA fue el principal factor de riesgo. Predominó clínicamente afasia y déficit motor. Aunque la implantación del CI ha disminuido el tiempo de demora extrahospitalaria, es necesario incrementar la educación sanitaria para detectar precozmente esta patología.

P1.12 ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE CONTROL DEL TRATAMIENTO DE ANTICOAGULACIÓN ORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

F. Beltrán Riquelme, M. Nieto Sánchez, V. Martínez Avilés, M. Vivancos Albertosa, J. Quintana Cerezal y H. Schwarz Chavarri

CS San Blas. Alicante. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: franjobelri@hotmail.com

Objetivos. 1. Evaluar el control de los resultados del TAO en un centro de salud (CS). 2. Valorar su adecuación en función del protocolo establecido.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo sobre pacientes que acudieron a control del TAO del 28/01/2008 al 6/02/2008. De un total de 581 pacientes, acudieron 178 durante dicha semana, de ellos 100 cumplían criterios de inclusión. Datos obtenidos del programa HYTEXP utilizado por el servicio de hematología del área y como referencia el protocolo de dicho servicio. Criterios de inclusión: > 18 años, TAO controlada en CS. Se excluyeron: controlados por hematología (prótesis, tratamiento combinado con heparinas), proceso intercurrente (cirugía, extracción dental), desplazados. Analizamos 6 visitas consecutivas previas de cada paciente, con INR, periodicidad, dosificación según protocolo.

Resultados. 52% hombres, 85% mayores de 65 años; diagnósticos más frecuentes: fibrilación auricular (71%), trombosis venosa profunda (9%) y tromboembolismo pulmonar (6%). De los 600 INR registrados un 52,5% cumplía rango terapéutico, 23,6% bajo y 23,8% alto. De los 500 intervalos de visitas, 75,6% se hicieron de acuerdo con el protocolo, 15,6% se citaron antes de lo indicado y 8,8% más tarde. Se cambió dosis correctamente en un 82,8% de los casos. En caso de bajo rango la adecuación de dosis falló el 17,4% de las veces, mientras que en caso de alto rango, el fallo fue de 12,2% siendo la diferencia estadísticamente significativa.

Conclusión. Aproximadamente la mitad de los controles realizados se encuentran fuera de rango. Los médicos de familia del centro se ajustaron al protocolo en más del 80% de las ocasiones.

Conclusión. - La intervención realizada ha comportado una modificación en el conocimiento sobre el preservativo y esto comporta una modificación en el hábito (mayor uso del preservativo). - Los conocimientos previos son adecuados.

P2.02 INCONTINENCIA URINARIA: LA GRAN DESCONOCIDA

M. Lerena Rivas, M. Litago Gil, M. Miguéliz Beaumont, M. Vélilla Arrieta y M. Villalón Hernández

CS de Estella. Estella. Navarra.
Correo electrónico: meliju@telefonica.net

Objetivos. Analizar el conocimiento que los Médicos de Atención Primaria (AP) tienen sobre la incontinencia urinaria (IU).

Material y métodos. Diseño: descriptivo transversal. Ámbito: Atención Primaria. Criterios de selección: selección aleatoria de 12 centros urbanos y 12 rurales (172). Responden al cuestionario 113 (65,6%). Variables y métodos: identificación (sexo, edad, ámbito rural o urbano), formación previa en IU, actuación en la consulta en diagnóstico, tratamiento, derivación, cura y alivio, tipos de IU, porcentaje de pacientes atendidos con IU, porcentaje de ancianos con IU.

Resultados. Se evalúan 113 cuestionarios (65,6%), en los que no hay diferencias por sexos, el 59,3% tiene entre 40 y 54 años, y el 71,7% de ámbito urbano. El 81,4% no ha realizado ningún curso de reciclaje, sólo el 13% conoce todos los tipos y el 31% conoce bien los ejercicios del suelo pélvico. Ante la cuestión de si preguntas en consulta sobre IU, el 5,3% lo hace siempre y el 22% con frecuencia, porcentaje muy bajo si tenemos en cuenta que la mayoría (89,3%) reconoce que tiene cura, que puede mejorar e incluso apuesta por el tratamiento en AP (70,6%).

Conclusión. A pesar de la prevalencia de la IU, en la actualidad no existe ningún protocolo de actuación en AP y existen dificultades no sólo por parte de los pacientes que aceptan la IU como algo normal por edad, cambios físicos en la mujer o por creer que no hay solución, sino también por los profesionales que carecen de la formación necesaria. Sólo el 17,7% afirman tener una formación específica.

P2.03 INFLUENCIA DE MEDIOS EN AUTOIMAGEN Y NUTRICIÓN DEL ADOLESCENTE

J. Medina Díaz, M. Ayala Maqueda y M. Rivera Linares

CS Ciudad Jardín. Almería. Andalucía.
Correo electrónico: pepe_medina78@hotmail.com

Objetivos de la experiencia. Obtener información sobre la influencia de los medios de comunicación en la alimentación y desórdenes nutricionales. Los estereotipos marcados por la moda y su gran influencia en los adolescentes hacen que nos planteemos el acercarnos a su medio para saber cómo lo viven.

Descripción de la experiencia. Se realiza una encuesta a 120 alumnos de 1º y 4º de ESO sobre hábitos alimentarios y autoimagen. Posteriormente realizamos las siguientes intervenciones: 1. Talleres de alimentación en los institutos de nuestra zona. 2. Desarrollamos una lluvia de ideas sobre alimentación, dieta mediterránea, índice de masa corporal y visión de su cuerpo. 3. realizamos presentación en PowerPoint de conceptos sobre lo anteriormente dicho. 4. Estimulamos el pensamiento crítico con comentarios de frases célebres relacionadas con nutrición y la salud, motivando la exposición de propuestas de mejora. Volvemos a realizar dicha encuesta tras nuestra intervención.

Conclusiones. Los adolescentes de nuestra zona no tienen claro cuál es la diferencia entre alimentación y nutrición. Un 73% de los encuestados cambiarían su imagen corporal. Un 97% de los encuestados no conocen el concepto de dieta mediterránea. Un 76% de los encuestados no desayuna en casa. Los adolescentes encuestados no dan importancia a la dieta mediterránea. Reconocen la influencia, de una dieta adecuada, en la salud pero no reconocen responsabilidad propia para adoptar hábitos saludables.

P2.04 LA COORDINACIÓN DE ENFERMERÍA, MEDICINA Y SERVICIOS SOCIALES ES PRIMORDIAL EN EL MALTRATO. REALIZACIÓN DE CIRCUITO MULTIDISCIPLINARIO

J. Bernad Suárez, M. Carol, M. Segura, A. Casas Benz, L. Bernad Marín y C. Santamaría Colomer

CAP Dr. Masriera. Vilassar de Mar (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: jesusbernadsuarez@camfic.org

Sesión 2

Jueves, 20 de noviembre. 09.00-10.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Mujer/niño/adolescente

P2.01 INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS Y ETS EN ADOLESCENTES EN NUESTRA POBLACIÓN

M. Coll Perona, N. Curós Bernet, A. Gordillo Lupión, E. Muñoz Mata, X. Planell García y C. Domènech Turà

ABS Badalona 4 y 5. Badalona (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: nuria-curos@hotmail.com

Objetivos. - Valorar conocimientos, hábitos y actitudes de las prácticas sexuales de la población de 4º de educación secundaria obligatoria (ESO) de dos áreas básicas de salud de Badalona. - Valorar cambios en conocimientos, hábitos y actitudes después de una intervención educativa.

Material y métodos. - Estudio de intervención comunitaria en estudiantes de 4º ESO de dos institutos de nuestra área de ámbito urbano. - Estudio incluido en el marco de la campaña educativa de salud del Ayuntamiento de Badalona conjuntamente con el ABS. - En una primera fase se puso un cuestionario con las preguntas referentes a sexualidad del estudio FRESC seguido de un taller educativo en el aula. Dos meses más tarde se repitió el mismo cuestionario para valorar el efecto de la intervención.

Resultados. - 77 alumnos (62,3% chicas) en el instituto de la Asunción (84% chicos) en Badalona-9. Edad media 15,5 años. - 41,3% de alumnos de la Asunción han mantenido relaciones sexuales con penetración y 76% de los de Badalona-9. - se observan diferencias significativas en el conocimiento de que el preservativo disminuye el placer después de la intervención ($p = 0,041$). - Aumento del uso del preservativo después de la intervención en el instituto Badalona-9 ($p = 0,047$).

Objetivos de la experiencia. 1. Inter-relacionar la asistencia sanitaria enfermería y medicina que ofrece nuestro centro de atención primaria (CAP) con los Servicios Sociales del Ayuntamiento (S.S.) y con las fuerzas de Policias local y autonómica, en relación a la atención a las víctimas de cualquier tipo de maltrato. 2. Aglutinar y coordinar los protocolos propios de los diversos estamentos implicados, en un plan general de atención al maltrato.

Descripción de la experiencia. - Centro: CAP semi-urbano. - Las actividades se realizan desde 2003 hasta la actualidad. - Participantes: pacientes con riesgo de sufrir maltrato; es decir, toda la población. - Realización de reuniones interdisciplinarias CAP/S.S. Ayuntamiento/ Policias. - Contraste de protocolos de cada estamento. - Elaboración de un circuito estable de reuniones entre todos las partes implicadas. - Elaboración de un programa integral y multidisciplinario de asistencia a la persona maltratada. - Elaboración de protocolo de asistencia urgente a las víctimas de maltrato. - Elaboración de un algoritmo de detección del riesgo de maltrato.

Conclusiones. - Con la coordinación de los diferentes servicios se agiliza la activación del plan de seguridad de la víctima. - Los informes al juzgado se hacen completos, con la información necesaria. - En nuestro CAP los informes de maltrato han mejorado y se contempla también el maltrato psíquico. - Ha aumentado la implicación y sensibilización de todos los profesionales. - El trabajo en equipo retroalimenta, favorece el aprendizaje y la formación continuada de los profesionales. - El programa es exportable a otros municipios.

P2.05 ESTUDIO SOBRE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN UN CENTRO DE SALUD

R. Bernal Bernal, M. Ruiz López, J. Jaén Olasolo, J. Gallardo Díaz, P. Chica Gallardo y C. Espejo Aller

CS Doctor Tolosa Latour, Hospital Universitario Puerta del Mar. Chipiona (Cádiz). Andalucía.

Correo electrónico: rober340@hotmail.com

Objetivos. Conocer las características sociodemográficas de las mujeres que deciden una IVE. Estudiar la reiteración en IVE.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 243 mujeres dependientes del Centro de Salud que optaron por IVE durante el periodo de 1994-2008.

Resultados. Edad media 26 años (IC 95%: 25-27). El 67% solteras, 21% casadas, 10% separadas y 2% viudas. Sin estudios (44%), sólo primarios (41%), 11% tenía estudios medios y 4% universitarias. En cuanto a su posición laboral: estudiantes 26%; empleadas por cuenta ajena 26%; desempleadas 10%; profesionales 2% y sus labores 36%. Se encontró una asociación entre nivel menor de estudios y desempleo; la mitad de mujeres sin estudios y el 27% con nivel primario se dedicaban a tareas domésticas. Los métodos anticonceptivos utilizados en los meses previos fueron: barrera (47%) y hormonales (12%), mientras que un 41% no empleaba ninguno. El 48% carecía de hijos, el 23% tenía uno, un 19% dos, el 6% tres, un 3% cuatro y un 1% cinco o más.

El 19% refería IVEs previas: 14% una, 4% dos y 1% tres. Los métodos anticonceptivos y las características sociales de las mujeres con reiteración de IVEs, no diferían de manera significativa de las de IVE única. Tampoco se apreciaba incremento con el número de hijos, aunque sí con la edad. Mayor incidencia por zonas con nivel socioeconómico medio-bajo. *Conclusión.* Predominio de mujeres solteras, sin hijos, con niveles bajos de empleo y estudios. Deficiente uso de métodos anticonceptivos. Se agrupan demográficamente en barrios socialmente deprimidos. Las políticas de planificación requieren reevaluarse.

P2.06 LOS PROFESIONALES SANITARIOS CONOCENOS EL CONCEPTO DE MENOR MADURO

C. Jiménez Marques, M. Grifoll Hernández, C. Llambrich Pozo, M. Bueno Domínguez, E. Vallejo García y F. Celma Moya

Comité de Bioética de Atención Primaria Grup Sagessa. Reus (Tarragona). Cataluña.

Correo electrónico: mgrifollh@comt.es

Objetivos de la experiencia. Intentar conocer por parte de los profesionales sanitarios el concepto de menor maduro, el punto de vista legal y de qué manera respetamos su confidencialidad teniendo en cuenta su capacidad.

Descripción de la experiencia. Con el fin de clarificar el concepto que teníamos los sanitarios de cuando un menor es maduro, el Comité de Bioética de Atención Primaria redactó una encuesta de opinión sobre el menor maduro a los profesionales, en la que se incluyeron datos epidemiológicos y nueve preguntas de respuesta múltiple para evaluar que conocimientos tenían nuestros sanitarios. Las preguntas se basan en conceptos de edad, capacidad, información, confidencialidad y situaciones que nos encontramos habitualmente. Total de encuestas: 60. Categorías profesionales: 37% médico/ca y 63% enfermero/ra. Sexo: 25% hombre y 75% mujer. Edad: el mayor número de profesionales se encuentra entre los 30-45 años. Religión: mayoría cristianos seguidos de los agnósticos. Un 13% no ha querido manifestarse. Hijos: 65% no tienen. Concepto del "menor maduro": El 68% piensan que conocen este concepto.

Conclusiones. Reforzar el concepto de mayoría de edad sanitaria, un 30% lo desconoce. Enfermería obtiene un 76% de respuestas acertadas, los médicos un 59%. Los profesionales sin hijos tienen más claro el concepto de menor maduro y cuál es la actuación más correcta. Respecto a las variables: edad, la diversidad de las franjas de edad no la hace comparable; religión, podemos señalar que los agnósticos y otras religiones responden que el menor tiene derecho a la información.

P2.07 ATENCIÓN A PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS, ¿TRATAMOS IGUAL A MUJERES Y HOMBRES?

R. Bordallo Aragón, R. Rodríguez Barrios, M. López Sánchez, N. Aceró Guasch, R. Cuenca del Moral y P. Vega Gutiérrez

CS El Palo. Málaga. Andalucía.

Correo electrónico: franciscam@supercable.es

Objetivos. Comparar la calidad en la atención clínica prestada a mujeres (M) y hombres (H) con patologías crónicas adscritas a un cupo, de forma longitudinal (años 2005-2007).

Material y métodos. Diseño: estudio longitudinal. Metodología Ciclo de Calidad de Palmer. Emplazamiento: Centro de Salud urbano. Cupo 2300 TAES. Sujetos: pacientes con diabetes mellitus (DM) (N 2005-2007 = 145-143-158), Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica (EPOC) (N = 46-41-51) o Riesgo Cardiovascular (RCV) (N = 316-353-412). Evaluación sobre total de pacientes excepto RCV en 2007: muestreo aleatorio sistemático (n = 89). Reemplazamiento de pacientes si pluripatología. Mediciones: criterios de calidad porcentajes de cumplimiento. Z comparación proporciones. Alfa 0,05.

Resultados. Resultados: (%H/%M) (años 2005-2006-2007): DM: 60/40; 60/40; 57/43. EPOC: 89/11; 90/10; 90/10. RCV: 60/40; 56/44; 54/46. % Cumplimiento criterios (H/M) (mediciones 2005-2006-2007): DM: HbA1C anual: 57/61; 68/75; 89/87; FO anual: 34/54; 40/33; 46/36; Exploración pies anual: 63/60; 70/78; 91/92. EPOC: Espirometría anual: 32/25; 40/25; 82/60; Fumadores activos: 51/50; 51/50; 37/66. Intervención antitabaco en fumadores: 55/50; 52/100; 82/100. RCV: Medición SCORE: 27/23; 29/37; 66/67. Hay mejora significativa en 2007 en la realización de HbA1C, espirometría y SCORE. No existen diferencias significativas por sexo.

Conclusión. Existe una mayor proporción de hombres que de mujeres en seguimiento. No se aprecian diferencias significativas de cumplimiento de criterios de calidad según el sexo.

P2.08 HÁBITOS NOCIVOS EN ADOLESCENTES. ESTUDIO FRESC

M. Boquet, L. Martínez, A. Gabriel, J. Bernad, R. Mas y C. Val

CAP Dr. Masriera. Vilassar de Mar (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: jesusbernadsuarez@camfic.org

Objetivos. Conocer las actitudes, percepciones y comportamiento de los adolescentes delante de los diferentes hábitos o conductas.

Material y métodos. -Estudio descriptivo realizado a alumnos de instituto (primer/segundo ciclo ESO y Bachillerato) de un municipio del Maresme (Barcelona). Muestra de 373 alumnos. 160 Primer ciclo; 128 Segundo ciclo; 85 Bachillerato). -CAP semi-urbano en población = 17.554 habitantes. -Cuestionario FRESC con 75 preguntas cerradas, validado para escuelas de Barcelona y Lleida.

Resultados. Tabaco: -Primer ciclo ESO: 52% no han fumado nunca; 21% no fuman habitualmente; 9% fuma diariamente. -Segundo ciclo ESO: 22% no han fumado nunca; 1% no fuman habitualmente; 17% fuma diariamente. -Bachillerato: 28% no han fumado nunca; 5% no fuman habi-

tualmente; 20% fuma diariamente. -Total: el 47% está de acuerdo en que el tabaco está de moda. Alcohol: -Segundo ciclo ESO: 22% no han bebido nunca; 20% lo probó a los 13 años; 27% lo probó a los 14 años. -Bachillerato: 8% no han bebido nunca; 26% lo probó a los 14 años. -Total: 68% cree que el alcohol hace las fiestas más divertidas. -Segundo ciclo ESO: 39,1% han tomado 3 o más consumiciones de alcohol. -Bachillerato: 67,1% han tomado 3 o más consumiciones de alcohol. El 55% han consumido whisky, ginebra o similares el último fin de semana. Cannabis: -51% ha consumido. El 16% se inició a los 14 años. 21% fuma esporádicamente; 15% fuma semanalmente.

Conclusión. La edad se inicio de consumo de tóxicos se sitúa en 14 años, tanto para tabaco, alcohol o cannabis. Hay un importante hábito tabáquico, que aumenta con la edad y llega al 20% en bachillerato. Fuerte creencia de que el tabaco está de moda. Los jóvenes que consumen alcohol suelen beber bebidas de alta graduación. También piensan que hace las fiestas más divertidas. El consumo semanal de porros llega al 15%.

P2.09 CONTROL DE EMBARAZO EN INMIGRANTES EN ATENCIÓN PRIMARIA. ZONA DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL

G. López Torres, A. Hernández Carmona, J. Novo Martín, A. Sáez Zafra, M. Rupérez Larrea y A. de los Ríos Álvarez

CS Cartuja (distrito Granada), CS Villacarrillo (distrito Jaén Nordeste), CS Cambil (distrito Jaén Sur). Granada. Andalucía.

Correo electrónico: ginelop@yahoo.es

Objetivos. Valoración cuantitativa de actividades dentro del proceso control de embarazo, parto y puerperio en mujeres inmigrantes, comparando con mujeres autóctonas.

Material y métodos. Estudio descriptivo de 86 embarazadas (40 inmigrantes y 46 españolas) del programa Embarazo durante el primer semestre 2007. Registramos: nacionalidad, edad, paridad, tabaquismo, edad gestacional (EG) al entrar en proceso, suplementos (yoduro/ácido fólico), patología detectadas, adecuación a la edad gestacional de los controles (CA-EG), analíticas (AAEG) y Ecografías (EAEG). Comparamos variables mediante test Chi- cuadrado, exacto de Fisher, y t de Student.

Resultados. Las 40 inmigrantes supusieron el 10% de las embarazadas. Nacionalidades: marroquíes: 13 (32,25%), rumanas: 9 (22,5%), senegalesas: 6 (15%), sirias: 4 (10%), sudamericanas: 3 (7,5%), europeas: 3 (7,5%), rusas: 2 (5%). Al comparar la edad media no se aprecian diferencias significativas. Tampoco hay diferencias en paridad, ni en tabaquismo. Las inmigrantes acuden significativamente más tarde al primer control ($p = 0,001$), toman menos suplementos ($p = 0,02$), tienen menos CAEG, ($p = 0,01$), menos AAEG ($p = 0,003$) y menos EAEG ($p = 0,004$). La morbilidad fetal resulta superior en inmigrantes ($p = 0,032$). No encontramos diferencias significativas para morbilidad materna.

Conclusión. Las inmigrantes embarazadas constituyen un colectivo de riesgo presentando dificultades traducidas en peores indicadores de captación, seguimiento y control de embarazo, independientemente de características demográficas (edad y paridad). Precisando mejorar la accesibilidad y el control de este sector en alza a los servicios sanitarios.

P2.10 EL MEDIO DE PROCEDENCIA COMO FACTOR DETERMINANTE DE LA EXTENSIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

A. López González y G. Díaz Grávalos

CS San Cristovo de Cea. Ourense. Galicia.

Correo electrónico: ana_lopez_gonza@hotmail.com

Objetivos. Comparar la extensión del cáncer de mama en el momento del diagnóstico en pacientes procedentes de medio urbano y rural para determinar si existen diferencias atribuibles al medio de procedencia.

Material y métodos. Diseño: transversal, descriptivo. Ámbito de realización: atención primaria. Criterios de selección: todos los casos de cáncer de mama en mujeres 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. Con una confianza de 95%, potencia de 99% e hipótesis bilateral, el tamaño necesario se estimó en 87 casos por grupo de procedencia. Variables y métodos de evaluación: se determinó edad, antecedentes familiares (AF), número de hijos, medio de procedencia (rural/urbano) y grado de extensión del tumor al diagnóstico cuantificándose a partir de la clasificación del American Joint Committee on Cancer, entre 1

(TisN0M0) y 7 (T0-4,N0-3,M1), obteniéndose una media de 3,3 (1,5). El análisis se realizó mediante comparación de medias y regresión multivariante, considerándose significativos valores de $p \leq 0,05$.

Resultados. Se analizaron 388 casos (212 rurales), con una media de edad de 63,9 (15,1) años. La media del grado de extensión en pacientes urbanas fue de 3,3 (1,6) y en rurales de 3,2 (1,6). La regresión lineal no mostró relación significativa con la procedencia ($t = 0,7$; $p = 0,9$).

Conclusión. No se encontraron diferencias significativas en la extensión tumoral del cáncer de mama en el momento del diagnóstico atribuibles al medio de procedencia.

P2.11 ESTUDIO DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

F. Ruiz Ruiz, A. Mateos Esteban, E. Cano Bernal, J. García Ortiz, C. Bitaubé Mata y D. Lopera Arroyo

CS San Benito. Jerez de la Frontera (Cádiz). Andalucía.

Correo electrónico: cararui@ono.com

Objetivos. Valorar la función sexual femenina y describir los factores relacionados.

Material y métodos. Diseño: Estudio descriptivo transversal, mediante administración de cuestionario validado del índice de función sexual femenina (IFSF) con 19 preguntas agrupadas en seis dominios (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor), auto-percepción del estado de salud (SF-12), y variables socioeconómicas, culturales y de estilo de vida. Análisis estadístico mediante ANOVA, Chi cuadrado, Kuskall Wallis y regresión logística binaria. Emplazamiento: atención primaria. Sujetos: se entrevistaron a 385 mujeres entre 18 y 59 años que quisieron participar de forma voluntaria en medio urbano. Encuesta entregada en sobre cerrado e introducida en urna de cartón.

Resultados. La edad media fue $34,1 \pm 10,5$ años. La sexualidad femenina logra su máxima expresión entre los 30-35 años (IFSF 29,5, intervalo de confianza [IC] del 95% 28,1-31,3). Los factores de riesgo para disfunción sexual son edad mayor de 45 años (odds ratio [OR] 4,1, IC 95% 2,3-6,9) y desempleo. La estabilidad de la pareja y el mayor nivel de educación disminuyen el riesgo (OR 0,55, IC 95% 0,24-0,79 y OR 0,57, IC 95% 0,33-0,95, respectivamente). No tener pareja estable fue factor de riesgo para la excitación, la lubricación, el orgasmo y la dispareunia. No para deseo y satisfacción.

Conclusión. El IFSF es un instrumento fácil de aplicar que permite evaluar la sexualidad en las diferentes etapas de la vida. El perfil de disfunción sexual consistió en mujer mayor de 45 años, sin pareja estable, desempleada y con baja percepción de su calidad de vida.

P2.12 DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN DE ACOSO ESCOLAR EN POBLACIÓN ESCOLAR (BULLYING) DE 6 A 18 AÑOS PERTENECIENTES A MISMA COMUNIDAD EDUCATIVA

M. Arroyo Hernández, A. Arias Senso y A. Barrientos Vida

Colegio Claret. Don Benito (Badajoz). Extremadura.

Correo electrónico: bullying.db@gmail.com

Objetivos de la experiencia. Desde 2006, profesionales educativos y sanitarios, realizamos Proyecto EpS financiado por Consejería Sanidad y Dependencia. Fenómeno con evidente impronta socioeducativa, y clara progresión psicosanitaria, planteándose abordaje epidemiológico multidisciplinar. **Objetivos:** -Formar al claustro, alumnado, PAS y AMPA en bullying. -Capacitar al profesorado para programar y realizar acciones preventivas. -Identificar causas, utilizando método investigación científica. -Desarrollar protocolos de detección e intervención.

Descripción de la experiencia. 1. Estudio epidemiológico descriptivo observacional directo para analizar realidad social del centro. (curso 2006-2007): utilizamos cuestionario PRECONCIMEI. Estudio epidemiológico descriptivo observacional directo para estimar prevalencia en población diana (curso 2007-2008): Utilizamos lista de chequeo MI VIDA EN LA ESCUELA. Ambos cuestionarios estandarizados y con validez externa. Recogida y explotación de datos supeditada a ley de protección de datos. 2. Actividades promoción: campañas internas con cartelería, boletines, teatro, tutorías; jornada regional sobre convivencia escolar. 3. Actividades formación: claustro, PAS, AMPA y alumnado, en mediación de conflictos. 4. Evaluación: trimestral, del cumplimiento de estándares de: Indicadores de estructura: dotación medios técnicos e informáticos, participación profesionales educativos, sanitarios y sociales,

enlace EAP y Hospital Área, grupo trabajo. Indicadores de proceso: actividades (nº reuniones grupo trabajo, nº alumnos encuestados, nº casos detectados documentados, nº alumnos que utilizan mecanismos detección, nº sesiones formativas, actividades promoción); ponentes (evaluados mediante encuestas de satisfacción).

Conclusiones. Consideramos que nuestra experiencia permite abordar multidisciplinariamente el acoso escolar (bullying).

P2.13 EDUCACIÓN PARA LA SALUD: TALLER DE MENOPAUSIA

M. Muñoz González, M. Pérez Unanua, N. Alert Flo, M. Azofra Saiz y C. de la Torre Sanz

CS Dr. Castroviejo. Madrid. Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: tMartinezg@yahoo.es

Objetivos de la experiencia. Promover conocimientos y hábitos saludables, con el fin de mejorar la calidad de vida de la mujer en esta etapa vital.

Descripción de la experiencia. Desarrollo grupal: La captación de pacientes se realiza de forma activa por parte de los profesionales sanitarios. La captación pasiva se realiza mediante carteles informativos colocados en el Centro de Salud. El taller se organiza en la sala de reuniones del Centro. Se elaboró un programa de 4 sesiones de 90 minutos de duración cada una de ellas, con una periodicidad semanal, durante 4 semanas consecutivas. En cada sesión se realiza una presentación teórica de los contenidos y se promueve la participación grupal a través de la exposición de creencias y vivencias personales. Los contenidos tratados fueron: 1ª sesión: generalidades del clíматero, tratamiento y controles de salud. 2ª sesión: Nutrición. 3ª sesión: Incontinencia urinaria, higiene postural y osteoporosis. 4ª sesión: Afectividad y sexualidad. Los resultados analizados corresponden al grupo desarrollado durante el mes de marzo de 2008.

Conclusiones. Participaron 17 mujeres entre 40 y 55 años. Se entregó un cuestionario autocumplimentado antes de comenzar el taller y al finalizar. La puntuación sobre los conocimientos acerca de la menopausia se incrementó respecto a la evaluación inicial en todas las mujeres. El grado de satisfacción obtenido al finalizar el grupo fue muy alto en el 80%, alto en el 15% y medio en el 5%. El interés general de las mujeres de mediana edad por conocer temas relacionados con la salud en general y con la menopausia en particular es cada vez mayor.

Sesión 3

Jueves, 20 de noviembre. 10.00-11.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Riesgo cardiovascular

P3.01 CÓDIGO ICTUS: EXPERIENCIA DE LOS DOS PRIMEROS AÑOS. UNA PERSPECTIVA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

J. Clua Espuny, E. Ibañez Ibáñez, J. Lucas Noll y A. Panisello Tafalla

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

Correo electrónico: jlclua@telefonica.net

Objetivos. Comparar los indicadores sintéticos básicos de una cohorte con un ictus agudo según se activara o no el código Ictus.

Material y métodos. Cohorte prospectiva < 80 años con un primer episodio de ictus entre 01/05/2006 a 31/04/2008, asignada a 8 áreas básicas de salud (ABS). Entre 132.239 personas, por detección informatizada de nuevos diagnósticos se incluyeron 305 pacientes, validados con los registros del CI y del hospital referente. Se investigó la activación del CI, si hubo trombólisis y los resultados en la dependencia mediante el índice de Barthel, la mortalidad y supervivencia en el primer trimestre post-episodio y a los 12 meses.

Resultados. Recibieron atención hospitalaria el 87,1% (N 326), realizándose TAC en el 78,51%, y activándose el CI en el 48,1% (n 180) intrahospitalariamente en el 76,1%. En el grupo activado, la edad media (68,8), el Barthel previo (98,2) y el ABS de procedencia mostraban diferencias significativas. Se realizó fibrinólisis en el 14,4% (n 26) con mor-

talidad y gran incapacidad significativamente inferiores al grupo de no-fibrinólisis (0,000). Las causas de no fibrinolisis fueron NIHSS < 4 (42,8%) e inicio del episodio > 3 h (22%). El Barthel a los 3 meses se correlaciona con la supervivencia al año. La mortalidad hospitalaria, a los 3 y a los 12 meses fue respectivamente 5,2%, 11,3% y 15,3%.

Conclusión. No hay una activación adecuada del CI extrahospitalariamente y podría haber un sesgo en la selección de casos tratados con fibrinolisis. Debería acortarse el proceso previo al tratamiento

P3.02 ¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LA RIGIDEZ ARTERIAL Y LAS PRESIONES ARTERIALES CLÍNICA Y AMBULATORIA Y EL PATRÓN CIRCADIANO?

L. González Elena, Á. García García, J. Parra Sánchez, L. García Ortiz, M. Gómez Marcos y J. Recio Rodríguez

Unidad de Investigación del CS La Alamedilla, Gerencia de Atención Primaria de Salamanca. Salamanca. Castilla y León.

Correo electrónico: gonzalena@terra.es

Objetivos. Analizar la relación entre la rigidez arterial medida a través de la velocidad de la onda de pulso carotídeo-femoral y las presiones arteriales clínica y ambulatoria y el patrón circadiano de la presión arterial.

Material y métodos. Diseño: descriptivo transversal. Ámbito: Atención Primaria. Sujetos: 80 pacientes entre 18 y 74 años, seleccionados por muestreo consecutivo, en 2 centros de salud urbanos. Variables: sexo; edad; presión arterial (PA) clínica; PA ambulatoria, presión de pulso (PP); patrón circadiano; y velocidad de la onda del pulso (PWV).

Resultados. Sexo: 67,5% varones. Edad: 57,6 años. PA clínica: 144,60/88,16 mmHg.

MAPA: 24 horas: 122,69/73,66; actividad: 127,02/77,60; descanso: 110,39/62,63 mmHg. Patrones: Dipper: 56,3%, No dipper: 20%, Extreme dipper: 15% y Riser: 8,8%.

PWV: 9,44 m/s. Patrón dipper: 9,23 m/s, No dipper: 10,98 m/s, Extreme dipper: 8,53 m/s y Riser: 9,69 m/s. Encontramos correlación positiva de la PWV con la PA clínica, con la PAS ambulatoria en descanso y con la PP tanto clínica como ambulatoria. Existe correlación negativa con la profundidad sistólica y diastólica medida con MAPA, existiendo menor PWV en patrones reductores (extreme dipper y dipper) con respecto al no reductor (no dipper) ($p < 0,05$).

Conclusión. Los pacientes con alteración del patrón circadiano presentan una mayor PWV, existiendo, además, una correlación entre esta PWV y la PA clínica, la PA ambulatoria sistólica en descanso y la PP. Por lo tanto, las tomas de PA podrían utilizarse para valorar la rigidez arterial con menores costes sanitarios que la PWV, una vez definidos los puntos de corte óptimos en cuanto a sensibilidad y especificidad.

P3.03 TENEMOS UN APARATO DE MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA, ¿LO UTILIZAMOS?

A. Manzanares Errazú y L. Troyano

ABS Girona-2. Girona. Cataluña.

Correo electrónico: letitroyano@gmail.com

Objetivos. 1- Cuantificar las MAPAS solicitadas en 1 año en un centro de salud urbano. 2- Describir los motivos de solicitud de la MAPA.

Material y métodos. Estudio descriptivo. Ámbito: Centro de salud urbano con una población aproximada de 30.000 personas. Sujetos: Pacientes a los que se les realizó una MAPA entre el 1 de junio de 2006 y el 30 de junio de 2007. Datos: Médico solicitante, motivo de la solicitud, resultados. Fuente: Historia clínica informática. Programas informáticos: Access para el registro de datos extraídos. SPSS para el análisis estadístico.

Resultados. MAPAS solicitadas: 121 (3,8% del total de hipertensos) MAPAS realizadas: 101. Motivo de petición: 1) No consta: 39,7%. 2) El paciente participa de un estudio multicéntrico que requiere pedir una MAPA: 22,3%. 3) Descartar fenómeno de bata blanca: 18,2%. 4) Confirmar HTA: 9,9%. 5) Descartar hipertensión clínica aislada: 4,1%. 6) Sospecha de HTA enmascarada: 1,7%. Número de médicos solicitantes: el 86% de las solicitudes son realizadas por el 26% de los médicos del centro.

Conclusión. La MAPA es una prueba accesible en nuestro centro de salud pero es poco utilizada. Sólo el 20% de los médicos del centro la solicita. En casi la mitad de los casos no consta el motivo de la petición lo que sugiere un deficiente registro. Al 22% se le solicita como parte del estudio multi-

centro. Sólo en el 10% la prueba se utiliza para confirmar el diagnóstico de HTA. A fin de optimizar el uso de la MAPA, se ofrecerá a los médicos del centro formación en cuanto a las características de la prueba y sus beneficios.

P3.04 CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES EN PREVENCIÓN SECUNDARIA Y DIABÉTICOS TIPO 2

S. Canivell Fusté, J. Ortiz Molina, X. Otero Serra, J. Mitjavila López, J. Sotoca Momblona y B. Fornés Ollé

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: canivell@clinic.ub.es

Objetivos. Comparar el control de los FRCV en pacientes DM2 sin evento cardiovascular previo y pacientes con al menos un evento cardiovascular (PS) definido como infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular, angina de pecho o enfermedad arterial.

Material y métodos. Estudio descriptivo y transversal en un centro de salud urbano. Población asignada 32318 habitantes. Poblaciones de estudio: 1.158 pacientes con DM2, edad media 67,9 años (DE: 13,3). 53,4% hombres y 1.430 pacientes en PS, edad media 72,7años (DE: 11,5). 64,9% hombres. Las variables estudiadas fueron: utilización de antiagregantes/anticoagulantes, vacunación antigripal, ejercicio físico, consumo de tabaco, índice de masa corporal (IMC), colesterol LDL y cifras de presión arterial sistólica (PAS). Se recogió el último valor registrado entre el 1 de mayo 2006 y el 10 de mayo 2007 en la historia clínica informática.

Resultados. El uso de fármacos y la vacunación antigripal estaban correctamente registrados pero había un infraregistro del resto de FRCV (media 21,2% registrados) destacando el IMC (16,5%) y el colesterol-LDL (19,3%). 76% pacientes en PS estaban antiagregados/anticoagulados vs 46,5% en pacientes DM2 ($p < 0,00$). No hubo diferencias significativas en los otros FRCV, como el consumo de tabaco (87,5% no fumadores de los registrados en ambos grupos), ejercicio físico (45,7% en DM2 y 48% en PS), vacuna antigripal (62,6% vs 69,7%), IMC (20,4% vs 25,7%), control de colesterol-LDL (32,1% vs 35%) y control de PAS (65,8% frente a 69,5%).

Conclusión. Existe un importante infraregistro de los FRCV en los dos grupos. Los pacientes en PS están más antiagregados/anticoagulados que los pacientes DM2. No existen diferencias de control en la mayoría de los FRCV estudiados, y algunos de ellos son muy mejorables, como el ejercicio físico, el IMC y el colesterol-LDL.

P3.05 MANEJO DE LAS CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS EN LA ATENCIÓN CONTINUADA DE UNA ÁREA BÁSICA DE SALUD

P. Fernández García, E. Abadía Lasala, M. Asensio Vidal

y A. Romero Ruiz

CAP Cambrils Dr Gimbernat. Cambrils (Tarragona). Cataluña.

Correo electrónico: pfernandez@grupsagessa.com

Objetivos. Describir el perfil de hipertensos visitados en Atención Continuada con diagnóstico de elevación tensional aguda o crisis hipertensiva. Valorar realización de pruebas complementarias, tratamiento y derivación.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Información a expensas historias informatizadas OMI-AP, paquete estadístico SPSS15.0. Área básica de salud urbana: 31217. Población hipertensa: 3488. Pacientes hipertensos que acuden Atención Continuada: tensión arterial sistólica ≥ 180 mmHg y/o tensión diastólica ≥ 110 mmHg o tensión arterial sistólica ≥ 210 mmHg y/o tensión arterial diastólica ≥ 120 mmHg. Periodo de estudio 1 mayo 2007 a 31 mayo 2008. Variables estudio: cifras tensionales; sexo; edad; riesgo cardiovascular; patologías asociadas: diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, cardiopatía isquémica, claudicación intermitente; pruebas complementarias: electrocardiograma, tira reactiva orina, fondo de ojo; afectación órgano diana; tratamiento agudo; modificación tratamiento crónico; derivación.

Resultados. Muestra 122 pacientes. Frecuentación 1,28 visitas/año. Sexo: 61% mujer. Hombre edad media: 63. Mujer edad media: 67. Sin patologías asociadas: 48%. Dislipemia 34%. Riesgo cardiovascular: 63% calculado, 73% > 10 . Elevación tensional aguda 64%. Crisis hipertensiva 36%. Afectación órgano diana 21%. Pruebas complementarias: Ninguna exploración 62%, Electrocardiograma 38%. Tratamiento: Elevación tensio-

nal aguda, inhibidor enzima convertidor angiotensina (IECA) 25%. Crisis hipertensiva, IECA y benzodiacepina 29%. No modificación tratamiento crónico 90%. Derivación: elevación tensional aguda 51% no cita- ción consulta. Crisis hipertensiva con afectación órgano diana 92% derivación hospital.

Conclusión. Perfil paciente mujer de mediana edad con riesgo cardiovascular superior a 10. Las pruebas complementarias a nuestro alcance no son realizadas. No se modifica la medicación crónica ni se deriva a consulta. Pacientes con afectación órgano diana son derivados a hospital. Deberíamos plantearnos la realización de un protocolo de actuación frente a estos pacientes.

P3.06 RIESGO CARDIOVASCULAR: ¿QUÉ EVENTOS NOS PREDICE?

C. Moriana de la Olla, S. Alpáñez Abanades, F. Cantero Gómez, M. Ciurana Tebé, A. Font Bosque y S. Juan Ezquerro

ABS Igualada Urbana. Igualada (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: fxcantero.cp.ics@gencat.cat

Objetivos. Conocer el riesgo cardiovascular (RCV) previo a haber padecido un evento vascular coronario o cerebral.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Ámbito: centro de salud urbano. Sujetos: todos los pacientes que han padecido un evento vascular coronario o cerebral durante el 2008. Variables: tipo de evento (IAM, AVC isquémico, ángor), RCV previo según tablas REGICOR y Framingham.

Resultados. N: 38, tipo evento IAM 16 (42,1%), AVC isquémico 12 (31,6%), ángor 10 (26,3%). A 15 (31,5%) no se les pudo calcular el RCV por falta de datos en la historia clínica; 3 de ellos no había consultado previamente. De los 23 restantes: IAM 10, AVC 8, ángor 5. Según tablas: RCV elevado: Framingham: ángor 0 (0%), IAM 5 (50%), AVC 3 (37,5%). Regicor: ángor 0 (0%), IAM 2 (20%), AVC 2 (25%). RCV moderado: Framingham: ángor 3 (60%). IAM 3 (30%), AVC 5 (62%). Regicor: ángor 2 (40%), IAM 4 (40%), AVC 4 (40%). RCV bajo: Framingham: ángor 2 (40%). IAM 2 (20%), AVC 0 (0%). Regicor: ángor 3 (60%), IAM 4 (40%), AVC 2 (25%).

Conclusión. Segundo nuestros resultados los eventos cardiovasculares graves (IAM y AVC) suceden en pacientes con RCV moderado/alto. En cambio en los casos de ángor aproximadamente la mitad los pacientes tenían un riesgo bajo. Estos resultados se han de valorar con precaución ya que en el 31% de los casos no se ha podido calcular el riesgo por falta de datos, por lo cual creemos necesario mejorar el registro de los mismos.

P3.07 PREVALENCIA Y ESTADIFICACIÓN DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN LA POBLACIÓN DE NUESTRAS ÁREAS BÁSICAS DE SALUD

C. Moreno Castillón, A. Marí López, N. Farran Torres, S. Bartolomé Mateu y N. Torra Solé

ABS Balàvira-Pardinyes; ABS Bordeta. Lleida. Cataluña.

Correo electrónico: karolmc23@hotmail.com

Objetivos. Determinar la prevalencia de la insuficiencia renal crónica (IRC) en la población de nuestra Área Básica de Salud. Determinar el estadiaje de la IRC de la muestra.

Material y métodos. Pacientes vivos diagnosticados de IRC en la historia informatizada en marzo de 2008. Estudio transversal, descriptivo, realizado en 6253 pacientes de dos Áreas Básicas de Salud. Para determinar el filtrado glomerular se utilizó la ecuación de Cockcroft-Gault: $(140 - \text{edad}) / \text{peso(en Kg)} / 72 \times \text{Crpl (en mg/dl)}$; y la ecuación modificada del estudio MDRD: $186 \times \text{Crpl} / 1.154 \times (\text{edad})^{-0.203} \times (0.742 \text{ si mujer})$ que clasifica los pacientes en cinco estadios: I (mayor de 90), II (90-60), III (30-59), IV (15-29) y V (menor de 15).

Resultados. En la población muestra se encontraron 23 pacientes (0,04%) con IRC; 14 (61%) varones y 9 (39%) mujeres. Por edades, había 3 (13%) menores de 40 años; 2 (8,7%) entre 40 y 69 y 18 (78,3%) con 70 años o más. Respecto al estadiaje, según la Ecuación de Cockcroft-Gault encontramos: estadio I/II ningún paciente; estadio III, 7 (30,5%); estadio IV, 8 (34,8%) y estadio V, 5 (21,8%). Según la ecuación modificada del estudio MDRD encontramos: estadio I/II ningún paciente; estadio III, 9 (39,1%); estadio IV, 6 (26%) y estadio V, 5 (21,8%). En tres pacientes no se pudo calcular el filtrado glomerular, por realizar controles en centros a los que no teníamos acceso.

Conclusión. Se trata de una patología infradiagnosticada en la población estudiada cuya prevalencia de IRC es de un 0,4%, siendo el perfil de un hombre mayor de 70 años. Todos los pacientes presentaban un filtrado glomerular inferior a 49 (grado III).

P3.08 ¿DE QUÉ NOS SIRVE UNA CONSULTA DOPPLER?

C. Rueda Beas, M. Saus Arús, J. Hübner La Torre, M. Porta Borges,

A. Valdera Simbron y V. Serrano Borraz

CAP Larrard. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: vserranob@gmail.com

Objetivos. Describir los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y complicaciones de una población diabética derivada para estudio de arteriopatía periférica (AP) mediante doppler. Relacionar el ITB patológico (ITB < 0,9/ITB > 1,24) con la presencia de clínica de AP y complicaciones cardiovasculares.

Material y métodos. Estudio transversal en un CAP urbano, donde se incluyen los pacientes diabéticos derivados por los médicos de familia/enfermería a la consulta doppler para valoración de AP en el año 2007. Se recogen datos antropométricos, FRCV, complicaciones de la diabetes y tratamientos.

Resultados. Se incluyen 70 individuos. Media de edad 72,5a (DE 10,97). 44 hombres (62,9%). Fumadores activos (Fa) 14,2%. Según FRCV: 4 con 1 FRCV; 21, 2 FRCV; 42, 3 FRCV; 3, 4 FRCV. Presentan buen control metabólico (HbA1c < 7%) 70,5%. Presentan retinopatía 33,3%, insuficiencia renal (FG eMDRD < 60) 34,5%, cardiopatía isquémica (CI) 17,2%, fibrilación auricular 12,9%, enfermedad cerebrovascular (ECV) 10% e insuficiencia cardiaca, 12,8%. Presentan clínica de AP 31,4%. ITB patológico 52,9% (24,3% ITB < 0,9; 28,6% ITB > 1,24). De los ITB patológicos, hay 8,1% de Fa, 73% son hombres, 78,4% tienen HTA y 62,2% dislipemia. El 18,9% presentan CI, 8,10% ECV, 24%, retinopatía y 29,7% IR.

Conclusión. La mayoría de pacientes tiene 3 o más FRCV, siendo las complicaciones más frecuentes la IR y la retinopatía. Se debería plantear un tratamiento más global de los FRCV y no limitarnos al control de la HbA1c. Alta prevalencia de AP, siendo mejor detectada por ITB que por clínica, por lo que creemos justificado el cribaje de AP mediante el doppler en los pacientes diabéticos.

P3.09 NÚMERO DE HEMATÍES Y RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL

E. Calvo Bonacho, M. Sánchez Chaparro, M. Cabrera Sierra, J. Sainz

Gutiérrez, A. Gálvez Moraleda y J. Román García

Ibermutuamur. Madrid. Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: marthacabrera@ibermutuamur.es

Objetivos. Diferentes estudios han mostrado que el número de hematíes, de modo independiente al valor del hematocrito, es un parámetro relacionado con riesgo cardiovascular (RCV). El presente estudio investiga la relación del número de hematíes con la presencia de factores de riesgo vascular (FRV) y el RCV alto en una amplia población laboral mayoritariamente sana.

Material y métodos. Estudio observacional y transversal que incluye a 470.931 trabajadores (72,7% varones, edad media 36,0 años, rango 16 a 74) que realizaron un reconocimiento médico laboral. Los sujetos se clasificaron por cuartiles del número de hematíes: inferior a 4.580; 4.580-4.889; 4.890-5.180; superior a 5.180. El RCV global se estimó mediante el modelo SCORE. Aquellos trabajadores con un riesgo relativo (RR) superior a 4 se consideraron de alto riesgo.

Resultados. Los porcentajes de sujetos en el cuartil superior de hematíes en presencia/ausencia de FRV y RCV alto/bajo, fue: tabaquismo: 23,9/24,7%; presión arterial $\geq 140/90$ mmHg: 32,0/22,2%; dislipemia: 25,2/22,7%; glucemia ≥ 126 mg/dl: 30,0/24,1%; glucemia > 110 y < 126 : 28,9/24,1%; obesidad (IMC > 30): 33,1/22,6%; RCV alto/bajo: 27,8/24,0%.

Conclusión. En esta amplia población laboral, mayoritariamente sana, la presencia de FRV (con excepción del tabaquismo), especialmente la presión arterial elevada y la obesidad; y de RCV alto, se asocia con un mayor número de hematíes, contribuyendo a confirmar la hipótesis de que este parámetro se relaciona con un aumento del RCV.

P3.10 ÍNDICE TOBILLO-BRAZO Y PATRÓN DE CONDUCTA COMO INDICADORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN VARONES HIPERTENSOS ENTRE 45 Y 55 AÑOS DE EDAD

V. Oliveras Deulofeu, M. Plans Domínguez, M. Lázaro Martínez,

J. Ateca Díaz, L. Bachs Pallares y T. Casals Coll

EAP Sant Elies (CAP-Adrià). Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: voliveras.bcn.ics@gencat.cat

Objetivos. 1) Valorar la posible correlación entre índice tobillo-brazo (ITB) patológico (positivo y/o incomprimible) y patrón de conducta tipo A (PCTA) o alguno de los factores que lo componen. 2) Valorar la posible correlación entre ITB patológico (positivo y/o incomprimible) y PCR+.

Material y métodos. Se reclutan 61 pacientes en el ámbito de AP, de un total de 149, los meses de enero y febrero de 2008. Un paciente abandona el estudio. Criterios de inclusión: varón, 45-55 años de edad, hipertensión tratada y firma consentimiento informado. Criterios exclusión: expectativa de vida < 6 meses. Se mide ITB, patológicos valores < 0,9 (positivo) y > 1,4 (incomprimible); PCR ultrasensible (positiva si > 5 mg/l) y resto factores de riesgo cardiovascular. El PCTA, y sus factores, se evalúan con el inventario de actividad de Jenkins. Considerando patológico cada factor cuando supera 1 DE.

Resultados. 11 (18,3%) pacientes con ITB patológico, 7 (11,7%) incomprimible y 4 (6,7%) positivo. PCR+ en 12 (20%) pacientes. 5 (8,3%) pacientes presentan PCTA, 9 (15%) urgencia, 12 (20%) implicación laboral y 8 (13,3%) factor de hostilidad. La urgencia es el único factor del PCTA que correlaciona ($p < 0,05$) con ITB+. No existe correlación entre ITB patológico y PCR+.

Conclusión. 1) La urgencia correlaciona con el ITB+ y no con el incomprimible. Ambos ITB expresarían aspectos distintos del riesgo cardiovascular. La urgencia parece un factor de riesgo cardiovascular en este tipo de pacientes. 2) La no correlación ITB/PCR también sugiere complementariedad entre ambas variables. 3) Convienen nuevos estudios con ITB y PCTA.

P3.11 LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DESCONOCEN QUÉ HACER ANTE LA REAPARICIÓN DEL DOLOR TORÁCICO

M. Fernández Alonso, J. López de la Iglesia, S. Herrero Velázquez, P. Martín Martín, N. Hernández Martín y J. Recio Rodríguez

CS Condesa, CS Casa del Barco, CS Parada del Molino, Hospital Clínico Universitario de Valladolid. León, Valladolid, Zamora. Castilla y León.

Correo electrónico: jaimelehai@hotmail.com

Objetivos. Investigar el grado de conocimiento sobre las distintas pautas de actuación ante la reaparición del dolor torácico (perfil isquémico) que tienen los pacientes con cardiopatía isquémica (esfuerzo, reposo, > 20 minutos, progresiva), las fuentes de dicha información, el manejo de nitroglicerina sublingual y grado de antiagregación.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal, multicéntrico, basado en entrevista personal, mediante cuestionario estandarizado, por personal sanitario entrenado (dos encuestadores). Muestra aleatoria estratificada por provincias y ámbito rural/urbano (25 zonas de salud) de 293 pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica en una autonomía (nivel confianza 95%). Perdidas 113 (38%). Se aumentó a 415. Variables: Filiación. Actitud inicial-posterior ante ángor esfuerzo, reposo, > 20 minutos, progresivo. Manejo de nitroglicerina sublingual. Fuentes de dichas informaciones (médico familia, cardiólogo, otros). Grado de antiagregación/anticoagulación.

Resultados. Participantes 302. Edad media 69,2 años. Hombres 73,3%. Conocen la actuación a seguir ante la reaparición del dolor torácico de perfil isquémico: con esfuerzo el 20,2% (14,9-25,1), en reposo 15% (10,5-19,5), progresiva 16,9% (12,1-21,6), esfuerzo y reposo 3,4% (1,1-5,8). El 30,3% no disponen de nitroglicerina sublingual. El 32,5% la toman en bipedestación en la calle. Reciben educación sanitaria sobre actuaciones ante la reaparición del dolor torácico el 50,7% (88,4-95,4). Del cardiólogo el 56,8% (47,9-65,6), del médico de familia el 15,1% (8,6-21,6), de otros (enfermería...) el 13,6%, del médico de familia+cardiólogo el 6%. Antiagregados/anticoagulados 91,9% (88,4-95,4).

Conclusión. Los pacientes con cardiopatía isquémica, con frecuencia desconocen la actuación correcta ante los síntomas de isquemia. Esto sucede de tanto para la cardiopatía crónica estable como para la inestable (deben acudir urgentemente al hospital). La información que reciben de estas

pautas es mínima por parte del médico de familia. Alguien debe realizar educación sanitaria a estos pacientes y de este modo reducir probablemente la mortalidad por esta causa.

P3.12 DIFERENCIAS EN EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL. DISCREPANCIAS ENTRE TRES MÉTODOS DE MEDIDA

A. García García, L. González Elena, J. Parra Sánchez, L. García Ortiz, M. Gómez Marcos y Y. Castaño Sánchez

Unidad de Investigación del CS La Alamedilla. Salamanca. Castilla y León. Correo electrónico: aglgarcia1@yahoo.es

Objetivos. Evaluar la relación existente entre el control de pacientes hipertensos en función de la medida con AMPA, MAPA o en consulta. Analizar concordancias entre cada uno de ellos.

Material y métodos. Diseño: Estudio descriptivo trasversal. Sujetos y ámbito: 241 hipertensos incluidos por muestreo consecutivo, pertenecientes a dos centros de salud. Variables: Sexo, edad, PA medida con MAPA, AMPA y PAC. Criterios control establecidos por las sociedades europeas de cardiología e hipertensión en 2.007: PAC < 140/90 mmHg, MAPA: PAmedia < 125-130/80 mmHg, PA actividad < 130-135/85 mmHg, PA reposo < 120/75 mmHg, AMPA PAmedia < 130-135/85 mmHg.

Resultados. Edad media fue de 63,71 años (M: 62,01; H: 65,22, p = 0,042). 53,1% son mujeres. Valores medios fueron: PAC 1º toma 155,87/87,56 mmHg; 2º toma 150,68/86,37 mmHg; AMPA: 1º toma 138,3/78,44 mmHg; 2º toma 132,22/76,79 mmHg; MAPA: 24 horas 124,67/73,9 mmHg, actividad 128,47/77,59 mmHg y reposo 115,48/65,59 mmHg (p < 0,05). El porcentaje de hipertensos controlados, con PAC fue 27,4%, tomando el valor menor propuesto por la sociedad europea de hipertensión en la AMPA, fue de 43,93%, y de 56,07% con el superior. Medidas con MAPA, la PA media está controlada en un 43,7% con el límite inferior, y en un 60,99% con el superior. En el periodo de actividad, 51,45% con el inferior y 63,9% con el superior. En el periodo de descanso están controlados el 55,6%.

Conclusión. Existen discrepancias en cuanto al control de la HTA en función del método de medida empleado, la PAC es significativamente más elevada que la obtenida con MAPA y AMPA y el nivel de control es peor si se utiliza sólo este criterio.

P3.13 PACIENTES DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR Y DIÁMETRO MEDIO DE LAS SUBFRACCIONES DE LDL

E. Granero Fernández, A. Hernández Martínez, S. Moreno Reina, M. Granero Tur, A. Cantero Sandoval y D. Molera Manzano

CS Espinardo. Murcia. Murcia.

Correo electrónico: esteban.granero@carm.es

Objetivos. Conocer la relación del diámetro medio de las subfracciones de LDL (dm sfLDL) en pacientes con síndrome metabólico (SM) y otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Material y métodos. Estudio observacional de prevalencia en una consulta de atención primaria de hipertensos (HTA), Diabetes tipo2 (DM2) criterios ADA 2000. Síndrome Metabólico (SM) National Cholesterol Education Program. ATP III, obesidad, perímetro de cintura > 102 cm en hombres y 88 en mujeres. El dmsfLDL se obtiene con el Quantimetrix Lipoprint System. Análisis estadístico: t-Student para asociación entre 2 variables cuantitativas y el análisis de la varianza (ANOVA) para más de dos cuantitativas. Significación estadística para p < 0,05. Se utilizó el paquete informático G-STAT®.

Resultados. Se estudiaron 150 pacientes, 32 no tenían FRCV y 112 tenían FRCV. El dm sfLDL del grupo "sin FRCV" era de $273,2 \pm 4,3 \text{ } \text{\AA}$ frente a $268,8 \pm 5,5$ (p < 0,0001). Un 33,9% de pacientes con FRCV presentaron patrón B, aterógeno (< a 268 \AA) por un 9,3% en los que no tenían FRCV (p = 0,006). Cuando estudiábamos las posibles combinaciones entre SM y DM y entre SM e HTA el perfil más desfavorable lo presentan los pacientes con SM y además DM y/o HTA siendo, incluso más desfavorable tener SM sin DM o sin HTA que la presencia aislada de DM o HTA sin SM.

Conclusión. Los pacientes con FRCV presentan un dmsfLDL más desfavorable que los controles sin FRCV. El SM ofrece un perfil de dmsfLDL más desfavorable que la DM o la HTA aislada.

Sesión 4

Jueves, 20 de noviembre. 10.00-11.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Mujer/niño/adolescente

P4.01 EMBARAZO: ANTOJOS, SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA

A. Macián Cerdá, C. Santandreu García, A. Pons Ruiz, G. Rabanaque Mallén, C. Ruiz Cáceres y A. Obrer Ibáñez

CS de Segorbe. Segorbe (Castellón). Comunidad Valenciana. Correo electrónico: a_macián@yahoo.es

Objetivos. Analizar el perfil de embarazadas con antojos de una zona rural, implicaciones para la salud y su atención sanitaria.

Material y métodos. Estudio descriptivo, observacional, transversal. Ámbito de Atención Primaria de las 3 zonas de salud de una Comarca Rural (25000 habitantes, 4.778 mujeres en edad fértil, 659 inmigrantes) 76 embarazadas que acudieron a consulta para control y seguimiento de embarazo desde septiembre de 2007 a mayo de 2008, seleccionadas por muestreo consecutivo, que dieron consentimiento informado. Cuestionario estructurado de preguntas cerradas con variables sociodemográficas, otras sobre creencia y vivencia de los antojos, recogiendo de forma abierta opiniones sobre forma de manifestación de los mismos. Tratamiento estadístico de datos: programa SPSS v. 16.

Resultados. 84,2% españolas, 15,8% inmigrantes. Edad media 26,7 años (20-46), estudios universitarios 25%. Nivel económico medio-alto 86,7%, 13,3% medio-bajo. 48,7% primíparas, 25% tienen antojos; 75% no tienen. Consideran que es cultural 16%, fisiológico 26,7%, común a todas 6,7%, sólo a caprichosas 20%, desconocen qué son y la causa 25,3%, multifactorial 5,3%. Asociación estadísticamente significativa entre tener antojos y multiparidad (IC95%; p < 0,02); ser inmigrante (p = 0,000), nivel económico medio-bajo (p < 0,06), estudios no universitarios (p < 0,05). Refieren los antojos como deseo compulsivo por comer determinados alimentos y rechazo hacia otros.

Conclusión. Dada la relación con hábitos alimentarios, conocer el perfil de las embarazadas más proclives a tener antojos, podría tener implicaciones al establecer estrategias de educación sanitaria durante el embarazo. Conveniencia de estudios sobre hábitos alimentarios y riesgos para la salud maternofetal.

P4.02 RELACIONES SEXUALES EN ADOLESCENTES. ESTUDIO DESCRIPTIVO

L. Martínez, M. Boquet, A. Gabriel, J. Bernad, F. González y R. Carrio

CAP Dr. Masriera. Vilassar de Mar (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: jesusbernadsuarez@camfic.org

Objetivos. Conocer las actitudes, percepciones y comportamiento de los adolescentes delante de las relaciones sexuales.

Material y métodos. -Estudio descriptivo realizado a alumnos de instituto (primer/segundo ciclo ESO y Bachillerato) de un municipio del Maresme (Barcelona). Muestra de 373 alumnos: 160 primer ciclo, 128 segundo ciclo; 85 bachillerato. Curso 2007-2008. -CAP semi-urbano en población = 17.554 habitantes. -Cuestionario FRESC con 75 preguntas cerradas, validado para escuelas de Barcelona y Lleida.

Resultados. a) Uso preservativo: 98% de 3/4 ESO y 99% de bachillerato creen se ha de utilizar preservativo en relaciones sexuales con penetración. 31% 3/4 ESO y 41% de Bachillerato creen que sentirán menos placer. El 77% de 3/4 ESO y 82% Bachillerato se sienten capaces de comprarlos. b) Píldora del día siguiente: 9% de 3/4 ESO y 25% de Bachillerato han usado (ellos o su pareja), la píldora. c) Rechazo: 66% de 3/4 ESO y 67% se sienten capaces de rechazar relaciones sin preservativo. d) Asociación a drogas: 37% de 3/4 ESO y 27% de Bachillerato consumieron alcohol y/u otras drogas en la última relación sexual. e) Frecuencia: 3/4 ESO: 63% no han tenido nunca; Del resto, el 9% las tiene cada mes y el 9% semanalmente. Bachillerato: 40% no ha tenido relaciones sexuales nunca. Del resto 14% cada mes y 28% semanalmente.

Conclusión. La píldora del día siguiente es utilizada en un porcentaje del 25% por las chicas de bachillerato. Se asocia preservativo a disminución de placer en un 40% de los encuestados. Una tercera parte de los alumnos que han tenido relaciones las suelen asociar al consumo de alcohol y/u otras drogas. Una tercera parte de los alumnos no se siente capaz de rechazar una relación sexual sin preservativo.

P4.03 PREFERENCIAS DE LOS PROFESIONALES EN EL TRATAMIENTO DE LAS VAGINITIS CANDIDIÁSICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

L. Balsalobre Arenas, R. Vello Cuadrado, J. Fernández Horcajuelo, S. Tudanca Hernández, D. Martínez López y M. Rojas Giraldo

Área 9 de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud. Madrid. Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: lbalsalobre@hotmail.com

Objetivos. Describir las preferencias de los profesionales al elegir la vía de administración (oral o tópica), la dosis, tipo de fármaco y los factores que las explican en la elección del tratamiento de las vaginitis en atención primaria. **Material y métodos.** Diseño: estudio descriptivo transversal. Ámbito: centros de salud atención primaria. Sujetos: Prescripciones realizadas por médicos de familia a mujeres > 16 años diagnosticadas de vaginitis candidiásica en 1 año. Tamaño muestral: estimado para proporción esperada de prescripción de tratamiento vía vaginal del 85% (estudio piloto), alfa 0,05, precisión 5%, n = 196. Determinaciones: motivos para elegir el tratamiento. Edad y sexo del profesional, tipo de fármaco, vía de administración, dosis. Edad de la paciente. Estrategia de análisis: descriptivo de cada una de las variables, análisis bivariante siendo la variable dependiente el tipo de tratamiento elegido (oral o tópico).

Resultados. El 87,4% de los tratamientos pautados son clotrimazol vía vaginal. (20% ovulos 100 mg/5 días, 19% ovulos 500 mg/1 día, 15% crema, 15,5% combinado). El 48% de las prescripciones el motivo fundamental para hacerlas fue considerarlo tratamiento de elección, 15% comodidad de aplicación, 10% experiencia previa, 7,4% elección de la paciente, 4,7% ser más coste efectivo. Se encontraron diferencias entre el género del profesional y la vía de administración del tratamiento p < 0,001.

Conclusión. Los profesionales eligen en la mayoría de los casos la vía vaginal para el tratamiento de las vaginitis candidiásica. El principal motivo para elegir el tratamiento es considerarlo de elección según los protocolos y guías que manejan.

P4.04 TRABAJANDO DESDE LA INFANCIA

C. Marcos Gil, M. Morató Agustí, M. Trinxant Doménech, R. Rabaneda Vadecillos, N. Aresté Lluch y L. Crespo Antón

ABS de Sant Just Desvern. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: mlma@camfic.org

Objetivos de la experiencia. Evaluar el impacto de unas charlas sobre hábitos saludables a escolares.

Descripción de la experiencia. Evaluación mediante una encuesta antes y después de una intervención educativa sobre hábitos saludables a escolares de primaria (8-9 años) de cuatro escuelas públicas de una población de 16.000 habitantes del cinturón metropolitano de Barcelona. El estudio se efectuó desde el 2004 al 2006. La intervención, de 30 minutos, se estructuró en: magnitud del problema, información nutricional, ejemplos y desayuno saludable compartido con los niños y exploración de otros problemas de salud. Evaluamos la utilidad de la intervención a través de una escala de Likert (de 0 a 9). Fueron analizadas 119 encuestas en el 2004, 99 en 2005 y 119 en 2006. Se observó un incremento sostenido del porcentaje en la intención de desayunar más fruta (16-36%) y cereales (7-27%)-(tendencia lineal p < 0,001), que no se observó para bocadillos, bollería o para la leche y derivados. El valor medio y la desviación estándar de la evaluación global fue respectivamente de 7,46 (DE 1,74), 9,39 (0,97) y 7,62 (1,91). La alimentación saludable fue el tema más interesante para el 37, 34 y 45% de los alumnos, ampliamente superado por el interés sobre las adicciones al tabaco y al alcohol (56-70%).

Conclusiones. La intervención se muestra útil para informar adecuadamente ya que modifica la intención. Se muestra consolidada en el tiempo con los resultados mostrados, pero falta evaluar, si es seguido de cambios de conducta permanentes, cuando pasen a cursos superiores. Llama la atención el interés creciente a edades tan tempranas por los problemas de posibles adicciones.

P4.05 PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA MUJER INMIGRANTE

M. Pinilla Macarro, O. Colet Villar, D. García Vidal, M. Ruiz Batalla, Y. Reillo Marqués y M. Soler Pont

ABS Baix Penedès Interior. Arboç (Tarragona). Cataluña.

Correo electrónico: mpinilla@xarxatecla.cat

Objetivos. Conocer el uso de anticoncepción entre las mujeres inmigrantes y el perfil de paridad de las mismas.

Material y métodos. Estudio transversal descriptivo en Área Básica de Salud rural con 14.000 habitantes y con porcentaje de inmigración del 12%. La población de estudio son las mujeres inmigrantes que solicitan visita de revisión ginecológica a la consulta atendida por un médico de cabecera que funciona desde mayo de 2003, con periodicidad semanal. Las variables del estudio son: edad, procedencia, antecedentes patológicos ginecológicos, menopausia, método de anticoncepción, número hijos y abortos.

Resultados. Solicitan visita de 2357 mujeres, 183 son inmigrantes acudiendo 153 mujeres. Edad media 36,5 años (DE ± 9,8). Procedencia: 39,8% de Países del Este (PE). Sin antecedentes ginecológicos el 81,3%. En edad fértil el 89,1%. No utilizan anticoncepción el 25,4%, siendo las magrebíes las que menos utilizan (34,8%). Anticoncepción más utilizada: preservativos 25,4% y hormonal 25,4%. Paridad: el 78% tienen algún hijo, el 54% de las magrebíes tienen más de 2 hijos. Refieren algún aborto el 28% de las mujeres, el 31% de las mujeres de PE más de 2 abortos.

Conclusiones. Más del 25% de las inmigrantes no utiliza ningún método anticonceptivo, destacando las magrebíes. La mayoría de las mujeres son fértiles (78%), siendo las magrebíes las que tienen mayor número de hijos. El 28% de las mujeres han abortado, destacando el elevado número de mujeres de los PE que lo refieren reiteradamente.

P4.06 MOTIVOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO DURANTE EL EMBARAZO

C. de Juan Asenjo, A. Brau Tarrida, C. Pareja Rossell, C. Espel Masferrer, S. Calvet Juny y J. Mendiive Arbeloa

CS La Mina. Sant Adrià del Besòs (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: 31953abt@comb.es

Objetivos. Analizar las características de la incapacidad temporal (IT) para trabajar en embarazadas.

Material y métodos. Sujetos: embarazadas, con contrato de trabajo, atendidas en un centro de salud urbano. Periodo: 1/05/2005 a 1/06/2008. Ámbito: atención primaria. Fuente de información: historia clínica informática. Estudio descriptivo de las IT de mujeres embarazadas, edad, motivo y duración de la IT.

Resultados. De 143 embarazadas, 30 (21%) sin IT. El 79% (113) con ≥ 1 IT: 81 con 1; 20 con 2; 6 con 3; 5 con 4; 1 con 6. Media de edad (DE) en el parto de embarazadas sin IT vs con IT: $33,06 \pm 4,2$ vs $29,8 \pm 6,57$ años. Total de IT: 165. Trimestre de inicio de IT: 20,4% en primero; 28,6% en segundo; 51,3% IT en tercero. Duración media IT (DE): $79,8 \pm 73,2$ días. Motivos (N/% sobre total) de IT: lumbalgia (57/34,5%); embarazo confirmado (12/7,3%); dolor abdominal (9/5,5%); hiperemesis gravídica (8/4,8%); hemorragia primer trimestre (7/4,2%); GEA (5/3%); ansiedad/depresión (5/3%); CVA (4/2,4%); infertilidad (3/1,8%); cólico renal (3/1,8%); cistitis (3/1,8%). De 165 IT, 91 corresponden a < 30 años y 73 a > 30 años. Duración media IT (DE) en < 30 vs > 30 años: $83,7 \pm 77,3$ vs $74,9 \pm 68$ días. Motivos de IT (total/% sobre total) en < 30 vs > 30 años: lumbalgia (28/30,8% vs 29/39,7%); embarazo (7/7,7% vs 5/6,8%); dolor abdominal (4/4,4% vs 5/6,8%).

Conclusiones. Muchas embarazadas se acogen a la IT, a pesar de la normativa existente (Ley de Igualdad) que protege el embarazo y favorece adaptar el lugar de trabajo durante este periodo. Nuestro estudio evidencia la necesidad de aplicar dicha ley.

P4.07 INFLUENCIA DE LA RED SOCIAL EN LA ACTIVIDAD FÍSICA DE LOS ADOLESCENTES

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

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

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

Objetivos. Conocer los principales apoyos sociales de los adolescentes a la hora de realizar actividad física. Conocer los principales estimulantes de la actividad física como un hábito de salud.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Ámbito: adolescentes con edades de 16 a 18 años escolarizados en 1º curso de Bachillerato de todos los centros de Santiago de Compostela (n = 1.060). Realizado mediante cuestionario autocomplimentado. Valoración de las variables: con quién realizas actividad física y quién te estimula en su práctica.

Resultados. El principal grupo social que acompaña a los jóvenes estudiados en la práctica física es el de los amigos (39,60%) seguido de la realización en soledad (27,15%). Los propios jóvenes son el principal estímulo para seguir con el ejercicio (25,95%) seguido de los amigos (23,46%). Los padres suelen acompañar más en la actividad física a sus hijos que las madres, con unos porcentajes del 10,16% frente al 8,86%. Los profesores son el grupo social que menos influye a los adolescentes encuestados con unos resultados del 6,98%.

Conclusiones. Los jóvenes estudiados hacen ejercicio físico con sus amigos principalmente. La soledad en el ejercicio no parece ser un factor determinante en el abandono de la práctica física. El papel de los padres en la transmisión de este hábito de salud no es el deseable para aumentar los niveles de práctica física. La influencia de los deportistas famosos nos da una idea de la importancia que los deportes de masas y los medios de comunicación tienen como acicate para seguir practicando ejercicio físico.

P4.08 LA CASI INEVITABLE BAJA QUE ACOMPAÑA AL EMBARAZO

N. Quesada Couceiro, I. Escalante Isar, O. Otero Bermejo, A. Hernández Sánchez, I. Ratia López y M. Ayuso Torrijos

ABS Martí i Julià. Cornellà de Llobregat (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: 31621nqc@comb.es

Objetivos. Describir las Incapacidades Temporales (IT) de pacientes embarazadas del Centro de Salud (CS) y el papel del médico de familia (MF) en éstas.

Material y métodos. Describir las Incapacidades Temporales (IT) de pacientes embarazadas del Centro de Salud (CS) y el papel del médico de familia (MF) en éstas.

Estudio descriptivo-transversal en CS urbano con 30.518 pacientes. Revisión de historia clínica informatizada y ginecológica de las 197 pacientes que disfrutaron permiso maternal (PM) en 2007. Para cada embarazo recogemos las siguientes variables: edad, lugar de control, antecedentes de riesgo (AR), adelanto de PM, acceso a prestación por riesgo durante embarazo (PRE) y número de IT. Para cada IT: motivo, médico prescriptor, médico que indica IT, duración, trimestre y consultas posteriores por motivo IT.

Resultados. 197 embarazadas con 240 IT (media: 1,21 IT/embrazo). Edad media: 33 años. 26% AR obstétrico. 55% embarazos controlados en Sistema Público de Salud (SPS). 164 embarazadas (84%) cogieron mínimo una IT. Motivos de IT: lumbago (31,5%), amenaza aborto (13,2%). 76% tuvieron causa no obstétrica. Duración media: 24 días en IT no obstétricas y 85,5 en obstétricas. 56% indicadas por ginecólogo pero 85% extendidas por MF. Duración media si control en SPS 30,5 días y 60,8 si control privado. 143 pacientes (72% del total) llegaron de baja al parto (3º trimestre) con 68,27 días duración media. 6% de motivos IT implicaron consultas posteriores. Ninguna paciente adelantó PM ni accedió a PRE. **Conclusiones.** Índice elevado de IT en embarazo. El MF extiende la gran mayoría. Mejorar la coordinación con ginecólogos puede ayudar a un mejor seguimiento de las IT. El elevado porcentaje de IT justo antes del parto nos hace reflexionar sobre la baja médica como solución, a veces, a una necesidad "social"/administrativa.

P4.09 PREVALENCIA DEL HÁBITO TABÁQUICO: ¿QUÉ PASA DE PRIMERO A SEGUNDO DE LA ESO?

I. Gibert Ferrer, A. Martínez Pico, L. Montes Gordo, C. Losada López, A. Balsells Alguero y J. Sivecas Maristany

SAP Granollers-Mollet (Cardedeu, Mollet del Vallès, Llinars, Sant Pere de Vilamajor). Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: utabac@granollers.scs.es

Objetivos. La adolescencia es el periodo en que generalmente se inicia el consumo de tabaco. Nos planteamos conocer y comparar la prevalencia del hábito tabáquico, entorno familiar, social y la actitud delante de esta

sustancia en los alumnos que el curso 2007 realizaban 1º de ESO y este año cursan 2º.

Material y métodos. Pasamos encuesta anónima-autoadministrada durante la semana sin humo de 10 preguntas para conocer la prevalencia del hábito tabáquico en 301 alumnos de primero de ESO y posteriormente al cursar 2º de ESO.

Resultados. El 54% varones. En alumnos de 1º los padres fumaban un 54%, un 70% en los de 2º. El 12% de hermanos fumaban en alumnos de 1º, un 17% en 2º. En los alumnos de 1º los amigos fuman un 52%, un 77% en los de 2º. El 90% de los de 1º consideran que fumar queda mal, el 84% en 2º. En ambos cursos el 93% recomendaría dejar de fumar. En 1º un 15% ha fumado alguna vez, en 2º un 37%. En 1º fuman diariamente el 3%, en 2º un 5%. En 1º fuman esporádicamente el 3% frente al 12% en 2º. En 1º consideran en el 84% que el tabaco es una droga, en 2º un 74%.

Conclusión. De 1º a 2º de ESO los jóvenes aumentan de forma considerable el contacto con el tabaco. Fumar esporádicamente y diariamente aumenta. Contemplar el tabaco como una droga disminuye con la edad. Nuestro objetivo será disminuir el hábito tabáquico en los jóvenes. La coordinación es básica entre Escuela y Centros de Salud.

P4.10 FACTORES DE RIESGO DE FRACTURA EN OSTEOPOROSIS Y OSTEOPENIA, ¿LOS TENEMOS EN CUENTA?

S. Sitjar Martínez de Sas, J. Hoyo Sánchez, V. Doce Bartolomé, D. Cararach Salamí, M. Pinyol Martínez y A. Altés Boronat

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

Objetivos. Analizar si en Atención primaria (AP) se registran los factores de riesgo de fractura (FRF) en pacientes osteopénicos u osteoporóticos.

Material y métodos. Diseño: transversal descriptivo. Ámbito: Centro de Salud urbano. Sujetos: 223 pacientes > 15 años diagnosticados de osteoporosis u osteopenia entre enero/2007-enero/2008. Mediciones: variables registradas: edad, sexo, principales FRF según la Guía de Osteoporosis de la Sociedad Catalana de MFyC 2007 (fractura por fragilidad, baja densidad mineral ósea -t-score lumbar o femoral < -2,5 DE-, edad > 65 años, antecedentes familiares -AF- de osteoporosis/fractura, IMC < 20 kg/m², tabaquismo y corticoterapia) y tratamiento farmacológico pautado.

Resultados. Edad media 63,8 (DE 11,6), 95,1% mujeres. El 16,6% tenían fractura previa (33,2% no registrado), 26% presentaban t-score lumbar < -2,5 DE (29,1% no registrado), 9,4% t-score femoral < -2,5 DE (31% no registrado), 40,3% eran > 65 años, 2,2% presentaban AF de osteoporosis/fractura (90,6% no registrado), 3,6% seguían corticoterapia, 13,5% fumaban (13,9% no registrado), 3,6% tenían IMC < 20 (18% no registrado). Un 46,2% seguían tratamiento antirresortivo (58,2% alendronato, 17,5% risedronato, 24,3% otros), 26% sólo calcio con o sin vitamina D. Se observó una relación estadísticamente significativa entre tratamiento antirresortivo y baja densidad mineral ósea ($p < 0,05$) pero no con los otros FRF. La relación entre tratamiento antirresortivo y presencia de más de un FRF no fue estadísticamente significativa.

Conclusión. En AP existe un infraregistro de FRF en pacientes osteoporóticos y osteopénicos. La baja DMO es el FRF que más condiciona el uso de antirresortivos. La presencia de más de un FRF no está relacionada con un mayor uso de antirresortivos.

P4.11 ESTUDIO SOBRE LAS REVISIONES CITOLÓGICAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

S. Mecerreyres Martín, M. María Tarragó, N. Nadal Braqué, M. Torres Justribó, L. Montull Navarro y S. Villuendas Tirado

ABS Eixample. Lleida. Cataluña.
Correo electrónico: bixito78@yahoo.es

Objetivos. Conocer el perfil de pacientes sometidas a controles de cribado de cáncer de cérvix en nuestro centro y la prevalencia de enfermedad ginecológica detectada.

Material y métodos. Diseño: Estudio descriptivo transversal. Ámbito de estudio: Centro de Atención Primaria urbano. Sujetos: mujeres visitadas en la consulta de la comadrona del centro para realizar cribado de cáncer de cérvix mediante citología, de enero a diciembre de 2007. Mediciones: variables: edad, nacionalidad, fórmula menstrual, resultados de citología,

realización del test de DNA para virus papiloma humano (VPH) y resultados del mismo, la necesidad de derivación al servicio de ginecología según el tipo de resultado patológico.

Resultados. Muestra total: 640 mujeres. La media de edad fue 46,55 años. El 84,4% pertenecían a población autóctona, siendo el 15,6% población inmigrante. El 7,19% de las citologías fueron patológicas (0,78% CIN-1, 0,78% ASCUS, 0,46% ASGUS, 0,78% vaginitis atrófica y 4,38% patrón discordante con la edad de la paciente). El 21,87% de cultivos fueron patológicos. Se realizó la detección de DNA para VPH en 31 mujeres (4,84%), con resultado positivo en 4 casos (12,9%). Precisó derivación a ginecología el 12,5% de pacientes.

Conclusión. El perfil de usuaria que acude a revisiones citológicas es una mujer de mediana edad y de población autóctona. La mayoría de resultados son negativos. Entre los patológicos, las infecciones vaginales y el patrón discordante para la edad de la paciente son las alteraciones más frecuentes. Se espera que el número de casos de VPH positivos disminuya en un futuro gracias a la aparición de la vacuna tetravalente.

P4.12 FITOESTRÓGENOS: CONOCIMIENTO Y CONSUMO EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Hernández Carmona, G. López Torres, B. Salueña Baquedano, J. Novo Martín, C. Osorio Martos y M. López-Pozo Linares

Distrito Jaén Nordeste, Distrito Granada, Distrito Jaén Sur. Granada. Andalucía. Correo electrónico: antoarjo@yahoo.es

Objetivos. Conocer opiniones de pacientes sobre beneficios de los fitoestrógenos, su patrón de consumo, y motivos del mismo.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal mediante encuesta anónima (n = 126). Se excluyen: pacientes con deterioro cognitivo/consultas de demanda administrativa. Registramos: edad, sexo, profesión, si creen poder mejorar su salud a través de la alimentación, conocimiento sobre beneficios de la soja, consumo de soja y alimentos enriquecidos, motivos del consumo, conocimiento de los nutrientes de la misma. Comparamos variables mediante: test Chi- cuadrado, t de Student y tablas de contingencia para cualitativas.

Resultados. Un 95,2% cree poder mejorar la salud a través de la alimentación. Un 56,3% conoce la riqueza de la soja en estrógenos, y un 58,7% desconoce su contenido proteico. Hasta un 70,6% la recomendaría en peri- postmenopausia. El consumo de soja es mayor en mujeres que en varones (p = 0,04). Sin embargo no hay diferencias significativas en cuanto al consumo de alimentos enriquecidos. El consumo más alto se da entre empresarios/funcionario y en profesionales con estudios universitarios, mientras que el más bajo se da entre las ama de casa, trabajadores manuales y pensionistas (p = 0,08). En cuanto al motivo de consumo, serán ama de casa y pensionistas los que más siguen consejo médico.

Conclusión. Se pone de manifiesto, que el conocimiento del tema por parte de la población estudiada, es parcial, influenciado mayoritariamente por publicidad, no ocupando un lugar importante en el consumo de nuestros hogares.

P4.13 CONDUCTAS Y CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES

V. González Pérez, J. Ruiz Perera, A. Tejerina Mairlot, M. Tejera Ramírez, A. Corrales Rodríguez y M.T. Rufino Delgado

UD de MFyC de Santa Cruz de Tenerife, zona 1. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias. Correo electrónico: jerupe@hotmail.com

Objetivos. Determinar el grado de conocimiento sobre Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), uso de Métodos Anticonceptivos (MAC) y conducta sexual en adolescentes.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Muestra aleatoria de 319 adolescentes de la ESO y Bachillerato de 5 institutos públicos. Encuesta anónima autoadministrada.

Resultados. El 55,2% eran mujeres; edad media: 17,2 años (DT: 1,03). El 62,1% había mantenido relaciones sexuales con penetración (RSCP); edad media en la primera RSCP: 15,4 años, utilizando en ésta el preservativo un 77,8%, seguido de marcha atrás un 17,2%. El 46,4% había tenido una pareja; el 14,8% cinco o más. El MAC más utilizado con pareja estable fue el preservativo (79,0%), utilizando la marcha atrás un 27,8%. Con parejas esporádicas el 84,4% utiliza el preservativo, seguido

de la marcha atrás (24,7%). El 56,6% ha mantenido alguna RSCP sin utilizar ningún MAC. Un 22,8% había utilizado la píldora del día después. Se registraron dos casos de interrupción voluntaria del embarazo. Un 42,9% desconocen el sexo oral y un 31,7% el sexo anal como vía de transmisión de ETS. La ETS más conocida es el VIH (86,2%), seguido de la sifilis (53,3%). El 16,9% no identifica el preservativo como MAC y hasta el 7,1% cree que los anticonceptivos orales protegen de las ETS.

Conclusión. Los adolescentes son un grupo sexualmente activo con un bajo nivel de conocimientos sobre vías de transmisión de las ETS e infravalorización del preservativo. Es necesario fomentar actividades de educación sexual en este grupo de población.

Sesión 5

Jueves, 20 de noviembre. 11.00-12.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Riesgo cardiovascular

P5.01 EL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ES MENOR EN MUJERES Y EN MAYORES

J. Ojuel Solsona, S. González Sánchez, J. Comín Junquera, N. Soler Solé, A. Escobar Oliva y M. Fernández Soriano

EAP La Salut, Badalona-7. Badalona (Barcelona). Cataluña. Correo electrónico: 26435jos@comb.es

Objetivos. Conocer factores dependientes de los pacientes que influyen en la prescripción aconsejada para la prevención secundaria de cardiopatía isquémica.

Material y métodos. -Estudio descriptivo transversal. -Ámbito: Centro de Atención Primaria urbano. -Sujetos: pacientes con cardiopatía isquémica en la historia clínica informatizada (OMI-AP) (n = 507). -Mediciones: edad, sexo; factores de riesgo cardiovascular (FRCV): hipertensión, diabetes, dislipemia y tabaquismo; recetas emitidas de antiagregantes-anticoagulantes, betabloqueantes y estatinas-fibratos; presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) y colesterol total y fraccionado. -Análisis: regresión logística.

Resultados. Se estudiaron 507 pacientes, de ellos 35% mujeres (edad media 73,9, DE 11,8) y 65% hombres (edad media 66,2, DE 10,9). Era mayor en mujeres el colesterol total (198 vs 186, p = 0,002) y el HDL (55 vs 48, p = 0,001). La prescripción de antiagregantes-anticoagulantes en los modelos multivariantes fue mayor en hombres (OR = 1,97, p = 0,009) y en pacientes con diabetes (OR = 2,1, p = 0,009). La toma de betabloqueantes disminuía con la edad (OR = 0,79 cada 10 años, p = 0,002). Las variables asociadas a la prescripción de estatinas eran: sexo masculino (OR = 2,2, p = 0,003), edad (OR = 0,73 cada 10 años, p = 0,002) y dislipemia (OR = 4, p = 0,001), la diabetes presentó significación límite (OR = 1,6, p = 0,064).

Conclusión. Existe un patrón de prescripción diferencial según los FRCV de cada paciente aunque se trate de prevención secundaria con criterios de control comunes. Se observa un déficit de prescripciones aconsejadas en mujeres y mayores, destacando las diferencias en la antiagregación en mujeres. Aunque no hay diferencias en colesterol-LDL entre sexos ni edades, se prescriben más hipolipemiantes en hombres y en jóvenes.

P5.02 INFLUENCIA DEL APOYO SOCIAL EN LA MORTALIDAD DE UNA COHORTE DE PACIENTES HIPERTENSOS DE UN CENTRO DE SALUD

M. Gamarrá Mondelo, C. Menéndez Villalva, A. Montes Martínez, M. Fernández Domínguez, R. Fernández Álvarez y M. Nieto Seoane

CS Rivasavía, CS Mariñamansa-A Cuña, Departamento Salud Pública de la Universidad Santiago de Compostela, Unidad de Investigación Gerencia Atención Primaria de Ourense; CS Allariz, PAC Ourense. Ourense. Galicia. Correo electrónico: tgamarra10@yahoo.es

Objetivos. Determinar si existe relación entre el apoyo social y la mortalidad en una cohorte de hipertensos de un Centro de Salud.

Material y métodos. Ámbito: Centro de Salud semiurbano. Tipo de estudio: Estudio observacional, prospectivo de una cohorte de hipertensos con un seguimiento de 9 años. Sujetos: Cohorte de 236 pacientes seleccionados por muestreo aleatorio sistemático de una población diana de 1056 hipertensos en programa en un Centro de Salud. Tras nueve años hubo 49 exitosos y 9 abandonos. Variables medidas: edad, control presión arterial, diabetes, dislipemia, actividad laboral, situación laboral, estado civil, apoyo social funcional, red social, presencia de mortalidad, tipo de mortalidad.

Intervenciones: Análisis multivariante mediante regresión logística.

Resultados. La edad media inicial fue 64,98 IC95% (63,54-66,42), con mayor porcentaje de mujeres: 67,4% (IC95% 61,4-73,4). Fallecieron 49 (20,8% IC95% 16,6-25,9) pacientes, siendo 22 (44,9% IC95% 30,7-59,8) de causa cardiovascular. En el análisis multivariante encontramos relación entre mortalidad y el apoyo social confidencial OR = 2,73 (1,10-6,74). Otras variables también relacionadas eran el estado civil OR = 2,73 (IC95% 1,03-7,20), control de tensión arterial sistólica OR = 3,04 (1,11-8,28) y diabetes OR = 3,21 (1,17-8,77).

Conclusiones. Estar casado, no ser diabético, tener buen control de tensión arterial sistólica y tener un apoyo social confidencial suficiente, se relacionan con una menor mortalidad.

P5.03 INFLUENCIA DEL VALOR DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

T. Alonso Ares, J. Martín Escudero, J. Cuende Melero, J. Carretero Ares, J. Mena Martín y R. López Izquierdo

Gerencia de Atención Primaria Valladolid Oeste. Valladolid. Castilla y León. Correo electrónico: tisro136@yahoo.es

Objetivos. Describir la relación entre la puntuación de las tablas de riesgo cardiovascular (RCV) de Wilson (1998), REGICOR, DORICA y SCORE con la puntuación del cuestionario de calidad de vida EQ-5D (tarifa EVA).

Material y métodos. Estudio epidemiológico transversal descriptivo realizado entre 1997-2000 en el Área de Salud "Valladolid Oeste" dependiente del Hospital Universitario del Río Hortega constituida por una población de 214.445 individuos. Primeramente se estudió la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) mediante una encuesta postal enviada al 20% de la población diana (33.022 sujetos). Se obtuvo un 33,5% de respuestas válidas. Se comprobó que no había diferencias significativas entre los que contestaron y los que no. En una segunda fase se seleccionó una submuestra de 1500 personas; el muestreo fue aleatorio y poliestratificado por edad, sexo, nivel de estudios y FRCV. Esta fase incluyó una entrevista en consulta y una analítica sanguínea. Se comprobaron los datos sobre FRCV recogidos en la fase previa y se midió la tensión arterial, peso, talla, perímetro abdominal y de cadera. También se administró el EQ-5D y se solicitó el consentimiento.

Resultados. La correlación entre la puntuación de las tablas de RCV y la tarifa EVA del EQ-5D viene determinada por los coeficientes: Wilson 1998 $r_{xy} = -0,15$ ($p < 0,01$), REGICOR $r_{xy} = -0,18$ ($p < 0,01$), DORICA $r_{xy} = -0,24$ ($p < 0,01$), SCORE $r_{xy} = -0,27$ ($p < 0,01$).

Conclusión. Los pacientes con mayor RCV presentan peor CVRS porque las puntuaciones de todas las tablas de RCV estudiadas presentan una correlación negativa estadísticamente significativa con la tarifa EVA del EQ-5D.

P5.04 VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA PRACTICADA POR POBLACIÓN DEMANDANTE DE CONSULTA

S. Montesinos Sanz, V. Pérez Martín, C. Marcos Gómez, M. de Miguel Peláez, M. Alier Xufré y E. Fernández Valdívieso

ABS-5 Sta. Coloma de Gramenet. Sta. Coloma de Gramenet (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: susannix2002@yahoo.com

Objetivos. Conocer la actividad física practicada por población de media edad, así como sus factores asociados.

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo transversal. Ámbito de estudio: dos ABS urbanas. Sujetos: muestra aleatoria sistemática de 110 sujetos que acuden a consulta espontáneamente. Mediciones e intervenciones: registramos factores sociodemográficos, así como factores de riesgo cardiovascular (FRCV), tabaquismo, antecedentes patológicos (AP), percepción subjetiva estado salud, actividad practicada, aplicación cuestiona-

rio internacional de actividad física (IPAQ) versión reducida de 7 ítems.

Resultados. 41% hombres, edad media 47,44 ± 15,04. 60% estudios primarios, 68% casados, 70% no fumadores, 29% con FRCV, 40% tienen AP (15,5% cardiovasculares, 5,5% cáncer, 5,5% artrosis, 5,5% respiratorios, 9,1% otros) 71,8% percibe su salud como muy buena o buena. 40% hace alguna actividad física excluyendo caminar (16,4% gimnasia, 7,3% natación, 7,3% bicicleta, 3,6% atletismo, 2,7% fútbol, 2,7% otros). IPAQ alto: 10% (90,9% hombres, 9,1% mujeres), moderado: 19,1% (38,1% hombres, 61,9% mujeres) y bajo: 70,9% (34,6% hombres, 65,4% mujeres) siendo dicha asociación significativa ($p = 0,006$). 92,7% caminan una media $5,99 \pm 1,91$ días a la semana. Sedentarismo medio: $4,09 \pm 2,37$ horas al día.

Conclusión. El perfil de nuestra población atendida corresponde a un sujeto de mediana edad, con estudios primarios, casado, no fumador, que percibe su salud como buena o muy buena que realiza actividad física de nivel bajo porque camina. Los hombres tienden a realizar actividades vigorosas y las mujeres moderadas y bajas, no existiendo asociación con la edad, tabaquismo ni AP. Creemos que nuestra población no es sedentaria debido a las condiciones de habitabilidad de la zona.

P5.05 EVOLUCIÓN DE LA PRESIÓN DE PULSO Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE DE HIPERTENSOS ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD

J. Ortín Arroniz, E. Delsors Mérida-Nicolich, S. Ruiz de Aguirre Maneiro, M. Hernández Sanchís, V. Sánchez Ruiz y G. Bañón Arias

CS Profesor Jesús Marín. Molina de Segura (Murcia). Murcia. Correo electrónico: edelsors@ono.com

Objetivos. Describir factores de riesgo cardiovascular (RCV) en hipertensos atendidos en un Centro de Salud. Analizar la evolución de su presión de pulso (PP) comprobando su relación con la variación de su RCV.

Material y métodos. Diseño: Cohorte retrospectiva sin grupo control. Ámbito: Zona de Salud urbana. Sujetos: cohorte de 338 pacientes. Muestreo mediante tabla de números aleatorios (confianza = 95%, precisión 5%) entre 3860 del total de hipertensos. Se valoraron: edad, sexo, tabaquismo, diabetes, colesterol total, HDL-colesterol, tensión arterial, presión de pulso y RCV (REGICOR). Se recogieron datos a los mismos pacientes al principio y final del intervalo (2003-2008). Se analizó la evolución de la presión de pulso y su relación con el RCV. Tratamiento estadístico mediante estudios descriptivos, t-Student para muestras apareadas y correlación lineal.

Resultados. La edad media en 2003 fue $59,46 \pm 12,36$ años (42,6% varones). En 2008 fumaba el $9,2 \pm 3,08\%$ pacientes, el $26,3 \pm 4,68\%$ eran diabéticos y $60,1\% \pm 5,22$ hipercolesterolemicos (colesterol medio = $202,41 \pm 36,43$ mg/dl). El 47,6% tenían una presión de pulso > 60, un 28,5% entre 50 y 59 y el 23,8% < 50. La PP y el RCV entre 2003-2008 descendieron: PP ($63,18 \pm 0,25$ a $57,84 \pm 0,82$, $p < 0,0001$) y REGICOR ($5,59 \pm 0,25$ a $5,03 \pm 0,23$, $p < 0,0001$). La correlación entre PP y RCV fue elevada en 2003 y 2008 ($p < 0,001$).

Conclusión. Alta proporción de hipertensos con presión del pulso elevada. Al controlar la presión arterial, disminuye la PP. El RCV medido con REGICOR descendió junto con la PP en el intervalo estudiado. Existe una correlación alta entre PP y RCV.

P5.06 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Rodríguez Domínguez, I. Guerra Hernández, M. Fandiño Cobo, M. Madan Pérez, F. Hernández Sanabria y A. de Salamanca Hernández

CS Taco, CS Los Realejos, CS Fasnia. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias. Correo electrónico: calomarc@hotmail.com

Objetivos. Estimar prevalencia de enfermedad arterial periférica (EAP), su distribución entre los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y describir la frecuencia de los FRCV en atención primaria (AP).

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal seleccionando mediante muestreo consecutivo 320 varones 50-65 años, demandantes por cualquier motivo en AP. Variables: EAP (principal) definida por índice tobillo brazo (ITB) < 0,9; calcificación arterial (> 1,3) normal (0,9-1,30), edad, FRCV (hipertensión arterial [HTA], diabetes mellitus [DM], dislipemia [DLP], tabaquismo, obesidad). Cálculo del ITB con Doppler

portátil de 8 MHz. Estadística: Medias, desviación estándar, Chi cuadrado, análisis multivariante: regresión logística múltiple.

Resultados. 320 varones, edad media 56,91 (DE: 4,7), entre 50-56 años 49,7%, 57-65 años 50,3%. ITB medio 1,05 (DE: 0,20). La prevalencia de EAP fue 13,8% (IC95% 10,1%-17,5%), ITB > 1,3: 9,4% (IC95% 8,8%-9,9%); ITB normal: 76,6% (IC95% 73,1%-82,1%). Frecuencias: HTA 60,3%, DLP 55,9%, obesidad 46,6%, DM 27,2%, fumadores 24,4%. El 30% y 24,4% dos y tres FRCV respectivamente, 14,4% ≥ cuatro, 9,7% ninguno. Distribución de EAP entre FRCV: DLP 63,6%, HTA 63,3%, obesidad 40,9%, DM 38,6%, fumadores 34,1%. Distribución de EAP según suma de FRCV (de 0 a ≥ 4): con ausencia 6,8%, uno 22,7%, dos y tres 27,3% y 15,9%, respectivamente, y cuatro o más FRCV 27,3%. Hubo asociación significativa entre EAP con edad: 57-65/50-56 años (68,2% vs 31,8%; $\alpha = 0,011$). Tras análisis multivariante, la EAP se asocia de forma independiente con la edad (OR: 2,3; $p = 0,012$).

Conclusión. Destaca alta prevalencia EAP (aún en ausencia de FRCV) y elevada presencia de FRCV en nuestra muestra. La edad se comporta como factor de riesgo para la EAP. Sería útil determinar el ITB para el diagnóstico de EAP asintomática en determinados grupos de riesgo.

P5.07 TRATAMIENTO PREVENTIVO TROMBOEMBÓLICO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR SEGÚN SUS FACTORES DE RIESGO

M. Marcillas Gómez, M. Gil Gómez, M. Grifoll Hernández, N. Martínez Martínez y O. Doblado López

ABS de Cambrils. Cambrils (Tarragona). Cataluña.

Correo electrónico: mapigil@telefonica.net

Objetivos. Conocer el tratamiento farmacológico en prevención de fenómenos tromboembólicos prescrito a pacientes con fibrilación auricular.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal año 2007 en Área Básica de Salud de Cambrils. Nivel de atención: Atención Primaria. Criterios de selección: > 18 años con diagnóstico de fibrilación auricular. Muestra: n = 116. Variables: 1 Sexo, 2 Factores de muy alto riesgo de AVC (estenosis mitral, accidentes vasculares cerebrales previos), 3 Factores de alto riesgo de AVC (mayor de 75 años, hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica), 4 Tipo de tratamiento: ninguno, AAS 100, AAS 200, AAS 300, AAS 500, clopidogrel 75, clopidogrel +AAS y acenocumarol. Métodos estadísticos: frecuencias.

Resultados. Factores predictivos alto riesgo: HTA 68%, > 75 años 38%, insuficiencia cardíaca 27%, diabetes 18%, cardiopatía isquémica 14%. De n: 14% sin factor de riesgo asociado, 34% un factor de riesgo, 34% dos, 12% tres y un 7% más de tres. Factores de muy alto riesgo, 1% padece estenosis mitral y un 8% ha sufrido ictus. Tratamiento: 17% sin tratamiento preventivo, un 16% toma AAS 100, 2% AAS 200, 16% AAS 300, 1% AAS 500, 2% clopidogrel 75, 5% AAS+clopidogrel, y 41% acenocumarol. Según FR: con un factor de alto riesgo: anticoagulación un 46% y 35% antiagregado. Sólo el 60% de pacientes con AVC previo está anticoagulado y un 10% sin tratamiento. Estenosis mitral 100% anticoagulados. Con acenocumarol: el 6% sufrió hemorragia cerebral.

Conclusión. La mayoría de pacientes tienen uno o dos factores de riesgo, siendo HTA el más prevalente. Los fármacos más prescritos son acenocumarol, AAS 100 y 300. El 40% de pacientes con AVC previo, no está anticoagulado.

P5.08 EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES DESDE UNA PERSPECTIVA POBLACIONAL: ESTUDIO ZONA FRANCA

C. Gómez Fernández, M. Vidal Solsona, A. Byram, M. Vilató García, I. González Casafont y J. Baena Díez

CS La Marina. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: jbaenad@meditex.es

Objetivos. Estudiar la incidencia de enfermedades cardiovasculares (ECV), puesto que hay pocos estudios poblacionales, no estudian todas las ECV y últimamente se han producido cambios epidemiológicos importantes.

Material y métodos. Estudio de cohorte, prospectivo, realizado en 2 centros de salud. Mediante muestreo aleatorio simple se seleccionaron 932 pacientes de 35-84 años, libres de ECV, seguidos 10 años. Se registró la aparición de las ECV cardiopatía isquémica (CI), enfermedad cerebro-

vascular (EC), arteriopatía periférica de extremidades inferiores (AAP-PEEI) y insuficiencia cardíaca (IC). Se calculó la incidencia acumulada (IA) en 10 años, estratificándose por sexo y edad.

Resultados. La IA total fue: algún ECV 12,9% (IC95%: 10,9-15,2); CI 5,6% (IC95%: 4,3-7,2); EC 4,2% (IC95%: 3,1-5,7); AAP-PEEI 1,8% (IC95%: 1,1-2,9); IC 2,8% (IC95%: 1,9-4,1). Por sexo, sólo se hallaron diferencias ($p < 0,05$) en la CI. La IA en varones fue: algún ECV 13,3% (IC95%: 10,3-17,1); CI 7,7% (IC95%: 5,4-10,9); EC 3,2% (IC95%: 1,8-5,5); AAP-PEEI 1,9% (IC95%: 0,9-3,8); IC 2,7% (IC95%: 1,5-4,8). En mujeres: Algún ECV 12,6% (IC95%: 10,1-15,6); CI 4,1% (IC95%: 2,8-6,1); EC 4,8% (IC95%: 3,4-7,0); AAP-PEEI 1,8% (IC95%: 1,0-3,3); IC 2,9% (IC95%: 1,8-4,6). Por edades, la IA de algún ECV fue: 35-44 años: 2,5% (IC95%: 1,0-6,3); 45-54 años: 8,6% (IC95%: 5,5-13,1); 55-64 años: 13,2% (IC95%: 9,5-18,1); 65-74 años: 21,3% (IC95%: 16,6-26,9); 75-84 años: 18,5% (IC95%: 11,6-28,3).

Conclusiones. La CI sólo supone un tercio de las ECV. La edad y el sexo son factores determinantes en la incidencia de ECV, predominando en varones la CI y en mujeres la EC.

P5.09 CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

J. Colomé Doménech, C. Argañaraz Broggi, S. Calvet Junyol,

C. de Juan Asenjo, C. Espel Masferrer y M. de la Figuera Von Wichmann

CS La Mina. Sant Adrià del Besòs (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: 1473mfw@comb.es

Objetivos. En pacientes en tratamiento anticoagulante (TAO) la información sobre presión arterial (PA) y riesgo de complicaciones hemorrágicas es escasa. Evaluar grado de control de PA en pacientes en TAO.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Revisión de historia informática (e-CAP) abril-mayo 2008. Centro de Salud Urbano (CS). Todos los pacientes en TAO. Variables: edad, género, motivo y lugar de control del TAO, antecedentes de HTA y patologías asociadas, último valor de INR (Ratio Internacional Normalizada), PA el día de control de, TAO o en los 3 meses previos. Criterio de control de HTA: PA < 140 y < 90 mmHg.

Resultados. Pacientes 206 (62% mujeres, media de edad 73,1 ± 11,4 años), PA: 135,4 ± 16,7/72,6 ± 11,1 mmHg, HTA 76%, diabetes 37%, cardiopatía isquémica 18,4% e ictus previo 11,2%. Motivo más frecuente de TAO: fibrilación auricular no valvular (65%). Un total 140 pacientes (68%) controlan TAO en el CS de los cuales el 86,3% tienen INR en rango terapéutico. El 90% de pacientes controlados en el CS disponían de registros de PA vs el 67,7% de los controlados en hospital ($p < 0,0001$). Grado de control de la HTA: 56%, sin diferencias entre CS u hospital. Solamente 1 caso con mal control tensional tenía registrado cambios de tratamiento antihipertensivo.

Conclusión. Se registra peor la PA si el paciente sigue control de TAO fuera del CS. El grado de control de la PA en pacientes hipertensos es insuficiente. Las posibles modificaciones del tratamiento antihipertensivo no se realizan o no se registran.

P5.10 EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN REFRACTARIA

E. Cruz Garzón, C. Berbel Navarro, F. Rupérez Vielba, M. Bruguera Hinojosa, M. Moreno Andújar y O. Rebagliato Nadal

CS Ca Noriac. Sabadell (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: abs.canoriac@sabadell.scs.es

Objetivos. Evaluar el perfil clínico y terapéutico en una cohorte de pacientes con HTAR a los 3 años de una intervención.

Material y métodos. Diseño: Estudio de intervención no controlado con seguimiento longitudinal prospectivo. Ámbito: CS urbano (18.611 personas asignadas > 14 años). Sujetos: En el 2005 seleccionamos los 81 sujetos que cumplían criterios de HTAR (mal control PA y tratados con > 3 hipotensores, uno de ellos diurético). Intervención: Formación al EAP en HTAR y notificación de sujetos a cada profesional. Variables: edad, sexo, IMC, PAS/PAD, tabaco, colesterol total (CT), LDL/HDL, HbA1c, RCV, excreción urinaria albúmina (EUA), diabetes, enfermedades cardiovasculares asociadas (ECV), tratamiento antihipertensivo e hipolipemiante, AINE, derivación al nefrólogo.

Resultados. De los 81 sujetos se excluyeron 6 por muerte (5 por ECV), 7 por cambio de domicilio y 11 por ausencia datos clínicos en 2007. De los res-

tantes, un 45% no cumple criterios de HTAR (NHTAR). PA media HTAR 156/90,5 (IC 95% 149,4/87,2-162,6/93,8), PA media NHTAR 139,5/81 (IC 95% 129,4/76-149,7/86). Se encontraron diferencias ES ($p < 0,05$) entre la media de fármacos en el grupo NHTAR (2,63) e HTAR (3,13), pero no se encontraron diferencias ES en el resto de las variables principales.

Conclusión. En nuestro grupo existe un 40% de PseudoHTAR similar a los valores descritos en la literatura a pesar de la intervención. Probablemente la intervención sobre los profesionales ha contribuido a mejorar la adherencia al tratamiento permitiendo la retirada de fármacos en algunos sujetos. Siguen siendo necesarias más intervenciones para mejorar el perfil de estos pacientes.

P5.11 HABILIDADES DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN LAS ESCUELAS

M. Barceló Castelló, M. Cereceda Satué, L. Bailo Vinués, L. Luzón Oliver, M. Alonso Sánchez y P. Parrilla Herranz

Hospital Miguel Servet. Zaragoza. Aragón.

Correo electrónico: mirebarcas@hotmail.com

Objetivos. Describir la evolución a los 6 meses de los conocimientos y aptitudes adquiridos por los alumnos de secundaria, después de impartir un curso de Reanimación Cardiopulmonar Básica en las Escuelas.

Material y métodos. Estudio descriptivo observacional transversal. La población a estudio han sido 250 alumnos de tres colegios de secundaria. Los instrumentos han sido: - Curso teórico sobre habilidades de RCP básica del adulto, niño y lactante con el apoyo de un vídeo. - Práctica de RCP con muñecos. - Cuestionario de 11 preguntas donde se valora el grado de conocimiento adquirido por el alumno sobre las habilidades de la RCP básica antes del curso, posteriormente al curso y a los 6 meses. Para el análisis estadístico y explotación de datos se configuró una base de datos con el programa SPSS bajo Windows.

Resultados. Hemos observado que los alumnos antes de impartir el curso tenían un conocimiento en las habilidades de RCP básica del 42,9% de aciertos en las 11 preguntas del cuestionario. En los exámenes que se pasaban justo después de recibir el curso, tenían un grado de acierto del 84,3%. Y finalmente, a los 6 meses era del 63,1%.

Conclusión. Podemos concluir que los alumnos a los 6 meses del curso de RCP básica seguían manteniendo un grado de conocimiento superior al que tenían antes del curso y ligeramente inferior al que tenían justo después del curso que podría explicarse por el espacio de tiempo transcurrido.

P5.12 ¿CONSEGUIMOS REDUCIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR DE NUESTROS PACIENTES?

S. Borràs Freixas, B. Pérez Rodríguez, A. Josa Arqué, C. Nolla Sabaté, J. Montoya Fernández del Campo e I. Bevià Alemany

ABS Tarragona 4-Llevant, Xarxa Sanitària i Social Santa Tecla. Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: bperez@xarxatecla.cat

Objetivos. Análisis descriptivo del cambio en el porcentaje de riesgo cardiovascular (RCV) entre los años 2006 y 2007. Después de la puesta en marcha de un programa de actuación sobre factores de riesgo.

Material y métodos. Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal. Ámbito de estudio: Área básica de salud urbana. 12.000 habitantes. Sujetos: pacientes con RCV igual-superior al 20% según escala de Framingham, con valores calculados los años 2006 y 2007. Mediciones: variables: sexo, valor de RCV, colesterol total, colesterol HDL, tabaco, tensión arterial.

Resultados. 155 pacientes. Media de RCV hombres 2006: 20,5% y 2007: 16%. Media RCV mujeres 2006: 20% y 2007: 13%. Media colesterol total hombres 2006: 213,5 mg/dl y colesterol HDL: 47,6 mg/dl. 2007: 177,5 mg/dl y 47,35 mg/dl. Media de colesterol total y colesterol HDL en mujeres 2006: 197 mg/dl, y 48 mg/dl. 2007: 188 mg/dl y 49,4 mg/dl. Media de tensión arterial hombres 2006: 138/80 mm Hg. 2007: 122/75 mmHg. Media de tensión arterial mujeres 2006: 136/81 mm Hg. 2007: 128/75. Fumadores 2006: 47,7%. Fumadores 2007: 25,1%.

Conclusión. Partiendo de porcentajes de RCV parecidos en hombres y mujeres, conseguimos reducciones mayores en mujeres aunque la intensidad de reducción en cada uno de los distintos factores de riesgo es mayor en el hombre. Destacar el gran porcentaje de abandono del tabaco. Una actuación activa sobre los diferentes factores de riesgo cardiovascular permite una disminución del mismo.

P5.13 MUCHA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, MUCHA PREVENCIÓN SECUNDARIA, PERO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA, ¿QUÉ?

A. Vega López, J. López de la Iglesia, A. Rodríguez Garrote, S. Fernández Cordero, G. Gutiérrez Raso y M. Medina Martos

CS Condesa, Hospital de León. León. Castilla y León.

Correo electrónico: jaimelelai@hotmail.com

Objetivos. Conocer la prevalencia de la insuficiencia cardiaca (IC) crónica en nuestra zona básica de salud (ZBS), el porcentaje de pacientes con ecocardiograma en la historia clínica (HC) de atención primaria que tengan reflejada la fracción de eyeccción (FE), la etiología de la misma, el grado de anticoagulación cuando la causa era fibrilación auricular (FA), la clase funcional y el porcentaje de pacientes que toman IECAS/ ARAII.

Material y métodos. Estudio descriptivo, transversal. Población > 14 años de nuestra ZBS urbana (22.123 pacientes). Muestra aleatoria sistemática de 184 pacientes con diagnóstico de IC en base de datos de HC informátizada (confianza 95%, precisión 5%, para una proporción esperada del 70%). Revisión de HC y posterior entrevista telefónica (8 habían fallecido). Variables: edad, sexo, fecha de diagnóstico, registro de ecocardiograma y FE en la historia, etiología (hipertensiva, isquémica, valvular, miocardiopatía, FA, otras), clase funcional NYHA último registro, fármacos (anticoagulantes, IECAS/ARA II,) excluyendo contraindicaciones. Recogida en Excel y análisis estadístico con Epidat.

Resultados. Prevalencia IC: 1,6%. Edad media 80,67. Mujeres 61,3% (55,88-68,84). Tiempo medio del diagnóstico 3,7 años. El 67,6 tienen recogido ecocardiograma en su HC y el 100% de éstos registran la FE. El 75,63% FE conservada. Etiología: hipertensiva 72,73% (65,86-79,59), isquémica 23,86% (17,28-29,45), valvulares 42,05%, miocardiopatía 5,68% y FA 61,93% (54,67-69,39%). Clase funcional NYHA II (último registro) 45,46% (37,81-53,09), III 39,66%. Toman IECAS/ARAII el 72,73%. Los pacientes en FA anticoagulados: 67,89% (58,67-72,11).

Conclusión. Como en otros estudios realizados en primaria, la IC en nuestra ZBS es predominantemente diastólica y de etiología hipertensiva. Nuestros porcentajes son superiores, quizás por el gran envejecimiento de nuestra población. Este trabajo ha sido muy útil para acercarnos a la realidad de la IC en nuestra ZBS y saber que tenemos que mejorar.

Sesión 6

Jueves, 20 de noviembre. 11.00-12.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Comunidad/familia/educación para la salud

P6.01 ABORDAJE INTEGRAL DEL DOLOR

M. Aspasia Serón, J. Sáenz de Cámara Barrón, P. Garrido Gómez de Segur y R. Mateos García

CS Olarizu. Vitoria-Gasteiz. País Vasco.

Correo electrónico: info@maeugeniaazpeitia.com

Objetivos de la experiencia. 1. Mejorar conocimientos y habilidades para control del dolor crónico. 2. Conseguir un cambio conductual y una mejor expresión emocional. 3. Optimizar los recursos sociosanitarios.

Descripción de la experiencia. Estructuramos 9 sesiones con 30 personas en el Centro Cívico. Recogimos información de las características del dolor; cómo les afecta y sus expectativas. Utilizando para ello el Cuestionario del dolor de McGill, el Diario del Dolor y una Encuesta de Satisfacción Global. Estudio observacional longitudinal.

Conclusiones. La Escala Visual Analógica del dolor, bajo en 1 punto (57% del grupo). El 36% ha continuado igual y un 7% ha empeorado). Diferenciaron los componentes afectivos-sensoriales- cognitivos del dolor. La intensidad del dolor pasó de grado molesto-angustioso a leve-molesto. El programa, en cuanto a sus objetivos, ha sido efectivo.

P6.02 EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE OPIÁCEOS EN DOS ÁREAS SANITARIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID ENTRE LOS AÑOS 2002 Y 2006

D. Ruiz López, A. Alonso Babarro, P. Gómez Salcedo y M. Varela Cerdeira

Unidad de Cuidados Paliativos, Fundación Instituto San José; Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos, Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario La Paz; Servicio de Farmacia, Hospital Universitario La Paz. Madrid. Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: druizlopez@hotmail.com

Objetivos. Describir la evolución de la prescripción de opiáceos desde 2002 a 2006 en el área 2 y 5 de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo de prescripciones realizadas en Atención Primaria, mediante el cálculo de Dosis por Habitante y Día (DHD), teniendo en cuenta la Dosis Diaria Definida (DDD) de cada opiáceo.

Resultados. En Atención Primaria, el opiáceo más prescrito del 3º escalón analgésico de la O.M.S. es el fentanilo transdérmico (78,39% del total en 2006 en el área 2 y 76,69% en el área 5), seguido por la buprenorfina (12,30% y 13,23%) y la morfina (6,94% y 8,45%). En cuanto al 2º escalón el tramadol es el opiáceo más prescrito con un 85,12% y 83,56% del consumo total. Observamos un crecimiento del consumo del 3º escalón desde una DHD 897,67 en 2003 en el área 5 y 1056,42 en el área 2, hasta 1490,15 y 1601,48 respectivamente en 2006 y del 2º escalón desde 1545,25 y 1629,94 en 2003 hasta 1904,70 y 1730,66 en ambas áreas sanitarias de Atención Primaria en 2006.

Conclusión. Nuestros datos reflejan el aumento del consumo de opiáceos, a pesar del descenso de la morfina. Es destacable que el fentanilo transdérmico es el mayor opiáceo prescrito dentro del grupo del tercer escalón analgésico de la O.M.S., al igual que en otros estudios de países de nuestro entorno. En el segundo escalón analgésico, el tramadol es el opiáceo más empleado, con gran diferencia respecto al resto.

P6.03 EDUCACIÓN PARA LA SALUD: TALLERES PARA MADRES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES INMIGRANTES

A. Bágüena García, R. Escriche Ros, T. Pemán Muñoz, J. Pérez Martínez, M. Aparicio Gómez y C. Pueyo Salavera

CS Almozara. Zaragoza. Aragón.

Correo electrónico: alibague@terra.es

Objetivos de la experiencia. Objetivos generales: -Abolir las desigualdades en salud entre población inmigrante y local. -Aumentar los conocimientos en salud de las madres de inmigrantes menores de edad (IME). Objetivos específicos: -Aumentar las tasas de vacunación en IME. -Disminuir el riesgo de accidentes domésticos. -Promover conductas higiénicas adecuadas. -Divulgar hábitos nutricionales saludables.

Descripción de la experiencia. Durante los tres últimos años hemos trabajado en programas específicos de captación y atención al IME en nuestro Centro de Salud (CS), observando grandes carencias en conocimientos de salud. En respuesta, planteamos la realización de talleres en educación para la salud dirigidos a este grupo. Todo ello en el contexto de una población urbana de 26000 habitantes, donde el 8% es población inmigrante con 440 menores de edad (el 20,5% de la población inmigrante). Se realizaron 4 talleres dirigidos a madres de IME sobre vacunación, alimentación, higiene y prevención de accidentes domésticos durante 3 días consecutivos en el Centro Cívico (CC) del barrio, impartidos por personal sanitario del CS y en horario de 9.15 a 10.30, consensuado con las madres participantes. La captación se llevó a cabo a través de las consultas de Pediatría, Enfermería, Medicina de Familia y Trabajo Social, carteles informativos en CS y CC, trabajo social y grupo de castellano del CC. Logrando una asistencia de 7 personas.

Conclusiones. -Dificultades culturales y de idioma. -Escasa asistencia por fechas de realización (fiesta musulmana) y entorno poco familiar (CC). -Replanteamiento del método de convocatoria. -Satisfacción de los participantes sanitarios. -Interés, participación e interacción de las asistentes. -Continuar con el desarrollo de talleres sobre temas sugeridos por las participantes.

P6.04 OBESIDAD INFANTIL, ¿PODEMOS PREVENIRLA? DE LA CONSULTA A LAS AULAS

A. Romero Noreña, T. Lorente Aznar, M. Rodríguez Torrente, J. Fuertes Fernández-Espinar, G. González García y G. Rodríguez Martínez

CS Santo Grial; CS Sabiñánigo; UD de MFyC de Huesca; CS Perpetuo Socorro; Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Huesca, Zaragoza. Aragón.

Correo electrónico: aromeron@salud.aragon.es

Objetivos de la experiencia. La prevalencia de obesidad y sobrepeso infantil, es elevada y está aumentando progresivamente, lo que hace necesaria la implementación de programas comunitarios de prevención. El objetivo fundamental de nuestro programa es evaluar la aplicabilidad y aceptabilidad de una propuesta de intervención educacional, centrada en el ámbito escolar y planificada desde atención primaria, que incida en la promoción de hábitos alimentarios saludables y el aumento de actividad física.

Descripción de la experiencia. Durante el curso lectivo realizamos una intervención educacional sobre 412 escolares de primaria y sus familias, mediante sesiones informativas y actividades prácticas de refuerzo de los conceptos teóricos. Se ha evaluado el grado de participación y satisfacción de niños y padres en el proyecto, así como la aceptabilidad del mismo.

Conclusiones. El proyecto ha tenido una aceptación favorable entre profesores, familias y en los propios niños. La participación de escolares ha sido elevada y mantenida en el tiempo. Los padres han aceptado dicha participación prestando su consentimiento informado, pero sólo un bajo porcentaje ha asistido a las charlas informativas, siendo necesaria una mayor implicación. La detección y priorización de la obesidad infantil, desde un ámbito comunitario y con una perspectiva integral, contribuye a la satisfacción tanto del profesional como del usuario, y mejora la calidad de nuestros servicios al ciudadano. La intervención, en consonancia con directrices nacionales e internacionales, puede sumarse a los proyectos de prevención de obesidad infantil y promoción de salud.

P6.05 PATOLOGÍA DUAL: ALCOHOLISMO, PATOLOGÍA PSQUIÁTRICA Y OTRAS ADICIONES

A. Téjero Manso, L. Briongos Figueroa, M. Rodríguez Pastrana, T. Gómez Talegón, M. Vian del Val y A. San José Gallegos

Alcohólicos Rehabilitados de Valladolid (Arva). Valladolid. Castilla y León.

Correo electrónico: angelicatejero@hotmail.com

Objetivos. Determinar la presencia de patología psiquiátrica y asociación con otras adicciones en pacientes alcohólicos.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo, con una revisión de historias clínicas de los pacientes alcohólicos atendidos en 2007 en una asociación especializada (N = 77). Se recogió información referente a datos sociodemográficos del paciente, historia de drogodependencias (drogas legales -tabaco-, ilegales) y datos sobre patología dual en tres categorías: No patología psiquiátrica, patología psiquiátrica filiada y no filiada. Patología psiquiátrica filiada si en la historia clínica figura informe con diagnóstico DSM IV/CIE 10, y no filiada si el paciente hace referencia a patología o toma medicación psiquiátrica pero sin diagnóstico concreto. Procesamiento mediante SPSS 14.0. Análisis estadístico mediante ANOVA y chi-cuadrado.

Resultados. El 79,2% de los pacientes alcohólicos son varones y el 20,8% mujeres, con una media de edad de $42,7 \pm 10,8$ DE para los varones y $41,4 \pm 11$ DE para las mujeres, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($F = 0,184$ y $p > 0,05$); 80,5% fuman, 16,9% consumen drogas ilegales (cocaína, cannabis), y 7,8% son politoxicómanos (consumo de más de una droga ilegal). 48,1% de pacientes alcohólicos presentan patología psiquiátrica, de los cuales, 10,4% está filiada. 16,2% de pacientes con patología psiquiátrica y 17,5% de pacientes sin ella, toman drogas ilegales, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$). 5,4% de pacientes con patología psiquiátrica y 10% de pacientes sin ella son politoxicómanos, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$). 55,6% de pacientes entre 18-30 años, 37,9% 31-40, 47,6% 41-50, 61,5% 51-60 y el 60% 61-66 presentan patología psiquiátrica, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes rangos de edad ($p > 0,05$).

Conclusión. La mitad de los pacientes alcohólicos atendidos en 2007 presentaban patología psiquiátrica, de los cuales, el 16% consumen cocaína o cannabis y el 5,4% con consumidores de ambas sustancias. Es necesario realizar más estudios para determinar qué comenzó primero, la patología psiquiátrica o el alcoholismo.

P6.06 EXPERIENCIA Y PRIMEROS RESULTADOS DEL PROGRAMA PILOTO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE COLON Y RECTO EN UNA ÁREA DE SALUD

J. Cruzado Quevedo, F. Pérez Riquelme, E. Torrella Cortés, M. Cavas García, P. Esteban García y J. Gutiérrez García

Gerencia de Atención Primaria del Área 1 de Murcia; Servicio de Promoción y Educación para la Salud de la Consejería de Sanidad; Hospital Morales Meseguer. Murcia. Murcia.

Correo electrónico: jose.cruzado@carm.es

Objetivos de la experiencia. Valorar viabilidad y participación de la población diana del PPCCR. Resultados tras dos años.

Descripción de la experiencia. La población diana la componen hombres y mujeres entre 50 y 69 años (35.771 personas) asignados a una área de salud (13 zonas salud (ZS) y 1 Hospital). La captación se realiza mediante carta invitación individual por ZS (previa información al Ayuntamiento, Equipo Atención Primaria y Farmacias), y recuerdo cada 6 meses (en total se enviaron 72.092 cartas invitación). La carta acredita para retirar equipos de cribado en Centro Salud (CS) y farmacias. Dos auxiliares de enfermería (AE) desplazadas a los CS informan, entregan equipos y recogen muestras (dos por persona) que se remiten diariamente al laboratorio del hospital. La determinación de sangre oculta en heces (SOH) se realiza por métodos inmunológicos (FOBT_Gold®). Cuando una, o las dos, resulta positiva, una enfermera del programa, desde el hospital, concierta con la persona la colonoscopia como prueba diagnóstica. La tasa de participación fue del 42,3%, similar y/o superior a otros estudios, con una tasa de SOH positiva del 9,48% (11,8% hombres y 7,59% mujeres). Los diagnósticos fueron 51 canceres invasivos, 125 canceres no invasivos (109 carcinomas in situ y 16 intramucosos), 465 con otros adenomas de alto riesgo y 303 de bajo riesgo.

Conclusiones. El modelo organizativo propuesto, que utiliza recursos propios del sistema, es adecuado y viable. Los profesionales de apoyo al programa y la participación de farmacias evitan el incremento de cargas de trabajo en los EAP. El test de SOH empleado permite tasas elevadas de detección de canceres y/o patologías susceptibles de tratamiento precoz.

P6.07 PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN EL PERSONAL DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA. CONOCER PARA ACTUAR

J. Bernad Suárez, A. Casas Benz, J. Cortés, S. Criville, L. Bernad Marín y C. Santmaría Colomer

CAP Dr. Masriera. Vilassar de Mar (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: jesusbernadsuarez@camfic.org

Objetivos. Principal: conocer el estado del tabaquismo en nuestra Área Básica de salud (ABS). Secundarios:-detectar la prevalencia de tabaquismo. -Saber la posición del personal sanitario respecto a variables como edad, sexo, estamentos, antecedentes familiares, intentos de cesación... -Definir el interés del personal por cesación tabáquica.

Material y métodos. Población: el personal del ABS en primera semana abril-2008. Estudio descriptivo transversal sobre prevalencia/actitud del personal sobre tabaquismo. Encuesta agrupada a partir de Danilo (2003)-Mafer (2004), añadiendo Test Fagerström modificado sobre dependencia nicotínica y de estudio de historia tabáquica. Total confidencialidad y anonimato. Administrativa fumadora reparte y recoge impresos a limpiadoras, administrativos, transportistas sanitarios. Una enfermera fumadora lo hace a enfermería y un médico fumador a médicos. Se reparten 64. Se recogen 58 (90,6%).

Resultados. -Distribución-personal: 19 médicos (11 mujeres); 18 DUEs (14 mujeres); 11 administrativos (7 mujeres), 8 transportistas sanitarios (6 varones), 2 limpiadoras (mujeres). -El 72% de varones se agrupan entre 31-50 años; el 78,8% de mujeres, en 26-50 años. -Hay 25 fumadores (prevalencia = 26%), 19 exfumadores (33%), 24 no-fumadores (41%). -Tabaquismo por estamentos: administrativas = 54,55% (42,8% mujeres; 75% varones). -Enfermería = 22,2%, Médicos = 21,05%. Transporte sanitarios = 12,5%. -Mayor prevalencia tabaquismo entre 31-40 años (53,4% de fumadores). -Consumo medio = 13 cigarrillos/día (mujeres 11, varones 16). -Edad primer cigarrillo = 17,2 años; (exfumadores = 16,36). -Edad de consumo de 5 cigarrillos/día = 20,6 (exfumadores = 19,5). -Porcentaje padres fumadores: 80% en fumadores, 68,42 en exfumadores; 45,83% en no-fumadores. -Nivel dependencia-nicotínica: alto = 18,75%; medio = 6,25%; bajo = 75%. -Intención de cesación = 62,5% (mujeres = 55%; varones = 71%). Media de intentos = 2,3 veces. Uso de ayudas = 40%. -93,75% de fumadores quieren programa/tratamiento en su centro. Sólo el 62,5% asistiría.

Conclusión. 1-La prevalencia es significativamente inferior en médicos y enfermería que la esperada según Encuesta-Nacional-Salud-2006 (población general = 31,3). 2-Los administrativos tienen una prevalencia muy alta (54,55). 3-El antecedente padres-fumadores se asocia a tabaquismo de los hijos ($p < 0,001$). 4-Poca utilización de ayudas motivacionales/farmacológicas en los intentos de cesación. 5-El deseo de programa en centro (93,75%) no se asocia a intención de asistir (62,5%).

P6.08 VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE LA POBLACIÓN ANCIANA DE LEZO-SAN JUAN

J. Thalamas Atienza, I. Lizaso Ubera, M. Arrondo Etxabe, C. Otermin Mendiola, M. Benito Galarraga y S. Lekuona Regodon

CS de Lezo y de San Juan. Guipúzcoa. País Vasco.

Correo electrónico: thalamas@apge.osakidetza.net

Objetivos. El objetivo principal del estudio es analizar la situación socio familiar y el apoyo social en la población anciana (> 65 años). Evaluar los recursos familiares, económicos y sociales y conocer los recursos de apoyo de la red social existentes en la población.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo transversal. Realizamos 275 encuestas telefónicas sobre 1.498 ancianos (17% de la población) sobreestimando un 30% la muestra por posibles pérdidas (IC 95, i: 0,05) pasándoles la ESCALA DE GIJON de valoración socio- Familiar.

Resultados. La mitad de los ancianos se encuentran entre 65-75 años con predominio de mujeres (56,7%), viudas (29%), y viven solos (19%), sin ingresos (8,7%) y sin ascensor (58%), pero con buenas relaciones sociales (84%) y sin apoyo social (79%) aunque con elevado riesgo social (55%). sólo el 5,1% requieren apoyo social permanente 24 horas. En general una buena situación socio familiar (37,5%) con un 6,2% de problema social (menor que en otros estudios 25%).

Conclusión. Instrumento específico de medición de la situación social, creemos que la escala es útil para su incorporación en la práctica asistencial. Facilita la medición objetiva de esta dimensión dentro de la valoración geriátrica integral (VGI), permite realizar comparaciones y establecer diferentes categorías, detectando aquellos ancianos de mayor riesgo, pero sin olvidar que la VGI no es un fin, sino el medio que nos permite establecer una actitud individualizada, porque la mera valoración carece de interés si de esta no se deriva una serie de actuaciones destinadas a mejorar la calidad de vida y salud del anciano.

P6.09 EL PACIENTE BEBEDOR DE RIESGO: ¿UN RETO PARA LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA?

C. Gutiérrez Aparcero, M. Pou Vila, N. Camprodón Tuneu y M. Benítez Camps

EAP Gòtic. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: dra_guti@hotmail.com

Objetivos. Evaluar si el personal sanitario sabe detectar a los pacientes bebedores de riesgo. Conocer si se realiza consejo breve antialcohol y la opinión de los profesionales sanitarios sobre la eficacia de dicho consejo.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal realizado en cuatro EAP urbanos. Encuestas auto-administradas a médicos y enfermeras durante marzo de 2008. Las variables fueron: sexo, edad, profesión, conocimiento sobre el consumo de alcohol considerado de riesgo y de los test de detección del paciente bebedor de riesgo, actuación ante la detección del bebedor de riesgo y opinión sobre la eficacia del consejo breve antialcohol.

Resultados. De los 87 profesionales el 75,9% dijo conocer los test de detección del paciente bebedor de riesgo. El 35,6% cuantificó correctamente la cantidad de alcohol considerada de riesgo. El 72,4% afirma realizar siempre detección del hábito enólico. El 95% da consejo breve y el 60,2% considera eficaz la realización de dicho consejo. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre médicos y enfermeras en la cuantificación, detección, realización de consejo y opinión con $p = 0,752$, $p = 0,327$, $p = 0,330$ y $p = 0,270$ respectivamente.

Conclusión. Los profesionales sanitarios afirman conocer la cantidad de alcohol considerada de riesgo y los test de diagnóstico del paciente bebedor. Existe déficit en la detección del paciente bebedor de riesgo. No existen diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos, actuación ni opinión entre médicos y enfermeras. La mayoría afirman dar consejo breve aunque prácticamente la mitad de ellos no lo consideran eficaz.

P6.10 LA SEMANA DEL CORAZÓN: CUIDEMOS EL CORAZÓN DE NUESTRA POBLACIÓN

M. Pàmies Gracia, I. Gil Gil, E. Cruzado Punter, A. Salillas Barrio, M. Palacín Cambra y A. Sanz Sanz

EAP Aran. Vielha (Lleida). Cataluña.

Correo electrónico: mpamies@aransalut.com

Objetivos de la experiencia. Actividad comunitaria dirigida a sensibilizar a la población y prevenir los factores de riesgo cardiovasculares en un ámbito rural, promoviendo una alimentación cardiosaludable, ejercicio físico regular, abandono del tabaco, control del peso, de la tensión arterial y de las cifras de colesterol y azúcar.

Descripción de la experiencia. Cada día de la semana se dedicó a un factor de riesgo cardiovascular, realizando las siguientes actividades: -Día 1: Promoción del ejercicio físico, organizando marcha popular para la gente mayor, Gincana para niños y jóvenes y sesiones de gimnasia, aeróbic y taichi. -Día 2: Dieta cardiosaludable, organizando una compra cardiosaludable guiada por sanitarios, en grupos reducidos y preparación menús cardiosaludables con los alimentos comprados. -Día 3: Control tensión y azúcar, organizando una toma de presión y glicemia popular en el mercado semanal de la zona. -Día 4: Prevenir la obesidad con una mesa redonda sobre su abordaje psicológico y una sesión de yoga para combatir el estrés. -Día 5: Día mundial tabaco: mesa informativa sobre tabaquismo, ofreciendo a los fumadores medición niveles CO y consejo. Además se organizaron conferencias en relación al factor de riesgo tratado cada día: beneficios del ejercicio físico, alimentación cardiosaludable, técnica de toma tensional a domicilio, colesterol y dieta, diabetes y corazón, mujer y corazón, efectos del tabaco y deshabituación.

Conclusiones. Valoración muy positiva de los participantes con una alta participación. Propuestas de mejora: organizar más actividades dirigidas a población joven y a fumadores activos, por ser el colectivo que menos participó y el más tributario de prevención primaria.

P6.11 SALVANDO CORAZONES

S. Denizón Arranz, R. Escriche Ros, R. Genique Martínez, V. Latorre Gines, A. Litago Cortes y C. Sarasa Bosque

UD de MFyC del Sector Zaragoza II. Zaragoza. Aragón.

Correo electrónico: ctbosque@hotmail.com

Objetivos de la experiencia. Estudiar los conocimientos previos de escolares sobre Reanimación cardiopulmonar básica (RCP). Evaluar la efectividad de la intervención educativa de nuestro grupo "RCP Escuelas".

Descripción de la experiencia. En 2005 surgió el grupo "RCP escuelas", supervisado por tutores hospitalarios de Medicina de Familia (instructores SEMES-ÁHA), y médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Trabajamos impartiendo cursos teórico-prácticos según las recomendaciones de la American Heart Association (AHA), a escolares de edades comprendidas entre 15 y 17 años de distintos colegios de Educación Secundaria de un área urbana. La metodología del curso consiste en la realización de un cuestionario previo que evalúa el nivel de conocimiento sobre este área de los alumnos, repitiendo el mismo al finalizar el curso, junto con una encuesta de satisfacción. Transcurridos 6 meses, se repite el cuestionario inicial. Para la realización del curso contamos con soporte audiovisual, materiales teóricos para los alumnos, maniquíes de resucitación de adultos, niños y lactantes y DEA. El análisis descriptivo de los cuestionarios nos permite en el momento actual evaluar los conocimientos previos de una muestra de 513 alumnos de los 8 colegios participantes, comparándolos con los adquiridos al finalizar nuestra actividad.

Conclusiones. Las mayores dificultades iniciales que presentan nuestros alumnos son: identificar situaciones de emergencia, conocer y realizar la secuencia correcta de RCP y el abordaje de la asfixia en el lactante. Tras el curso, la capacidad de actuación de los alumnos mejora significativamente. Esta iniciativa es valorada muy positivamente tanto por los escolares, como por la directiva de los colegios y por los mismos instructores.

P6.12 TALLER DE ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN ALUMNOS DE 1º DE ESO

E. Mur Cervelló, J. Gómez García, N. Morales Ortega, M. Pinazo Serón, F. Rodríguez Casado y J. Biritia

ABS Torredembarra, Xarxa Sanitària i Social Santa Tecla. Torredembarra (Tarragona). Cataluña.

Correo electrónico: esthermur@comt.es

Objetivos de la experiencia. Conocer la situación de los adolescentes en relación con el tabaquismo. Informarles sobre los efectos nocivos del tabaco. Conocer qué motiva a los adolescentes a fumar o no.

Descripción de la experiencia. Realizamos un taller de 1 hora en las 11 clases de 1º de ESO de los 2 institutos. Primero pasamos una encuesta sobre tabaquismo para saber: conocimientos sobre tabaco e historia tabáquica personal. Posteriormente, práctica e interactivamente, se dio información sobre toxicidad de los principales componentes de los cigarrillos: nicotina (trabajando la dependencia), alquitrán (explicando cómo produce cáncer mediante frascos de cristal llenos del alquitrán procedente de la combustión de cigarrillos) y CO (realizando cooximetrías). Dividimos a los alumnos en 2 grupos, y por "lluvia de ideas", enumeraban en un grupo motivos para fumar, y para no hacerlo en el otro. Finalmente numeraban los motivos por orden de importancia y se ponían en común.

Conclusiones. Un 27,7% han fumado alguna vez, edad del primer contacto va de 7 a 14 años, 6% fuman diariamente. Se les conciencia sobre efectos nocivos del tabaco, y se reflexiona sobre sus motivaciones para fumar o no. Entre los motivos para fumar destacan: parecer interesantes/adultos, imitar a los padres, relajarse, popularidad, moda y "no quedar mal". De los motivos para no fumar: salud, forma física, económico, familia, estética, y contaminación.

Sesión 7

Jueves, 20 de noviembre. 12.00-13.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Riesgo cardiovascular

P7.01 ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA

I. Pascual Palacios, V. Revuelta Garrido, M. Ripoll Pons, M. Baldrich Justel, R. Sagarra Álamo y J. Basora Gallissà

CAP Sant Pere; Servicio de Atención Primaria Reus-Altebrat. Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: irexin@hotmail.com

Objetivos. Detección de la presencia de arteriopatía periférica crónica de miembros inferiores (ACMI) en un grupo de pacientes asintomáticos y con factores de riesgo cardiovascular en atención primaria mediante la técnica del índice «tobillo/brazo» (ITB).

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal realizado en un Servicio de Atención Primaria en el que se seleccionaron aleatoriamente pacientes con factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Se ofreció a los usuarios de los diferentes centros de salud la posibilidad de realizar la determinación del ITB y detectar arteriopatía periférica, mediante palpación y determinación de la presión arterial con una sonda Doppler. Se registró la presencia o ausencia de pulsos y se calculó el ITB, se registraron también variables sociodemográficas y FRCV.

Resultados. Participaron 8 centros de atención primaria en los que se realizaron 95 exploraciones. El 55,7% fueron hombres con una edad media de 64,8 años. En cuanto a factores de riesgo cardiovascular la hipertensión se registró en el 58,9% de los casos, la dislipemia en 27,5%, la diabetes mellitus tipo 2 en el 55,7%, el tabaquismo en el 26,3%, antecedente de cardiopatía en 15,7% y el de accidente cerebrovascular y arteriopatía previa en un 5,2%. Se detectó arteriopatía en un 28,4% (cuando ITB < 0,9).

Conclusión. La prevalencia hallada fue de un 28,4% en pacientes asintomáticos con FRCV, por lo que se debería realizar sistemáticamente en las consultas de Atención Primaria en estos pacientes.

P7.02 EL GÉNERO INFUYE EN EL CONTROL CARDIOVASCULAR EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

P. Buil Cosiales, J. Díez Espino, A. Brugos Larumbe, F. Guillén Grima, C. Bartolomé Moreno y A. Sola Larraza

CS Villava; CS Tafalla; CS Azpilagaña; CS Iturrama. Pamplona. Navarra.

Correo electrónico: pilarbuil@oiono.com

Objetivos. Se ha comprobado la existencia de diferencias en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con cardiopatía isquémica (CI) dependiendo del género. Nuestro objetivo es comprobar si en nuestro medio hay diferencias entre géneros en el manejo de pacientes con un evento cardiovascular.

Material y métodos. Analizamos los registros procedentes de la base de datos informatizada de 5 zonas básicas de Salud, tres urbanas y dos semiurbanas. Extrajimos los datos de pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, accidente vascular transitorio o enfermedad isquémica periférica, sus tratamientos y nivel de control de factores de riesgo (FR) del año 2006.

Resultados. De 54.592 (51% mujeres) pacientes mayores de 18 años 2592 (37,3% mujeres) tenían registrado al menos un evento. La edad media era de 70 años (72 las mujeres, 69,1 los hombres). Los hombres tenían con más frecuencia la TA < 140/90 mmHg (66,2% vs 61,9%, p = 0,04), y el colesterol total inferior a 175 mg/dl (28 vs 17,1, p < 0,001). No había diferencias en el control de TA < 130/80 mmHg, en el control de LDL < 100 mg/dl, ni IMC < 30 Kg/m². Los hombres tenían con menor frecuencia un IMC < 25 Kg/m² (7,5% vs 10%). Los hombres tomaban con más frecuencia antiagregantes o anticoagulantes (78,6% vs 62,5%, p < 0,001) y estatinas (58,4% vs 39,3%, p < 0,001). No había diferencias en el uso de betabloqueantes en pacientes con CI.

Conclusión. El control de los FR es más frecuente en los hombres. Las mujeres reciben menos antiagregantes/anticoagulantes y estatinas.

P7.03 LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCIÓN PRIMARIA. ¿CUMPLIMOS LAS RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS DE LAS GUÍAS?

J. López de la Iglesia, A. Vega López, S. Fernández Cordero, A. Rodríguez Garrote, G. Gutiérrez Raso y M. Medina Martos

CS Condesa; UD de MFyC del Hospital de León. León. Castilla y León. Correo electrónico: jaimeeldelai@hotmail.com

Objetivos. Investigar si adecuamos el tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) a las recomendaciones de la Guía Europea en cuanto al uso y dosis correcta, de acuerdo al grado funcional de la NYHA. Conocer si recomendamos medidas no farmacológicas y el grado de cumplimiento de las mismas y determinar el porcentaje de pacientes que toman habitualmente (más de cinco días al mes) fármacos no recomendados en la IC.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Zona básica de salud urbana. Muestra aleatoria de 184 pacientes con IC (nivel de confianza del 95%). Revisión de historias clínicas y posterior entrevista telefónica. Variables: filiación, etiología, disfunción sistólica, diastólica (FE > 45-50%), clase funcional NYHA, fármacos (diuréticos, IECA/ARAII, beta-bloqueantes-bisoprolol, carvedilol, nebivolol, digoxina, sintrom), fármacos no recomendados (AINES, efervescentes, verapamilo-diltiazem en la sistólica, corticoides, tricíclicos, macrólidos, antifúngicos, antiarrítmicos clase I excluyendo amiodarona). Medidas no farmacológicas: restricción de sal y líquidos (no más de 1,5-2 litros/día en III-IV de la NYHA), autocontrol del peso.

Resultados. Edad media 80,6 años. Mujeres 61,63%. FE > 45% 75,63%. Toman IECA/ARAII el 72,73% (a dosis óptima el 38,41%). Toman BB clase funcional II-IV el 6,62% (2,32-10,92%). IECA/ARAII+BB 3,97% (0,57-7,42%). El 92,61% (88,47-96,76%) diuréticos, el 17,79% son ahorreadores de potasio. El 38,07% toma digoxina. En FA están el 61,93% de los cuales el 58,62% toman digoxina. El 67,89% de las FA están anticoagulados. El 32,95% toman algún fármaco no recomendado, AINES los más frecuentes (19,89%). El 100% reconoce estar informado de la restricción de sal (lo cumplen 47,11%), el 57,17 de líquidos (lo cumplen 31,15%), el 57,17 del autocontrol del peso (lo realiza el 15,32%).

Conclusión. No seguimos las recomendaciones de las guías. Debemos insistir en las medidas no farmacológicas y evitar los AINES en lo posible.

P7.04 RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO. INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

R. López Fraile, C. Nolla Sabaté, C. Ros Bertomeu, M. Artigau, J. Ribó y E. Mur

ABS Vilaseca; UD de MFyC de la Xarxa Sanitària i Social Santa Tecla. Tarragona. Cataluña. Correo electrónico: rolopez@xarxatecla.cat

Objetivos. 1.-Estudio pacientes registrados con riesgo cardiovascular (RCV) alto (> 20%) según escala Framingham 1998 modificada. 2.-Evaluar intervención en la práctica clínica en el control y seguimiento de los factores de riesgo (FR).

Material y métodos. Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal. Ámbito: Atención Primaria. Sujetos: todos los pacientes registrados con RCV alto, que acuden a consulta durante 2006. Edades entre 40-74 años que no han presentado ningún episodio cardiovascular. Estudiamos datos epidemiológicos y FR. Realizamos encuesta, exploración física y análisis laboratorio. Se estima el RCV individual según escala de Framingham modificada. Se dan consejos dietéticos y estilos de vida. Mediciones: variables: edad, sexo, presión arterial (PÁ), lípidos (colesterol total, HDL, LDL) glucemia, índice masa corporal (IMC) y tabaco (si/no/exfumador > 1 año).

Resultados. 185 pacientes: 128 hombres (edad media 62,88 a); 57 mujeres (edad media 64,95). Prevalencia FR: hipertensión (77,29%), hipercolesterolemia (66,48%), diabetes (69,19%), obesidad (61,08%), tabaquismo (50,27%). Cifras medias obtenidas tras intervención: PAS 131,88; PAD 76,00; colesterol 199, 70; LDL col 115, 28; HDL col 49,19; IMC 30, 51. Fumadores 31,35%; ex fumadores > 1 año 18,91%. Evolución RCV tras nuestra actuación: < 10% 26 (14,05%), 10-20% 107 (57,84%), > 20% 52 (28,11%).

Conclusión. La prevalencia de FR es muy elevada, alrededor del 78% tienen tres o más factores de riesgo. Destacamos tras nuestra intervención una mejora en la estimación del RCV. El 71,89% presentan actualmente un RCV < 20%. Aunque siguen presentando sobrepeso importante y alto porcentaje de tabaquismo. Deberíamos intensificar nuestras acciones en prevención primaria mediante la promoción de estilos de vida cardio-saludables.

P7.05 SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

F. Fina Avilés, L. Méndez Boo, M. Medina Peralta, B. Iglesias Pérez, M. Ferran Mercadé y M. Fàbregas Escurriola

Institut Català de la Salut. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: ffinaaviles@gencat.net

Objetivos. Conocer el grado de seguimiento de las recomendaciones terapéuticas (antiagregación y beta-bloqueantes) en pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica.

Material y métodos. Se analizaron informáticamente los datos de la totalidad de los pacientes mayores de 14 años de la comunidad autónoma a partir del registro en la historia clínica informatizada de atención primaria en fecha 31-5-08. Los diagnósticos incluidos fueron: infarto agudo de miocardio, angina estable e inestable, y cardiopatía isquémica crónica. Se consideró que el paciente estaba en tratamiento si en la historia clínica constaba una prescripción activa en el momento del análisis. Se compararon estadísticamente los porcentajes entre grupos de sexo y edad mediante la prueba de ji cuadrado.

Resultados. Se incluyeron 5.014.201 pacientes, de los cuales 105.903 tenían codificado algún diagnóstico de cardiopatía isquémica (prevalencia: 2,11%). De ellos, 93.355 (88,2%) tenían prescripción de antiagregante, y 53.699 (50,7%) de beta-bloqueante. Se repitió el análisis de forma separada por sexo y edad, mostrándose un mayor porcentaje de pacientes tratados entre los hombres (90,2% contra 83,9% para la antiagregación, y 53,0% contra 46,1% para el beta-bloqueante), especialmente en las edades más jóvenes. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas.

Conclusión. Se observa un elevado seguimiento de la recomendación de tratamiento antiagregante en los pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica. Sin embargo, la prescripción de beta-bloqueante es mucho menor, señalando un campo importante de mejora. Deben estudiarse las causas del menor seguimiento de las recomendaciones en mujeres.

P7.06 SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DE PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE FIBRILACIÓN AURICULAR

F. Fina Avilés, L. Méndez Boo, B. Iglesias Pérez, M. Medina Peralta, M. Ferran Mercadé y M. Fàbregas Escurriola

Institut Català de la Salut. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: ffinaaviles@gencat.net

Objetivos. Conocer el grado de cumplimiento de las recomendaciones para la prevención del riesgo trombótico en pacientes con fibrilación auricular.

Material y métodos. Se analizaron los datos de la totalidad de los pacientes mayores de 14 años de la comunidad autónoma a partir de la historia clínica informatizada. Se establecieron 3 grupos de pacientes: 1) Riesgo trombótico alto: Pacientes con un factor de alto riesgo (AVC, ICC o valvulopatía), o mayores de 74 años con un factor de riesgo moderado (HTA, DM o enfermedad vascular). Recomendación: anticoagulación 2) Riesgo moderado: Pacientes menores de 74 años con algún factor de riesgo moderado y sin ningún factor de alto riesgo. Recomendación: anticoagulación o AAS 3) Riesgo bajo: Pacientes menores de 65 años sin ningún factor de riesgo. Recomendación: AAS o no profilaxis.

Resultados. Se incluyeron 5.014.201 pacientes, de los cuales 67.786 estaban diagnosticados de fibrilación auricular (prevalencia: 1,35%). De ellos, 47.049 (69,4%) pertenecían al grupo de alto riesgo, 18.051 (26,6%) al grupo de riesgo moderado y 2.686 (4,0%) al grupo de bajo riesgo. Los porcentajes de pacientes sin profilaxis, AAS, otros antiagregantes y anticoagulación fueron respectivamente 8,8%/19,9%/5,5%/65,8% para el grupo de alto riesgo, 14,1%/24,6%/3,7%/57,6% para el grupo de riesgo moderado y 37,1%/26,2%/2,0%/34,7% para el grupo de bajo riesgo.

Conclusión. El seguimiento de las recomendaciones dista de ser óptimo. Destaca el uso aún insuficiente de la anticoagulación en pacientes de alto riesgo, y un uso excesivo en los pacientes de bajo riesgo. Existe un porcentaje no despreciable de pacientes sin ninguna pauta profiláctica.

P7.07 ¿PODEMOS MEJORAR LAS CIFRAS TENSIONALES EN NUESTROS PACIENTES DIABÉTICOS?

M. Besa Castellà, M. Alsina Casalduero, A. Font Sala, M. de La Poza Abad, C. Iglesias Serrano y M. Oller Colom

CAP Dr. Carles Ribas. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: martabesa@yahoo.es

Objetivos. - Estudiar el grado de control de tensión arterial en diabéticos hipertensos con tratamiento analgésico efervescente. - Evaluar el grado de eficacia de la retirada del tratamiento efervescente en estos pacientes.

Material y métodos. Estudio experimental (antes-después) en un centro de salud urbano. De 2.411 pacientes hipertensos (CIE-10 I10) incluidos en la historia clínica informatizada de nuestro centro, se seleccionaron aquellos que eran diabéticos y estaban en tratamiento crónico con analgesia efervescente (paracetamol y/o ibuprofeno) cumpliendo dichas condiciones un total de 44 sujetos. A este grupo de pacientes se les calculó la media de tensión arterial, clasificándolos en buen control y mal control según criterios de la OMS. Tras la retirada de los analgésicos efervescentes, se realizó al mes un control tensinal.

Resultados. De los 44 pacientes estudiados, 75% eran mujeres. El grado de mal control de la tensión arterial inicial fue del 59,1% en la sistólica y del 6,8% en la diastólica. Tras la retirada, el grado de mal control fue de 43,2% en la sistólica y 11,4% en la diastólica.

Conclusión. - Se constató un importante porcentaje de mal control en diabéticos hipertensos que realizaba tratamiento con analgésicos efervescentes (con un no despreciable contenido en sodio). - Tras la retirada de analgésicos efervescentes observamos una franca mejoría de la tensión arterial sistólica en los pacientes diabéticos, aunque esta diferencia no resultó estadísticamente significativa.

P7.08 DISLIPEMIA Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: ¿TRATAMOS O NO?

E. Fernández Valdivieso, S. Montesinos Sanz, N. Pereira Berdullas, V. Pérez Martín, M. de Miguel Peláez y C. Díez Lázaro

ABS Barri Llati; ABS Santa Rosa. Santa Coloma de Gramanet. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: jrmeca@gmail.com

Objetivos. Evaluar el grado de control de dislipemia en pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica (CI) en atención primaria y evaluar si existen diferencias según el tratamiento empleado.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Sujetos: muestra aleatoria sistemática de 122 sujetos con diagnóstico de cardiopatía isquémica de > 3 meses de evolución, de 2 ABS urbanas. Variables: edad, sexo, tabaco, diagnóstico de dislipemia, tratamiento y tipo de hipolipemiantes.

Resultados. Hombres 72,1%, mujeres 27,9%, con una edad media de 70

años. Angina 48,5%, infarto 51,6%. Fuman el 5,7%, sin registro el 11,5%. Sólo el 31% tenían LDL < 100 mg/dl; LDL 100-130: 23%; LDL > 130: 16% y el 30% sin registrar. El 54% estaban diagnosticados de dislipemia, de éstos, el 58% presentaban LDL < 100. El 72% recibían tratamiento hipolipemiantes, de éstos, el 89,5% tenían LDL < 100. De los que no recibían tratamiento (28%), sólo el 10,5% conseguían LDL < 100 y el 54,1% sin registro del LDL. Respecto al tratamiento: 30,3% simvastatina (con control de LDL < 100 del 44,7%); 30,3% atorvastatina (control 39,5%), 8,2% pravastatina (control 5,3%); 1,6% fluvastatina (control 2,6%) y 2,5% fibratos (control 12,6%).

Conclusión. Sólo uno de cada tres cumple LDL < 100. Al recibir tratamiento hipolipemante se consigue mejor control del LDL, sin hallar diferencias según el tratamiento empleado. Es importante intensificar el tratamiento en prevención secundaria para reducir la morbilidad asociada y mejorar el registro en las historias clínicas.

P7.09 TABACO Y ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

T. Rama Martínez, P. Beato Fernández, Y. Maltas Hidalgo, R. Alcolea García, F. Monfort Basurto y O. Salvador Vinyoles

CAP El Masnou, Alella, Teià. CAP Besós. El Masnou (Barcelona). Cataluña. Correo electrónico: 2053mrm@comb.es

Objetivos. Describir la asociación entre el hábito tabáquico y la enfermedad vascular cerebral (ECV).

Material y métodos. Diseño descriptivo transversal. Ámbito: 3 centros de Atención Primaria semiurbanos. Sujetos: todos los pacientes diagnosticados de ECV hasta 2008. Variables: edad, sexo, tipo de ECV registrada, hábito tabáquico. Fuente: Historia clínica informatizada sistema e-cap.

Resultados. 323 pacientes diagnosticados de ECV (52,2% hombres). Edad media: 72,8 años (rango 30-96). Por grupos de edad: Menores de 65 años: 26,3% (32,6% de los hombres y 19,2% de las mujeres). El 68,7% diagnosticado de accidente vasculocerebral. Del total, 10,5% son fumadores (16,3% de los hombres y 4% de las mujeres) y 18,6% exfumadores (29,1% de los hombres y 6,6% de las mujeres). De los menores de 65 años, son fumadores 24,7% (30,3% de los hombres, 13,8% de las mujeres) y son exfumadores 24,7% (26,8% de los hombres, 20,7% de las mujeres). Respecto a los mayores de 65 años, fuman el 5,4% (9,5% de los hombres, 1,6% de las mujeres) y son exfumadores 16,4% (30,2% de los hombres, 3,3% de las mujeres).

Conclusión. - El hábito tabáquico es más prevalente en los hombres con ECV, sobre todo en los mayores de 65 años. - El consumo de tabaco en edades tempranas se asocia a mayor prevalencia de ECV. - Uno de cada tres hombres de menos de 65 años que ha padecido un episodio de ECV es exfumador, pero otro tercio sigue fumando. - Es conveniente estudiar la morbilidad de la asociación tabaco/ ECV para plantear nuevas y eficaces intervenciones sanitarias.

P7.10 PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA: COMPARACIÓN ENTRE LA FUNCIÓN SCORE PARA PAÍSES DE BAJO RIESGO CON LA TABLA CALIBRADA PARA ESPAÑA

M. Solla Acuña, S. Troncoso Recio, A. Leiro Manso, M. Blázquez Ballesteros, O. Díaz Castro e I. Alonso Alonso

CS de Sárdoma; Hospital Meixoeiro; Universidad de Vigo. Vigo. Galicia. Correo electrónico: msolacu@hotmail.com

Objetivos. Estudio comparativo de dos ecuaciones de valoración del riesgo de mortalidad cardiovascular, SCORE para países de bajo riesgo procedente de la tercera Task Force y la función SCORE calibrada para España, para conocer el perfil de RCV y valorar las diferencias entre ambos métodos de cálculo del SCORE.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal, en una muestra total de 1.096 pacientes. Se seleccionaron los de edades comprendidas entre los 35-74 años y sin evento cardiovascular, un total de 398 pacientes. Se calculó el riesgo de mortalidad cardiovascular mediante las dos ecuaciones. Se evaluaron las diferencias de clasificación de riesgo obtenida con ambas tablas de manera continua, mediante el test de la t de Student, y en el número de pacientes clasificados en cada grupo de riesgo, mediante test de comparación de proporciones χ^2 .

Resultados. Para un riesgo $\geq 5\%$, el SCORE calibrado para España, incluye al 12,9% de los pacientes mientras, que el utilizado para países de bajo riesgo incluye al 7%. La comparación de los dos métodos, realizada

mediante el test t-Student para datos apareados, mostró una diferencia estadísticamente significativa (promedio del SCORE calibrado para España de 2,04 vs promedio del SCORE europeo de 1,46, $p < 0,001$). Correlación entre las puntuaciones obtenidas por ambos métodos: coeficiente de Pearson de 0,975 ($p < 0,001$).

Conclusión. La muestra estudiada, presenta un perfil de RCV bajo. Los dos métodos son diferentes, un promedio del SCORE español de 2,04 frente a 1,46 para el europeo, el riesgo estimado mediante la función calibrada SCORE fue un 28,4% más alto.

Respiratorio

P7.11 INTERPRETACIÓN DE LA ESPIROMETRÍA EN PERSONAL SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA; ANTES-DESPUÉS DE UNA FORMACIÓN

C. Domènech Turà, E. Borrell Thió, N. Curós Bernet, M. Coll Perona, A. Gordillo Lupiñón y X. Planell Garcia

ABS-5 Sant Roc. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: 38961cdt@comb.es

Objetivos. Conocer las dificultades en la interpretación de la espirometría de los profesionales sanitarios de atención primaria (AP). Comparar sus conocimientos antes-después de una formación

Material y métodos. Estudio antes-después de una intervención formativa con personal sanitario de 5 Equipos de AP docentes de un ámbito de Salud. Al principio del curso se pasó un cuestionario para conocer la opinión del profesional respecto la espirometría. Se midieron los aciertos en los distintos apartados de la interpretación de una prueba práctica de 12 espirometrías (técnica, patrón, gravedad y prueba broncodilatadora). La misma prueba se realizó antes y después de la formación. Comparación de resultados mediante t Student para datos apareados.

Resultados. 47 profesionales (36 médicos, 11 enfermeras). 49,1% médicos afirmaban solicitar 1 espirometría/mes (enfermería nunca 26,3%), 63,6% pensaban que pedían pocas por no pensar en la prueba (78,9% enfermería no contestó). El 45,5% de los médicos opinaron que sus mayores dificultades en la interpretación están en el Patrón y la Técnica por igual. El grupo pasó de 52,75% aciertos antes a 80,51% aciertos después formación. Para el global de todas las espirometrías y para los diferentes apartados de la prueba, se observó una mejoría estadísticamente significativa antes y después de la formación, en medicina y en enfermería.

Conclusión. Divergencias entre la impresión de los profesionales en los diferentes apartados de la interpretación de la prueba respecto a las dificultades observadas. Alto porcentaje de errores al inicio del estudio, con mejoría significativa para ambos después de la formación. Enfermería dobló la mejora a medicina.

P7.12 PROFESIONALES SANITARIOS Y CESACIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO

D. García Vidal, M. Vidal Piñol, M. Vidal Cambra, M. Arroyo Dorado, O. Colet Villar y M. Pinilla Macarro

ABS Baix Penedès Interior. L'Arboç (Tarragona). Cataluña.
Correo electrónico: dgarcia@xarxatecla.cat

Objetivos. -Conocer la actitud de nuestros profesionales sanitarios frente al hábito tabáquico. -Conocer el hábito tabáquico de los profesionales sanitarios, el índice de cesación y la terapia utilizada para la cesación.

Material y métodos. Estudio transversal descriptivo a través de una encuesta validada que ha sido contestada por 122 profesionales sanitarios de 6 centros de salud.

Resultados. El 56,1% son no fumadores, 24,6% ex-fumadores y el 19,3% restante son fumadores (de los fumadores 54,4% son disonantes y 45,6% son consonantes). De los que han dejado de fumar en los últimos 5 años, 33,3% lo han hecho con algún tipo de terapia y 66,6% restante lo han dejado sin ayuda farmacológica. De los que han utilizado algún fármaco para la cesación, 33,3% ha utilizado bupropion, 33,3% tratamiento sustitutivo de nicotina (TSN) y 33,3% terapia combinada (bupropion + TSN).

Conclusión. La mayoría de los profesionales sanitarios (66,6%) que dejan de fumar lo hacen sin ningún tipo de tratamiento. Los tratamientos más utilizados son el bupropion y los parches de nicotina. Sorprende la no utilización de la vareniclina, probablemente relacionado con el poco tiempo

transcurrido desde su comercialización y quizás por el desconocimiento de algunos profesionales.

P7.13 AGRAVA EL TABAQUISMO LA ARTRITIS REUMATOIDE

M. Nebot del Valle, R. Rodríguez Barrientos, A. Balsa Criado, H. Aguilar Palomino y F. Camarelles Guillen

CS Infanta Mercedes. Madrid. Comunidad de Madrid.
Correo electrónico: marijonebot@hotmail.com

Objetivos. Describir la población diagnosticada de artritis-reumatoide y el tratamiento que reciben. Analizar si existe asociación entre tabaquismo y mayor actividad de la artritis-reumatoide.

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo transversal. Ámbito de estudio. Centros de Salud pertenecientes a un determinado área de Salud. Criterios de selección: Inclusión: pacientes asignados a los centros de una determinada área de salud, de cualquier edad y sexo, que tengan abierto un episodio de L88 en el Sistema Informático OMI-AP y que corresponda con artritis-reumatoide; en tratamiento con medicación específica. Exclusión: pacientes que en el registro de L88 tengan otro diagnóstico que no sea artritis-reumatoide, que tengan tratamiento únicamente con corticoides, que no tengan registro de tabaco. Sujetos: 140 pacientes. Variables: factor de estudio: exposición al tabaco. Variable de respuesta: medicación específica para artritis-reumatoide, como medida de actividad. Modificadores del efecto Género, Vsg, IMC. Análisis: Se realizó mediante el paquete SPS: Análisis Descriptivo de las variables, análisis bivariante, análisis estratificado.

Resultados. La mayoría son mujeres, media de edad de 64 años, < 25% presentan tabaquismo, < 25% tienen normopeso. Fármacos más usados: metotrexate, corticoides. Tratamiento combinado 32,9%. La asociación encontrada entre tabaco y mayor actividad de artritis-reumatoide no es significativa.

Conclusión. Hemos encontrado las características clásicas de los pacientes con artritis-reumatoide. No hemos encontrado la asociación. O bien porque en nuestra muestra no existe. O porque algunas de las limitaciones de los datos obtenidos y el propio diseño no han permitido que la encontremos.

Sesión 8

Jueves, 20 de noviembre. 12.00-13.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Comunidad/familia/educación para la salud

P8.01 UN AÑO DE CONSULTA ESPECÍFICA PARA EL ALCOHOLISMO

J. Ribó Ribalta, M. Artigau Rosés, E. Armajach Cano, E. Mur Cervelló, H. Fernández Molinero y R. López Fraile

ABS Calafell. Calafell (Tarragona). Cataluña.
Correo electrónico: jribo@xarxatecla.cat

Objetivos. Describir a los pacientes bebedores de riesgo derivados desde las consultas de atención primaria entre febrero de 2007 y febrero de 2008 a la consulta específica. Objetivo específico: determinar el grado de dependencia de los bebedores de riesgo.

Material y métodos. Tipo de estudio: descriptivo retrospectivo. Ámbito de estudio: 663 pacientes bebedores de riesgo del Área Básica de Salud. N° de sujetos incluidos: 26, mal derivados 3 (11,5%), no acuden 6 (23%). Variables: pacientes con consumo de riesgo según ISCA (hombres más de 28 bebidas estándar a la semana (UBES) y mujeres más de 17 UBES). Valoración del grado de dependencia según AUDIT. Edad y sexo.

Resultados. Se han incluido 17 primeras visitas (65,4%) 82,24% hombres y 11,75% mujeres. 2 llegaron con consumo O UBES. 7 pacientes (41,18%) presentaban criterios de dependencia (según CIM -10), 3 (17,64%) se derivaron al CAS por no cumplir criterios de desintoxicación domiciliaria, en 4 (23,52%) se inició desintoxicación/deshabituación, de estos 3 (75%) se han perdido y el otro se traslado de centro. 8 pacientes (47%) entraron en el programa Bebe menos, 6 (80%) se han perdido y 2 (20%) están en seguimiento.

Conclusión. Mayoritariamente los bebedores de riesgo son hombres. Es una población de difícil seguimiento. Se debe continuar trabajando para detectar y reducir este importante problema de salud.

P8.02 IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA ESPECÍFICA PARA EL ALCOHOLISMO

M. Artigau Rofés, J. Ribó Ribalta, E. Armajach Cano, E. Mur Cervelló,

R. López Fraile y H. Fernández Molinero

ABS Calafell. Calafell (Tarragona). Cataluña.

Correo electrónico: jribo@xarxatecla.cat

Objetivos de la experiencia. Hace años la Dirección general de Drogodependencias y Sida del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de Generalitat de Catalunya aplicó a todos los centros de atención primaria el Programa Bebe menos, un curso de formación básica en técnicas de identificación precoz y consejo breve, tanto de bebedores de riesgo como de dependientes. Los profesionales de atención primaria empezamos a detectar un aumento de la prevalencia de los bebedores de riesgo (2,77%), motivo por el cual se creó una consulta semanal para que todo paciente bebedor de riesgo motivado pudiera tener un tratamiento y seguimiento más personal.

Descripción de la experiencia. La consulta específica la lleva un médico y una enfermera, previamente formados. Todo paciente detectado en el área básica de salud con consumo de riesgo, nocivo o síndrome de dependencia alcohólica, se realiza una intervención breve, si está motivado es derivado a la consulta en la cual disponemos de tiempo para una identificación, asesoramiento, iniciación del programa bebe menos en bebedores de riesgo, tratamiento de desintoxicación/deshabituación o derivación al CAS en pacientes con síndrome de dependencia alcohólica y lo más importante un seguimiento bimensual al principio y trimestral posteriormente hasta el año o 2 años para evolución.

Conclusiones. La implantación del programa bebe menos nos ha permitido identificar el abuso del alcohol de nuestros pacientes. La creación de la consulta específica ha permitido un asesoramiento y seguimiento mejor de estos pacientes.

P8.03 EDUCACIÓN SANITARIA AL USUARIO

J. Benedicto Sánchez, M. Yedra Alcaraz, J. Fernández de Simón Bermejo,

A. Menéndez López, J. Jiménez Martínez y A. de Miguel Gómez

CS Mar Menor. El Algar (Cartagena). Murcia.

Correo electrónico: jrbs@hotmail.com

Objetivos de la experiencia. Implantar una consulta accesoria para asesoramiento y educación sanitaria al usuario con el fin de disminuir la demanda.

Descripción de la experiencia. En nuestro Centro de Salud hemos promovido y realizado la experiencia de llevar a cabo una consulta a la semana con el fin de informar al usuario de aspectos y dudas que generan una demanda asistencial de gran magnitud. Con una explicación, a veces individual y en ocasiones colectiva, informando de los motivos de consulta urgente, describiendo el proceso de las patologías más frecuentes que han generado la consulta y concretando la conducta a seguir según el tipo de proceso. Todo ello sin el menoscabo de limitar el derecho a la petición de consulta cuando el usuario lo considere oportuno.

Conclusiones. Hemos concluido, que la información al usuario respecto a las patologías más frecuentes (sobre todo en pediatría), advirtiendo de los posibles síntomas y signos que aparecerán tras el motivo de consulta, han disminuido en un 25% aproximadamente la demanda en nuestro Centro de Salud. Una información adecuada por los sanitarios que están en contacto día a día con el usuario es más ventajosa que la demanda que generan diversos medios de comunicación, que sin la intención de alarma, generan consultas banales e innecesarias en la mayoría de las ocasiones. Además, la encuesta de satisfacción por el programa realizado ha sido exitosa según los argumentos de los usuarios, rozando el 90%.

P8.04 ¿EL TABAQUISMO PASIVO HACE ENFERMAR A NUESTROS PACIENTES?

M. Gómez López, C. Pascual González, G. Estrada Bancells,

L. Velasco Quintana, C. Benítez y N. Cortes Cuminal

ABS Malgrat de Mar-Palafolls. Malgrat de Mar (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: 32511mg1@comb.es

Objetivos. El tabaquismo pasivo constituye un grave problema de Salud Pública. Fumador pasivo (FP), es aquél que está expuesto al humo del tabaco. La OMS calcula que el 40% de los niños son FP en sus hogares y en el año 2002 declaró la exposición al humo del tabaco como carcinógeno en humanos. El objetivo principal es calcular la fracción poblacional de cáncer, cardiopatía isquémica y EPOC atribuible al tabaquismo pasivo. Los objetivos secundarios serían conocer la prevalencia del tabaquismo pasivo en adultos y niños.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. De los 1.138 pacientes fumadores, se obtiene una muestra de 895 FP. Las variables registradas son: edad, sexo, fumador o exfumador, EPOC, bronquitis o asma y neoplasias.

Resultados. La muestra es de 895 pacientes, con una media de edad de 31,4 años. El 53,63% son mujeres y el 10,9% consta como fumador activo. El 23% son niños menores de 15 años, de los que el 28,2% presenta registro de bronquitis de repetición o asma. De los adultos, un 11,9% tienen registro de bronquitis o asma y un 0,6% son pacientes EPOC. Se ha observado una incidencia del 1,62% entre las neoplasias registradas.

Conclusión. El porcentaje de mujeres FP es más elevado que el de hombres, siendo más evidente a partir de los 65 años. Los episodios de bronquitis en relación con el tabaquismo pasivo son más frecuentes en niños. La incidencia de cardiopatía isquémica ha sido del 1,25%. Las neoplasias observadas con más frecuencia han sido la de mama, colon y de vejiga.

P8.05 PROYECTO COMPARTIDO, ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Moliner Molins, M. González Santamaría, M. Sans Corrales,

I. Campamà Tutusaus, S. Soriano Dieste y J. García Ramos

EAP El Castell. Casteldefels (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: cmoliner@ambitcp.catSalut.net

Objetivos de la experiencia. Crear un programa piloto compartido entre el Equipo de Atención Primaria y el Ayuntamiento para dar soporte y realizar una intervención a la gente mayor que todavía no han desarrollado una pérdida de autonomía personal significativa con el fin de aumentar sus conocimientos de salud para facilitar su autocuidado y mejorar su percepción del estado de salud.

Descripción de la experiencia. Participan todos los ciudadanos que realizan diversas actividades en dos asociaciones de la gente mayor dependientes del ayuntamiento de la ciudad, con las siguientes intervenciones: promoción y prevención de la salud: Modificar estilos de vida, actividad física, alimentación saludable y autocuidados a través de: - Talleres prácticos. - Conferencias. - Documentos escritos, trípticos - Participación en la revista municipal. - Vacunaciones. - Control de factores de riesgo (toma de tensión arterial y peso). - Control de medicación. Durante el año 2007 se han realizado distintas actividades en el casal del ayuntamiento: - 4 Talleres de alimentación saludable (4 horas, 60 personas). - 4 Charlas respecto al documento de voluntades anticipadas (4 horas, 284 personas). - 400 folletos informativos de la prevención de la ola de calor. - 2 documentos acerca de la gripe para 400 personas. - Vacunación antigripal: 280 personas. - Registro peso y tensión arterial: 310 personas. - Informes de gimnasia y natación: 325 personas.

Conclusiones. Disponer de un programa compartido entre las dos instituciones permite mejorar el abordaje de estos pacientes, capacitarlos para el autocuidado, aumentar su satisfacción y la accesibilidad.

P8.06 INTERVENCIÓN COMUNITARIA CON ALARMA SOCIAL EN UN GRUPO DE RECIÉN LLEGADOS SUBSAHARIANOS

L. Valerio Sallent, J. Milozzi Berrocal, O. Pérez Quílez, R. López Linares, P. Peralta de Andrés y E. Martín Correa

ABS El Fondo; Unidad de Salud Internacional Barcelonés Nord i Maresme. Santa Coloma de Gramanet (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: espemartin7@terra.es

Objetivos de la experiencia. Describir y evaluar el funcionamiento asistencial de los diferentes actores socio-sanitarios en la atención a un colectivo de inmigrantes irregulares en situación de vulnerabilidad (hacienda locales parroquiales del barrio) a propósito de un caso de tuberculosis.

Descripción de la experiencia. Enero'07: el Equipo de Intervención Inmediata del Ayuntamiento (EIIM) deriva un posible caso de tuberculosis

grave detectado en un grupo de 25 africanos clandestinos que habían sido acogidos en diferentes parroquias del barrio por voluntarios. Sucesivamente intervinieron diferentes actores: a) Cáritas (ofrecen sesión informativa sobre situación jurídica y regularización); b) ONGs Fundació Intergramenet (ofrecen piso), Centro Social Ocupado y Banc d'Aliments; c) EIIM (ofrecen mediación cultural y financiación de pruebas diagnósticas); d) Consulado de Senegal en Barcelona (tramitación pasaportes); e) Equipo de Atención Primaria (valoración médica); f) Hospital (realización pruebas diagnósticas) y g) Cruz Roja Española (gastos de ingresos y UCI). Los medios de comunicación publican el caso en varios medios locales.

Conclusiones. Fueron examinados 16 inmigrantes evidenciándose 3 infecciones tuberculosas latentes y una ancylostomiasis. Los tratamientos fueron realizados en Unidad de Salud Internacional BNiM. El diagnóstico final del paciente ingresado fue de mediastinitis secundario a flemón dental. Se objetivaron graves deficiencias en la atención socio-sanitaria: a) indeterminación inicial de responsabilidades ante un caso de alarma sanitaria, b) atomización de las actividades sin resultados en la regularización jurídica y sanitaria, c) no se confirmó ninguna enfermedad transmisible a pesar de la alarma social con repercusión mediática. En conclusión, se desconoce el paradero y situación jurídica de la mayoría de los implicados y se constata que los recursos invertidos mostraron poca efectividad a medio plazo.

P8.07 EVALUACIÓN MULTIDISCIPLINAR DE LOS FACTORES DE RIESGO DE SALUD EN EL EXAMEN DE SALUD A LOS INMIGRANTES

O. Marín Muñoz, J. Soler González, J. Cuadrat Capdevila, A. Retamero Fernández, A. Revés Juanbaró y J. Marsol Mas

CS Rambla de Ferran. Lleida. Cataluña.

Correo electrónico: jorgesolergonzalez@gmail.com

Objetivos. El papel multidisciplinar en el nuevo modelo de Atención Primaria ha cobrado una importancia troncal en nuestros equipos. Hay muy pocos estudios que calculen las prevalencias de los factores de riesgo en la población inmigrante. Por eso, debido a la alta prevalencia de pacientes inmigrantes en nuestra zona, hemos querido analizar los diversos factores de riesgo que han sido ampliamente codificados en la población autóctona para poder comparar las prevalencias con la población extranjera. **Material y métodos.** Estudio observacional descriptivo transversal en un Equipo de Atención Primaria. La primera visita del paciente inmigrante fue llevada a cabo por el personal de enfermería o médico (enfoque bidiagonal), que se encargó de gestionar el motivo de consulta principal, además de evaluar el estado de salud inicial del paciente y de interesarse por los factores de riesgo como el tabaco, el alcohol, el ejercicio, IMC y estado de salud bucal. En la misma visita se realizó consejo breve y se ofreció intervención sobre los problemas detectados.

Resultados. De los 216 inmigrantes analizados, el 8% en la primera visita tenían cifras tensionales elevadas. El 58% tenían patología buco-dental evidente (caries, falta de piezas). El 28% eran fumadores. El 23% consumían alcohol de forma moderada y el 2% eran bebedores de riesgo. El 36% tenían sobrepeso y el 18% cumplían criterios de obesidad.

Conclusiones. Los inmigrantes tienen porcentajes absolutos de factores de riesgo superiores en algunos parámetros a la población autóctona. Debemos tener presentes estos datos a la hora de intervenir eficientemente sobre la población inmigrante.

P8.08 MORTALIDAD DE UNA POBLACIÓN RURAL

P. Salellas Climent, B. Folch Marín, M. Giner Esparza, A. Mialaret Lahiguera, E. Miedes Pitarch y E. Ferrer Vizcaíno

CS Alberic. Alberic (Valencia). Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: psalellles@gmail.com

Objetivos. Análisis de mortalidad de una población y comparación con la de la Comunidad Autónoma (CA).

Material y métodos. Diseño: Descriptivo Retrospectivo. Emplazamiento: Centro de Salud Rural. Sujetos: Pacientes asignados a un Centro de Salud que fallecieron durante el año 2007 (n = 96). Fuentes de Datos: Historia Clínica (HC) y Certificados de Defunción. Variables: edad, sexo, causa fundamental de defunción (CIE10) y comorbilidad asociada.

Resultados. Fallecen 46 hombres y 50 mujeres. La edad media de los fallecidos es 77 y 82 años respectivamente. Comorbilidad: HTA 57,3%;

DM 33,3%; deterioro cognitivo 33,3%; cardiopatía 29,2%, EPOC 29,2%; ACVA 19,8%; arritmia 19,8% y tumores malignos 21,87%. Causas de defunción por frecuencia: circulatorio 31,3%, respiratorio 16,7%, tumores 14,6%, senilidad 9,4%. En mujeres la 1^a causa es circulatorio (37,5%), seguida de respiratorio (16,7%), senilidad (14,6%) y tumores (10,4%). En hombres la primera es circulatorio 30%, segunda tumores (22,5%) y tercera respiratorio (20%). En menores de 75 años la causa más frecuente son tumores (40%) y en mayores de 75 es circulatorio (36,8%). El 77,1% de fallecidos es mayor de 75 años.

Conclusiones. La mortalidad atribuible a circulatorio es similar a la de la CA. La mortalidad por tumores en la población estudiada es menor que en la CA, mientras que la de respiratorio es superior a la de la CA. La senilidad tiene una proporción significativa en la población estudiada.

P8.09 TALLER PARA MODIFICAR HÁBITOS ALIMENTARIOS FAMILIARES

I. Sabio Membila, M. Tarrés Sort y B. Tarragona

CAP Antón de Borja. Rubí (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: iris_sabio@hotmail.com

Objetivos de la experiencia. Desde las consultas de enfermería de pediatría se observan niños con obesidad que requieren intervención específica para modificar hábitos de conducta alimentaria. Hipótesis: realizar un taller que incluya a padres e hijos, mejorará el abordaje del problema. Objetivo general: -Modificar/corregir hábitos alimentarios familiares. Objetivos específicos: -Proporcionar espacios donde entrenar habilidades para adquirir conductas saludables y expresar dudas y temores con padres e hijos. -Expresar emociones.

Descripción de la experiencia. Se ha realizado una prueba piloto con 12 niños de edades comprendidas entre 8 y 11 años. 6 sesiones en grupo de 75 min cada 15 días. Las sesiones han estado impartidas por una enfermera y una psicóloga. -1^a (padres e hijos). Presentación del programa, búsqueda de objetivos conjunta. Aclaración de expectativas. -2^a (padres). Importancia de la familia. Dificultades y frustraciones de los padres ante la educación de hábitos alimenticios. -3^a (hijos) (mediante juegos). Comida saludable, cantidades, hábitos sanos, comer en familia. -4^a (hijos). Mejorar autoestima, emociones en familia, insultos en el colegio, reconducir escenas violentas. -5^a (padres). Abordaje emocional del problema, relaciones sociales. -6^a (padres e hijos). Teórico/práctico, recetas divertidas de comida saludable. Los hijos preparan una merienda saludable.

Conclusiones. Los padres manifiestan ser más conscientes de las dificultades que tienen los hijos para hacer dieta saludable y reconocen, que deben modificar sus hábitos alimentarios familiares para la resolución del problema. Los hijos expresan sentirse mejor cuando pueden verbalizar sus temores en grupo, tienen miedo de decirlo en casa por si sus padres se enfadan. El grupo favorece la reflexión personal y la toma de conciencia.

P8.10 DISFRUTAR COMIENDO: VISIÓN DESDE LA COMUNIDAD

A. Plana Blanco, N. Torra Solé, E. Artigues Barberà, M. Martínez Orduna, E. Fernández Labadía y C. Moreno Castillón

ABS Balàfia-Pardinyes-Secà de Sant Pere; EAP Lleida 4. Lleida. Cataluña.

Correo electrónico: antoniplana@camfic.org

Objetivos. Conocer la actitud ante la alimentación de usuarios que acuden a consulta de Atención Primaria (AP). Determinar si es consciente de lo que se come. Determinar el perfil de estas personas que acuden a consulta.

Material y métodos. Estudio retrospectivo transversal y descriptivo. Encuesta alimentaria semiestructurada a las primeras 5 personas de la agenda diaria de consulta de AP urbana. Período estudio: 4 semanas de julio'07 (contexto del Estudio de Investigación de alumno de 2º de Bachillerato).

Resultados. 100 personas entrevistadas. 62 mujeres. Edad media 51 años (DE ± 22,47). Peso medio 66 Kg (DE ± 15,32). Obesidad 22%, sobre peso del 28%. 50% realizan tres comidas diarias. 56% consideran la comida del mediodía como de mayor importancia. Ninguno conocía el significado del resopón (suplemento antes de acostarse). 76% se interesa por su alimentación. 54% restringen algún tipo de alimento. 70% siguen alguna dieta especial. 58% reconocen una dieta inferior a las 2000 calorías. 75% encuestados comen diariamente fruta, verdura y pescado. 58% consideran

al colesterol como una enfermedad grave. 82% conocen enfermedades desencadenadas por una deficiente alimentación. 66% desconocen la diferencia entre nutriente y alimento. 72% no saben cuáles son los principios inmediatos. 37% no practican deporte (ni caminar).

Conclusión. La población encuestada se preocupa por su alimentación pero destaca un desconocimiento sobre conceptos alimentarios básicos. Parece que la conciencia por una buena alimentación se refleja en una restricción de alimentos y realizar dietas especiales. El perfil de la persona encuestada resulta ser una mujer de media edad con sobrepeso.

P8.11 BIOMARCADORES DEL ALCOHOL Y AUDIT EN TRABAJADORES INMIGRANTES

M. Medina Abellán, J. Pereñiguez Barranco, J. Noguera Velasco, E. Osuna Carrillo de Alboroz, A. Luna Maldonado y M. Pérez Cárcelés

CS Espinardo; Departamento de Bioquímica Clínica del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Departamento de Medicina Legal y Forense de la Universidad de Murcia. Murcia. Murcia.

Correo electrónico: medinaabellan@hotmail.com

Objetivos. Valorar la necesidad de realizar un cribado de consumo de alcohol en trabajadores inmigrantes en el marco de la vigilancia de la salud.

Material y métodos. Estudio descriptivo, transversal y retrospectiva. Se realiza selección de una muestra aleatoria de los inmigrantes que acuden a los reconocimientos para la vigilancia de la salud (n = 100). Se aplica cuestionario con variables sociodemográficas, Audit y perfil analítico.

Resultados. El 69% de los entrevistados son hombres, el 49% tienen una edad comprendida entre 26-30 años, el 47% está soltero. La estancia media en España de 73,50 meses ($\pm 34,1$). El 68% se declara musulmán procediendo de Marruecos el 66%. El 53% de los sujetos se dedica a la agricultura. Entre las bebidas alcohólicas más consumidas se encuentran la cerveza (37%), whisky (17%) y vino (3%). La mayoría consume alcohol en bares (27%) acompañados por amigos (28%). El 12,2% presenta un consumo de riesgo (con puntuación en Audit superior a 8), todos ellos admiten su consumo. El 83,3% son hombres, el 50% son marroquíes. El 17,6% de los trabajadores de la construcción y el 17,6% de la agricultura tienen un consumo de riesgo. Analíticamente, aquellos con una puntuación mayor a 8 presentan VCM 88,1, GPT 21,75 y GGT 26,42.

Conclusión. Los desórdenes del consumo de alcohol son similares en nacionales e inmigrantes. Consideramos que es necesario conocer las pautas de consumo actual para establecer medidas de prevención eficaces no sólo para esta generación sino para futuras generaciones.

Este estudio forma parte de un proyecto financiado por Fundación Mapfre.

P8.12 LAS PAREDES TAMBIÉN PREVIENEN: CARTELES POSITIVOS

Y. Cánovas Zaldúa, N. Vázquez Morales, B. Raspall Coromina, C. García Alarcón, S. García García y M. Navarro Asín

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

Objetivos de la experiencia. Realizar actividades de prevención y promoción de la salud aprovechando la infraestructura de nuestro centro de salud, para así hacer llegar a nuestros pacientes mensajes positivos sobre salud y autocuidado.

Descripción de la experiencia. Se han colocado 28 carteles repartidos por el centro (puertas de las consultas, paredes, escaleras y mostrador de administración). Los carteles se diseñaron con el asesoramiento de una periodista experta en comunicación. Contienen 4 mensajes acompañados de dibujos relacionados con los temas. El color, tamaño y colocación se decidieron en función de las características del centro (color de paredes, distribución de consultas, etc.). Los mensajes presentes en los carteles son: **Conciencia:** haz ejercicio cada día y realiza una alimentación saludable. El tabaco bien lejos: hoy es un buen día para dejar de fumar. **¡Sonríe!**: Sonreír mejora el estado de ánimo y te aleja de la depresión. Haz del sol tu amigo: disfruta del sol con protección y medida. Se decidieron dichos mensajes de acuerdo con un examen preliminar de los problemas de salud más prevalentes en nuestra comunidad. **Prevención:** a colocar los carteles se retiraron todos aquellos carteles con connotación negativa (por ejemplo: no llamar a la puerta, no hablar por teléfono, etc.).

Conclusiones. Hemos percibido por parte de nuestros pacientes una gran acogida e interés hacia los mensajes expuestos en los carteles, remarcándose el hecho de que se expresan en un lenguaje directo y claro junto con

un atractivo diseño. Creemos que esta novedosa experiencia aprovecha los sitios estratégicos del centro de salud, donde nuestros pacientes pasan en ocasiones mucho tiempo, para promover hábitos saludables entre nuestra comunidad.

Sesión 9

Jueves, 20 de noviembre. 13.00-14.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Respiratorio

P9.01 VALIDEZ DE MÉTODOS INDIRECTOS DE MEDIDA DEL CUMPLIMIENTO EN PACIENTES CON EPOC

P. Barnestein Fonseca, F. Leiva Fernández, F. Vidal España, A. García Ruiz, J. Leiva Fernández y M. Carrión de la Fuente

UD de MFyC de Málaga; Departamento de Farmacología y Terapéutica Clínica de la Facultad de Medicina; CS Vélez Sur. Málaga. Andalucía.

Correo electrónico: udmfyh.hch.spa@juntadeandalucia.es

Objetivos. Evaluar la validez diagnóstica de métodos indirectos de cumplimiento terapéutico en pacientes con EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) con terapia inhalada pautada.

Material y métodos. Diseño: Estudio de cohortes. Ámbito: 9 centros de salud de Atención Primaria. Sujetos: 195 pacientes con EPOC y terapia inhalada pautada seguidos durante 1 año. 108 pacientes completaron el seguimiento. Variables: edad, sexo, nivel educativo, comorbilidad, estadio de EPOC (SEPAR), medicación prescrita, métodos indirectos de cumplimiento (test de Battala y Morisky-Green) y contejo de dosis como patrón oro. Análisis: tablas de contingencia y cálculo de sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo y cocientes de probabilidad positivo (CP+) y negativo de métodos indirectos respecto a patrón oro.

Resultados. Predominio de hombres (93,8%), media de edad de 69,59 años (IC 95% 68,29-70,89); bajo nivel cultural (85,4%), 23,6% fumadores (17,52 cigarrillos/día [IC 95%, 14,34-20,7]). Índice masa corporal 29,55 kg/m² (IC 95%, 28,87-30,23), el 80% severidad leve-moderada con predominio del patrón mixto; FEV1 (media) 56,86% (IC 95%, 54,2-59,52), 1,41 reagudizaciones/año (IC 95%, 1-1,8). Tratamiento farmacológico (% pacientes): anticolinérgicos (93,3%); beta2-adrenérgicos (86,2%); corticoesteroides inhalados (69,2%); xantinas (14,9%); oxigenoterapia (5,6%); corticoesteroides orales (2,1%); mucolíticos (14%). Prevalencia de cumplimiento al año de seguimiento: 84%; Test Morisky-Green: 69,1% (sensibilidad 69,62%, especificidad 33,33%, CP+: 1,04); test de Battala: 64,9% (sensibilidad 67,09%, especificidad 46,66%, CP+: 1,26). Si consideramos ambos test juntos: 42,6% (sensibilidad 44,3%, especificidad 66,66%, CP+: 1,33).

Conclusión. Los métodos indirectos de cumplimiento son válidos y podrían ser aplicables en la práctica clínica diaria.

P9.02 ¿CÓMO UTILIZAN LOS INHALADORES NUESTROS USUARIOS?

M. Lavega Llorens

ABS Ronda. Lleida. Cataluña.

Correo electrónico: mmerce78@hotmail.com

Objetivos. Los enfermos con EPOC son usuarios un poco reticentes a los cambios sobre su conducta a la hora del manejo de los inhaladores debido al tiempo que se administran la medicación uno de los objetivos de enfermería es poder garantizar que la técnica de inhalación se haga correctamente con el fin de evitar exacerbaciones en un futuro y tener esta patología crónica más controlada.

Material y métodos. Determinar cuáles son los errores más frecuentes que realizan los usuarios con diagnóstico MPOC en la administración de fármacos por vía inhalada, comparando diversos dispositivos de administración. Estudio descriptivo transversal de las Consultas de enfermería de adultos del CAP del Año 2007 de una Selección aleatoria de una muestra de pacientes > 45 años con MPOC.

Resultados. Cartucho; el 78,57% no mantienen la boca cerrada cuando inhalan la medicación, el 92,85% no retienen la medicación durante 6 se-

gundos y un 64,28% no se enjuaga la boca cuando finaliza la técnica. Cámara con cartucho; el 88,88% no realizan la espiración forzada, un 66,6% no retienen la medicación, un 57,14% no esperan un mínimo de 30 segundos para inhalar otra medicación y un 66,66% no se enjugan la boca al finalizar la técnica. Polvo seco; un 88,88% no realizan la espiración forzada y un 58,33% no retienen la medicación durante un mínimo de 6 segundos. Accuhaler; un 83,33% de la muestra no realiza la espiración forzada y un 58,33% no retienen la medicación durante 6 segundos. Turbuhaler; en un 100% la muestra no realizaba la espiración forzada y la retención de la medicación.

Conclusión. Se ha mantenido la confidencialidad de los usuarios estudiantes. Se les ha pedido el consentimiento oral.

Conclusiones. -Hemos podido observar que los tres errores más frecuentes a la hora de utilizar medicación inhalada han sido; realizar la espiración forzada antes de ajustar la boquilla a los labios, retener la medicación inhalada un mínimo de 6 segundos y el hecho de no enjagarse la boca. - El profesional de enfermería ha de dedicar más tiempo a los enfermos de MPOC, con el fin de asegurar la correcta utilización de la medicación y mejorar su calidad de vida.

P9.03 QUÉ CONTROL DEL ASMA TIENEN NUESTROS PACIENTES: SEGÚN ELLOS, SEGÚN NOSOTROS Y EL TEST ACT

M. Ballester Torrens, J. Valencia Dacal, M. Mullol Tarragona, C. Vendrell del Álamo, J. Morro Pla y G. Esteruelas Forcada

CAP Ramon Turró. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: maramagnum@terra.es

Objetivos. Estimar la percepción y el autocontrol del paciente asmático y compararlo después con el test ACT y su médico.

Material y métodos. Estudio transversal descriptivo. ABS Urbano. Muestra de 60 pacientes con asma que acudieron a consulta espontánea al centro de salud durante los meses de abril-mayo 2008, se les invitan a participar en el estudio. Preguntando inicialmente como creen que está controlado su asma. Se anota la opinión del profesional sobre el control asma a simple vista del paciente. Recogemos datos demográficos y antropométricos (edad, sexo, tensión arterial, frecuencia cardíaca y índice de masa corporal), factores de riesgo, años de diagnóstico del asma, complicaciones, ingresos, intubaciones. Se pasa la encuesta ACT (5 preguntas cerradas). Se determina peak-flow en consulta.

Resultados. La muestra tiene una edad media $48,14 \pm 17,61$ años, con un 77,7% de mujeres. En un 77,7% IC (57,7-91,4) autopercebe su estado de control de asma actual como bueno. De éstos un 59,2% IC (38,8-77,6) sólo cree el profesional que el control es aceptable. Según ACT: se observa un 18,6% IC (6,3-38,1) de máximo control, 40,7% IC (22,4-61,2) está bien controlada y 40,7% IC (22,4-61,2) el control es deficiente.

Conclusión. Destaca la diferencia entre la percepción del control asmático de un 77,7% por parte del paciente con lo que refleja el test ACT que solamente el 59,3% tiene buen control; y la similitud de los resultados de los resultados del test ACT con la percepción del profesional (59,2%) a simple vista.

P9.04 EVALUACIÓN Y MEJORA DE CALIDAD DE LAS INTERCONSULTAS AL NEUMÓLOGO DE ATENCIÓN PRIMARIA

I. Menacho Pascual, M. Pinyol Martínez, J. Mitjavila López, J. Hoyo Sánchez, L. Benito Serrano y G. Fluxà Terrasa

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 32110imp@comb.es

Objetivos. Evaluar la calidad de las interconsultas al neumólogo de atención primaria (A.P.) tras consensuar unos criterios de derivación y solicitud de exploraciones complementarias (E.C.).

Material y métodos. Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Ámbito: centro de salud urbano. Sujetos: todas las primeras visitas a neumología de A.P. atendidas durante los años 2005 y 2007. Intervención: se consensuó durante el año 2006 con el neumólogo los criterios de derivación y las pruebas complementarias que debían acompañar cada interconsulta. Mediciones: se realizaron 2 evaluaciones por auditoría interna y retrospectiva, mediante revisión de historias clínicas. Las variables revisadas fueron: número de primeras visitas, cumplimiento de los criterios diagnósticos y las E.C. consensuadas.

Resultados. En el año 2005 se derivaron a 146 pacientes frente a 122 en 2007, que representó un 16,4% menos de interconsultas. Las derivaciones fueron correctas en el 76% de los casos en 2005 vs 72,1% en 2007 ($p = 0,46$). Las exploraciones complementarias se adecuaron al consenso en el 44,14% en el 2005 y en el 70,5% en el 2007 presentando una mejora estadísticamente significativa ($p = 0,0003$).

Conclusión. Consensuar unos criterios de derivación con el neumólogo de A.P. no mejoró los motivos de interconsulta pero sí se adecuaron más las exploraciones complementarias que debían acompañar cada interconsulta.

P9.05 ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON CORTICOIDES INHALADOS EN EL PACIENTE DIAGNOSTICADO DE EPOC

G. Díaz Grávalos, G. Palmeiro Fernández, M. Valiño López, M. Castro López, M. Portuburu Izaguirre y A. Robles Castiñeiras

CS Cea; CS Rubiá; CS Vilamarín; CS A Carballeira. Cea (Ourense). Galicia. Correo electrónico: gdgravalos@hotmail.com

Objetivos. Valorar la adecuación del tratamiento con corticoides inhalados según la gravedad estimada en los pacientes diagnosticados de EPOC.

Material y métodos. Diseño: transversal, descriptivo. Ámbito de realización: Atención primaria. Criterios de selección: pacientes diagnosticados de EPOC en los registros de crónicos de 28 cupos de 8 Centros de Salud. Número de sujetos incluidos: Se registraron 294 casos, excluyéndose 22 por falta de algún dato. Variables y métodos de evaluación: edad, sexo, valores espirométricos al diagnóstico y en los 2 últimos años y grado de disnea más reciente, número de exacerbaciones en el último año y tratamientos empleados. Se determinó la adecuación diagnóstico-terapéutica tomando las recomendaciones GOLD 2006 como referencia. Se determinó la significación estadística con valores de $p \leq 0,05$.

Resultados. La media de edad era de 77,3 (10,2) años, siendo varones 211 (77,6%). Existía constancia de índice VEF1/CVF < 70 en 89 casos (30,3%). Fue posible cuantificar la gravedad en función del VEF1 en 87 casos (29,6%), siendo catalogados como leves 8 (9,2%), moderados 35 (40,2%), graves 34 (39,1%) y muy graves 10 (11,5%). En 227 (83,5%) se habían pautado broncodilatadores (agonistas β_2 y/o anticolinérgicos). El 76,4% de los pacientes con exacerbaciones múltiples (más de dos/año) tenía pautados corticoides inhalados (68,7% de los que no presentaron exacerbaciones; $\chi^2 = 1,7$; $p = 0,2$), al igual que 77,2% de los pacientes graves o muy graves (73,3% de moderados y leves; $\chi^2 = 0,2$; $p = 0,7$).

Conclusión. Se constata una discordancia notable entre las recomendaciones de uso de los corticoides inhalados de las guías terapéuticas y la práctica registrada.

P9.06 EPOC. CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA MEDIANTE EL EUROQOL-5D

M. Regí Bosque, I. Villar Balboa, R. Carrillo Muñoz, M. Segundo Yagüe, M. Carrera Lama y N. Arcusa Villacampa

ABS Florida Sud. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: 39732mrb@comb.es

Objetivos. Conocer la calidad de vida percibida por nuestros pacientes EPOC.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Ámbito: Centro de salud urbano, docente, población atendida 20.000 personas. Pacientes: diagnosticados de EPOC. Excluidos pacientes con exacerbación aguda, ATDOM, terminales, demencia. Mediciones e intervenciones: revisión historia clínica informatizada. Entrevista personal. Cálculo índice BO-DE (Body mass index-Obstruction-Dysnea-Exercise capacity) para valorar mortalidad respiratoria y global que puntuía de 0 a 8 de mejor a peor pronóstico. Pulsioximetría. Cuestionario Euroqol-5D (valora 5 dimensiones calidad de vida y autoevaluación estado de salud 12 meses previos), escala visual analógica (EVA).

Resultados. 97 pacientes. 82,6% hombres. Edad media 71 años (IC95% 69-73). 18,6% mayores 80 años. 3% EPOC leve, 65% moderado, 26% severo, 6% muy severo. 51% exfumador. 29% fumador activo. Índice BO-DE: media 1,8 (0-8). Euroqol-5D: -Dimensiones calidad de vida: problemas movilidad 44%, cuidado personal 13%, actividades cotidianas 30%, dolor/malestar 55%, ansiedad/depresión 38%. -Todas las dimensiones del Euroqol-5D excepto ansiedad/depresión, estuvieron condiciona-

das por grado severidad EPOC e índice BODE. - Problemas movilidad, cuidado personal y actividades cotidianas estuvieron condicionadas por mayor grado disnea y peor saturación O₂. - 19% manifestaron tener un estado óptimo salud. 74,5% estaba igual que hace 1 año, 17,3% peor. EVA: 3% afectación importante de calidad de vida, 32% moderada, 63% ligera.

Conclusión. Las dimensiones más afectadas fueron: dolor/malestar, problemas movilidad. Índice BODE y grado severidad EPOC son los que más dimensiones del Euroqol-5D condicionan. Casi un 20% manifestaron tener un estado de salud óptimo y la gran mayoría tuvieron percepción de estabilidad en el tiempo. Según EVA, más de la mitad de pacientes refirieron tener ligera afectación de calidad de vida.

P9.07 APOYO Y ASISTENCIA A LA CESACIÓN TABÁQUICA DESDE LA ASISTENCIA PRIMARIA A LA COMUNIDAD

E. Pérez Aznar, M. Aivar Blanch, R. García Andrade y A. Carbó Queraltó

CS Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: 33872acq@comb.es

Objetivos de la experiencia. Establecer contacto con la comunidad y realizar prevención primaria y secundaria en los sujetos interesados en la deshabituación tabáquica.

Descripción de la experiencia. Con motivo de la celebración del Dia Mundial Sin Tabaco 2008 se organiza en nuestro centro de salud una actividad que consiste en la colocación de un "stand" en la entrada del centro para concienciar a la población de los riesgos del tabaquismo. En el "stand", personal sanitario dispone de hojas de recogida de datos: general y, específica para los fumadores (datos de filiación, características del hábito, Test de Fagerström, fases del cambio según Prochaska y Diclemente), cooxímetro y folletos informativos. Los sujetos pueden realizar una visita voluntaria durante toda la jornada, y se les facilita una primera visita en la consulta de tabaco, en caso de encontrarse en fase de preparación.

Conclusiones. Los "stands" a las puertas del centro de salud atraen a los ciudadanos y permiten llegar e informar a gran número de fumadores. Numerosos estudios ponen de manifiesto que determinadas intervenciones de apoyo y asistencia a la cesación tabáquica muestran una relación coste-efectividad muy favorable. Proporcionamos información sobre tabaquismo a más de 80 personas, de las cuales tres cuartas partes son fumadoras. Los fumadores que acuden presentan una distribución similar por sexos, con dependencia nicotínica baja/moderada, en fase de preparación la mayoría y, con total acuerdo con la Ley del Tabaco. Todos los profesionales sanitarios deberían poder ofrecer tratamiento a los fumadores ya que, mayoritariamente, consideran muy importante dejar el tabaco. Dada la buena aceptación por parte de los usuarios se plantea realizar esta actividad de forma periódica.

P9.08 ESTRATEGIAS PARA FAVORECER EL PROCESO DE DEJAR DE FUMAR

A. Carbó Queraltó y N.T. Nanu

CS Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: 33872acq@comb.es

Objetivos de la experiencia. Analizar la eficacia de una consulta de deshabituación tabáquica donde se ha introducido la consulta telefónica como estrategia alternativa o complementaria a la visita presencial para favorecer el proceso de dejar de fumar.

Descripción de la experiencia. Creación de una consulta especializada en la deshabituación tabáquica en un Centro de Atención Primaria de un área urbana dirigida a los pacientes fumadores, priorizando al paciente con dependencia moderada/alta y/o perteneciente a grupos de riesgo; así como, trabajadores sanitarios del Centro. Consulta semanal con acceso telefónico y agenda electrónica. Primera entrevista presencial: recogida de datos (filiación, características del hábito, Test de Fagerström, cooximetría). Se les facilita la opción de seguimiento telefónico bidireccional (que el paciente pueda solicitar asistencia telefónica, o bien, que el profesional pacte una cita atendiendo a las guías de práctica clínica).

Conclusiones. Los fumadores que nos consultan son de edad media, han realizado una media de 2 o 3 intentos de deshabituación previa sin terapeuta, con dependencia nicotínica moderada/alta. A la mayoría se les ha

pautado tratamiento farmacológico. Se han realizado más de una cuarta parte de las visitas de seguimiento mediante contacto telefónico con buena aceptación. Abstinencia al año de seguimiento 31%, reducción a la mitad del consumo previo 27,5%, recaídas 14%, no han iniciado los tratamientos 27,5%. El uso de tecnologías de la comunicación, ofrece un complemento a las estrategias en la deshabituación tabáquica accesible para la población, que permite llegar a un gran número de personas con los mismos recursos terapéuticos, pudiendo resultar una intervención flexible y económica.

P9.09 EPOC. SELF-AUDIT COMO MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. Caro Martínez y T. García Arranz

EAP Poblenou. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: joanacarocat@yahoo.es

Objetivos de la experiencia. 1. Averiguar el número de pacientes con EPOC de nuestra consulta con diagnóstico correcto y clasificados según la gravedad. 2. Conocer el grado de cumplimiento de las recomendaciones de seguimiento de los enfermos con EPOC en la consulta. 3. Averiguar la influencia del método SELF-AUDIT en la mejora de la calidad de nuestra intervención en pacientes con EPOC.

Descripción de la experiencia. Se realizaron dos procesos de SELF-AUDIT con un intervalo de seis meses, a las historias de los pacientes asignados, analizando los siguientes parámetros: 1. Número total de pacientes diagnosticados de EPOC. 2. Diagnóstico y seguimiento correcto según recomendaciones de Guías Clínicas, donde se analizaban diferentes variables y su periodicidad (espirometría, hemograma, ECG, técnica inhalatoria, adherencia al tratamiento, constancia de antecedentes relevantes, Rx tórax, estado nutricional, etc.).

Conclusiones. Realizados los dos procesos de SELF-AUDIT en el intervalo mencionado, se constató un aumento del número de casos nuevos de EPOC y una mejora del registro de los controles arriba descritos, en más del 60% de los pacientes. Esto nos confirma la idea de que el SELF-AUDIT es una herramienta sencilla y ágil de mejora de nuestra práctica asistencial, haciéndonos conscientes de nuestros déficits y permitiéndonos constatar nuestras mejoras.

P9.10 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ASMÁTICOS: APLICACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA REDUCIDA DEL ASTHMA QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE O MINI-AQLQ

N. Domínguez Niñez, X. Flor Escriche, J. Méndez Gómez, R. Poblet Cortés, M. Fraga Martínez y A. Sánchez Callejas

CAP Chafarinas. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: neusdn@gmail.com

Objetivos. Estudiar la calidad de vida (CV) de nuestros asmáticos y su relación con diferentes variables

Material y métodos. Tipo de estudio: transversal descriptivo. Ámbito del estudio: Centro urbano de Atención Primaria. Muestra: 71 asmáticos de 536 registrados de entre 17 y 70 años. Medidas e intervenciones: se aplicó el Mini-AQLQ y se analizaron las variables: edad, sexo, tabaquismo, patologías crónicas más prevalentes, ansiedad y/o depresión asociadas, rinitis alérgica, tipo de asma y grado de control. El Mini-AQLQ valora la CV en una escala del 1 al 7 (15 preguntas), donde 1 supone el mayor grado de discapacidad y 7 el mayor grado de autonomía.

Resultados. 71 asmáticos. Edad media: 47,9 años (DE 14,5), 79,2% mujeres. Asma intermitente 43,7%, persistente leve 11,3% y persistente moderada 45,1%. Asma controlada 43,7%, parcialmente controlada 40,8% y no controlada 15,5%. Existe relación directamente proporcional entre CV, tipo de asma y grado de control. Las personas con trastorno mixto de ansiedad-depresión presentaron peor CV en las preguntas relacionadas con síntomas. La depresión y la diabetes presentaron peor CV en las relacionadas con limitación de actividades. La depresión, lumbalgia y trastorno mixto de ansiedad-depresión se asoció a peor CV en las preguntas relacionadas con estímulos ambientales.

Conclusión. A mayor gravedad y peor control del asma, peor CV. No se encontró relación entre CV, tabaquismo y rinitis. La depresión se relaciona con peor CV en las preguntas de síntomas, limitación de actividades y estímulos ambientales. Hay que tener presente el estado afectivo en el manejo de los asmáticos.

P9.11 LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA NO RECIBEN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO MÁS ADECUADO A SU NIVEL DE GRAVEDAD

M. Pinyol Martínez, M.A. Sánchez Falcó, D. Martí Grau, E. Moles Moliner, M. Mas Heredia y V. Obadia Gil

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: mpinyol@clinic.ub.es

Objetivos. Determinar la adecuación del tratamiento farmacológico de los pacientes diagnosticados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), según el nivel de gravedad definido en el consenso.

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo. Ámbito: centro de salud urbano. Sujetos: todos los pacientes diagnosticados correctamente de EPOC desde enero de 2004 a diciembre de 2007 (n = 107). Mediciones: se analizaron las variables: edad, sexo, hábito tabáquico, nivel de gravedad y adecuación del tratamiento en el momento del diagnóstico.

Resultados. La edad media de los pacientes es 67 (DE 11,21), el 84,11% son hombres, 38,31% fumadores, 51,4% exfumadores y el 10,2% no fumadores. Presentan EPOC leve (Estadio I) el 22,42% de los pacientes, EPOC moderado (Estadio II) el 50,46%, EPOC grave (Estadio III) el 18,69% y EPOC muy grave (Estadio IV) el 8,41%. Están correctamente tratados el 42,9% de los pacientes (58,3% de los EPOC leves, 24,07% de los EPOC moderados, 65% de los EPOC graves y el 66,6% de los EPOC muy graves). El 65,8% de los pacientes clasificados en los Estadio III y IV presentan tratamiento correcto y el 36,44% de los Estadios I y II ($p = 0,0041$).

Conclusión. La mayoría de los pacientes EPOC no reciben el tratamiento farmacológico más adecuado a su nivel de gravedad. Cuanto mayor es el nivel de gravedad de los pacientes, más adecuado es su tratamiento. La mayoría son hombres, exfumadores y con un EPOC moderado.

P9.12 ATENCIÓN ALERGOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Dordal Culla, M. Romero Delgado, M. Verdú Arnal, M. Freixas Laporta, A. García Solana y E. Martí Guadaño

Servicio de alergia de la Fundación Hospital Sant Pere Claver; CAP Roger de Flor; CAP de l'Eixample Dreta. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: montseverdu@hotmail.com

Objetivos de la experiencia. Incorporar un alergólogo a un Centro de Atención Primaria urbano con el fin de reducir el tiempo de espera hospitalario, y aproximar la figura del alergólogo a la Atención Primaria (AP).

Descripción de la experiencia. Un alergólogo y una enfermera especializada se desplazan dos días por semana a un Centro de Atención Primaria (CAP) para atender pacientes con sospecha de patología alérgica derivados por el médico de familia o pediatra. Se realiza anamnesis, exploración física, pruebas cutáneas, y exploración funcional respiratoria cuando procede. Entre mayo'05 y mayo'08 fueron atendidos 892 pacientes (63,4% adultos, 36,6% niños). Las derivaciones de los pacientes adultos/pediátricos por uno o más motivos de consulta fueron: patología respiratoria 424/255, patología cutánea 120/67, sospecha alergia alimentaria 14/40, sospecha alergia medicamentosa 66/12, otros motivos 2/6. Se realizaron pruebas cutáneas con neumoalergenos 763 pacientes, pruebas cutáneas con alimentos 260, espirometría basal forzada 472, prueba broncodilatadora 168. Fueron derivados 106 pacientes al hospital para otro tipo de exploraciones complementarias (estudio alergia medicamentosa, provacción a alimentos, pruebas epicutáneas, etc.). En el 62,28% de los pacientes adultos y en el 50,31% de los pacientes pediátricos el estudio alérgico fue positivo. El tiempo de espera para primeras visitas fue inferior a 15 días.

Conclusiones. El desplazamiento del equipo de Alergología a la AP ha permitido: 1. Reducir el tiempo de espera de primeras visitas. 2. Establecer un diagnóstico etiológico con prontitud. 3. Reducir la carga asistencial hospitalaria. 4. Ahorro de costes directos/indirectos. 5. Facilitar la comunicación especialistas-médicos de AP.

Sesión 10

Jueves, 20 de noviembre. 13.00-14.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Comunidad/familia/educación para la salud

P10.01 EFICACIA DE UNA UNIDAD DE TABAQUISMO EN UN ABS URBANO

A. Vallejo Domingo, S. González Sánchez, J. Ojuel Solsona, S. Flayeh Beneyto, R. Medrano Jiménez y M. Castaño Gea

CAP La Salut. Badalona (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: vallejodomingo@hotmail.com

Objetivos. Evaluar la asistencia y el seguimiento del plan de tratamiento para la deshabituación tabáquica de nuestro centro y su eficiencia.

Material y métodos. -Diseño: Estudio descriptivo transversal. -Ámbito de realización: ABS urbano (35.031 personas asignadas). -Criterio de selección: todos los pacientes citados en la unidad de tabaquismo del centro durante el año 2007 (plan terapéutico establecido en 5 visitas). -Número de sujetos: 73. -Variables: datos demográficos, número de visitas realizadas por cada paciente, abstinencia tabáquica a los 6 meses postintervención y consumo diario previo. Los datos se obtuvieron de las sucesivas entrevistas, de la historia clínica informatizada y mediante llamadas telefónicas para comprobar abstinencia. -Métodos de evaluación de la respuesta: Análisis de datos con el paquete informático SPSS 12.0.

Resultados. Se estudiaron 73 pacientes (edad media 47,23, DE 12,12). De ellos, un 28,8% dejó de fumar. Si recibían atención sanitaria (al menos 1 visita), la abstinencia era mayor (36,5% vs 9,5%, $p = 0,024$). Analizado en función del número de visitas recibidas (el tratamiento se instauraba siempre en la segunda visita) la abstinencia fue mayor a partir de la 3^a visita (53,8%, $p = 0,002$) que entre los que recibieron una o dos visitas (19,2%) o ninguna (9,5%).

Conclusión. La unidad especializada de nuestro centro demuestra ser una herramienta eficaz para ayudar al cese del hábito tabáquico, sobre todo en aquellos pacientes que completan la intervención.

P10.02 V RUTA DE LA SALUD DR. PEDRO ZARCO

A. Sacristán Rubio, J. Zarco Montejo, H. Juan Gallinari y A. Rodríguez Blanco

CS Ibiza; CS Monterozas. Madrid. Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: hdjuan@hotmail.com

Objetivos. Organizar por 5º año consecutivo una actividad comunitaria, que pretende dar ejemplo de la práctica de ejercicio y describir las características poblacionales de los participantes mediante la práctica del ciclismo no competitivo.

Material y métodos. Participaron 1167 personas, 948 mediante inscripción previa a través de Internet o teléfono. En el formulario de inscripción se contemplan una serie de variables clasificatorias que se analizan con SPSS 11.0.

Resultados. De los preinscritos 31 personas no acudieron a participar. El 22% (252) son mujeres y el 19% (216) son menores de 10 años. Edad de 38 ± 12 años. En cuanto a la procedencia eran de Madrid capital 667 participantes. El 32% dice realizar ejercicio 7 días de la semana, el 16% 2 días y el 17% 3 días/semana. El 38% señala hacerlo de 31-60 minutos/día, el 24% > 61 minutos/día. El 16% pertenece a un club. 118 participantes son médicos (9%) y 68 son Médicos de Familia. El 46% de los inscritos no completa el campo de profesión.

Conclusión. Se ha conseguido consagrar una actividad comunitaria con un alto índice de participación con el objetivo de fomentar hábitos de vida saludables. Se obtuvo una representativa participación de niños y adultos. La mayor parte de los participantes practican de forma regular alguna actividad deportiva.

P10.03 EVALUACIÓN DE LA MORTALIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

F. Varela Ruiz, M. Rodríguez Álvarez, J. Segovia Rojas, P. Gallego Góngora, S. Brito Pérez y E. Almagro Jiménez

Hospital San Juan de Dios Aljarafe. Bormujos (Sevilla). Andalucía.
Correo electrónico: xraxra2001@yahoo.es

Objetivos. Analizar la mortalidad en el Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias durante el año 2007 según patologías, ubicación de los pacientes y estado de terminalidad.

Material y métodos. Se trata de un Hospital Comarcal con más de 90000 urgencias anuales. Estudio descriptivo transversal de la mortalidad de los pacientes atendidos en urgencias en el año 2007, excluida la mortalidad infantil.

Resultados. Se atendieron 95930 urgencias en el año, de las cuales 92 fueron éxitos (0,10%) con una media de edad: 78,58 años, el 98,9% fueron de causa médica: cardíaca (40%), insuficiencia respiratoria (22,11%), enfermedad cerebrovascular (10,53%), sepsis (9,47%), hemorragia digestiva (7,37%), neoplasia (4,21%), otras causas médicas (3,1%) y causa traumática (1,05%). En Sala de Emergencias se produjo el 23,16%, 71,58% de los éxitos en observación y el resto en planta de hospitalización. El 21,05% estaba en situación paliativa.

Conclusión. Encontramos una escasa mortalidad en urgencias. La patología médica es la más prevalente, con gran relevancia las enfermedades cardiovasculares. Existe un alto porcentaje de pacientes paliativos que nos hacen reflexionar sobre el adecuado abordaje de los mismos en todos los niveles asistenciales.

P10.04 TRABAJANDO CON LA COMUNIDAD, NUEVA HERRAMIENTA PARA PREVENIR LAS CAÍDAS EN LA POBLACIÓN ANCIANA

R. Martín Álvarez, L. Martínez Palli, M. Payan Cruz, E. Llauradó Santclement, R. Corral Antón y M. García Fuentes

EBA Vallcarca-Sant Gervasi. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: rmartin@perevirgili.catsalut.net

Objetivos de la experiencia. Evaluar la efectividad de la técnica taichí sobre el equilibrio y la fuerza muscular en la población de edad avanzada, así como valorar la influencia sobre el riesgo de caídas.

Descripción de la experiencia. Ensayo clínico comunitario con muestreo aleatorio simple. 130 pacientes > 65 años, independientes para las ABVD sin caídas de repetición. Grupo intervención, 65 pacientes, aprendizaje técnica taichí (60 minutos/semana, 28 semanas). Grupo control, 65 pacientes, consejos seriados sobre el ejercicio convencional (bimensual).

Mediciones. Test biomecánicos con valoración del equilibrio estático y dinámico, de la marcha y de la fuerza muscular. Incidencia de caídas. Los análisis estadísticos se realizan en base a la intención de tratar. Comparación de mediciones pre y postintervención, entre grupos postintervención. Riesgo de caídas mediante regresión de Cox. Edad media 72,1 años (DE 5,7), 65% mujeres. Hábito sedentario 26%. Prevalencia de caídas 37%. 64% fuerza disminuida, 88% estabilidad dinámica alterada. A los 12 meses, grupo control sin cambios biomecánicos ($p > 0,05$). Taichí mejora la fuerza (37% vs 60%, $p < 0,01$) y equilibrio dinámico (18% vs 60%, $p < 0,001$). Taichí comparado con ejercicio convencional mejora la fuerza (23% frente 2%, $p < 0,001$), y equilibrio dinámico (38% frente 18%, $p < 0,001$). El taichí reduce el riesgo de caídas ($p < 0,018$), riesgo estimado de caída de 2,1 (IC 95% 1,1-3,9), y NNT de 4 ancianos con práctica regular para prevenir una caída.

Conclusiones. Las técnicas de re-educación del equilibrio han demostrado disminuir el riesgo de caídas, mejorar la fuerza y el equilibrio. Son bien aceptadas por la población y aportan los beneficios de practicar ejercicio físico en grupo.

P10.05 USO DE GUANTES DE LÁTEX EN EL SECTOR ALIMENTARIO. REPERCUSIONES EN LA SALUD DE LOS MANIPULADORES DE ALIMENTOS

R. Mata Ayuso, P. Vaca Macho, E. Bravo Martín, A. Arias Seno y N. Sánchez Santos

Dirección de la Gerencia del Área de Salud Don Benito, Servicio Extremeño de Salud. Don Benito (Badajoz). Extremadura.
Correo electrónico: adolfo.arias@ses.juntaex.es

Objetivos. Conocer la utilización de guantes de látex por los manipuladores de alimentos, su proporcionalidad en los distintos sectores alimentarios y las repercusiones en la salud de los propios manipuladores. Desde 2006 se incluyen en los programas de formación, impartidos por nuestros Servicios Oficiales Veterinarios y Farmacéuticos, contenidos relacionados con el uso de guantes.

Material y métodos. Encuesta a 5.848 manipuladores formados en un Área de Salud de Extremadura durante 2006 y 2007, con recogida de datos sociodemográficos, laborales y sanitarios. Datos procesados y analizados con Excel.

Resultados. Responde al cuestionario el 91,34% de los manipuladores. Utilizan guantes de látex como mecanismo de protección el 36,8%. Proporcionalmente, se utilizan en las Industrias hortofrutícolas (26,47%), Restauración colectiva (25,35%), Alimentación (9,19%), Pastelería-panadería (4,78%), Cárnica (4,41%), Conservas (4,05%) y otros (25,75%). Tienen problemas relacionados con su uso 0,37% (dermatitis y/o alergia).

Conclusión. Si bien los problemas derivados de su utilización son escasos, su uso está bastante extendido a pesar de los estudios y recomendaciones científicas y técnicas que proponen usar guantes sólo cuando las características del trabajo o del trabajador así lo requieren. Desde los Servicios de Salud podemos informar y educar a la población general y formar a los manipuladores de alimentos en que lo más adecuado es no usar guantes en la manipulación de alimentos y lavar las manos tantas veces como sea necesario.

P10.06 CONOCE TU CENTRO DE SALUD

M. Sanz Sanz, J. Caravilla Parra, A. Casas Sierra, A. de Francisco Gil, B. Mesa Borrego y E. Vicente María

CS Las Águilas, Área 7. Madrid. Comunidad de Madrid.
Correo electrónico: sanzsanzmarta@hotmail.com

Objetivos de la experiencia. Despertar el interés en los niños para conocer el primer nivel del sistema sanitario

Descripción de la experiencia. Un Colegio de la zona básica propone visitar el Centro de Salud. El EAP valora positivamente que los niños conozcan el primer escalón del Sistema Sanitario, lo sientan como algo propio y aprendan a "cuidarlo". Proyecto educativo dirigido a 1º y 2º de Primaria. Se realizan 15 sesiones, participan 121 niños, 10 profesores y 12 docentes. La visita se divide en tres sesiones. Tras la recepción, pasan a la biblioteca, contestan 10 preguntas sobre lo qué es un Centro de Salud. Se presentan los profesionales, se proyecta montaje fotográfico que explica divertida y sencillamente la filosofía y valores de la Atención Primaria. Se dividen en dos subgrupos de "investigadores". "Descubren" consultas de medicina, pediatría, enfermería, fisioterapia, curas y laboratorio, explicándoles las diferentes actividades, animándoles a preguntar y desarrollan prácticas. Finalmente se reúnen en la Biblioteca, se proyecta "Ratoncito Pérez", se entregan cepillos dentales, hoja de tareas: sopas de letras y dibujos, las 10 preguntas iniciales, que cumplimentan en el colegio, y remiten con la evaluación.

Conclusiones. Después de las sesiones el grado de conocimiento de los niños se duplicó. La evaluación del profesorado fue muy positiva. La articulación de mecanismos de participación desde la infancia podría mejorar y hacer más fluidas las relaciones de los futuros adultos y su centro de salud.

P10.07 EJERCICIO FÍSICO, ¿REALIDAD O UTOPÍA?

J. Vila García, M. Martínez Gil, A. Casasa Plana, C. Brotóns Cuixart e I. Moral Peláez

EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: jvila@eapsardenya.cat

Objetivos. Conocer la actividad física que realiza nuestra población.

Material y métodos. Estudio descriptivo, transversal en una muestra de 330 pacientes mayores de 18 años que acudieron al centro entre octubre y diciembre de 2007.

Recogida de datos: se elaboró un cuestionario autoadministrado.

Resultados. 63,3% eran mujeres, 36,7% hombres. La media de edad fue de 57,3 años. Actividad principal en el centro de trabajo: 33,6% Sentado la mayor parte de la jornada, 23,6% de pie sin efectuar grandes desplazamientos. 35,5% caminando efectuando desplazamientos frecuentes. 3,3% realiza tareas que requieren gran esfuerzo. 3,9 no contesta. Actividad fi-

sica en el tiempo libre: 33% ninguna actividad física, 11,5% Menos de una vez a la semana, 10,6% una vez por semana, 23,6% 2 o 3 veces por semana, 18,5% más de tres veces a la semana, 2,7% no contesta.

Conclusión. La mayoría de la población estudiada es sedentaria. Más de la mitad de la muestra no cumple las recomendaciones del PAPPS sobre actividad física. Son necesarios más programas comunitarios de promoción del ejercicio físico.

P10.08 ABORDAJE INICIAL DEL CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN ADULTA

O. Colet Villar, M. Pinilla Macarro, M. Sarasa Bernabé, C. Rafecas Jane, D. García Vidal y M. Ruiz Batalla

ABS Baix Penedès Interior. Arboç (Tarragona). Cataluña.
Correo electrónico: olcolet@hotmail.com

Objetivos. El consumo de riesgo de alcohol (CRA) es un problema de Salut Pública. El Programa Beveu Menys (Programa Bebed Menos) (PBM) fue creado desde la Dirección General Drogodependencias de nuestra Comunidad Autónoma para dotar la Atención Primaria (AP) de un instrumento para abordar CRA. Objetivos a valorar: -Intervención sobre los bebedores de riesgo (BR). -Implementación del PBM. -Uso formulario específico diseñado en nuestro programa informático.

Material y métodos. Área Básica de Salut rural. 14000 habitantes. Estudio descriptivo transversal. Revisión de pacientes con registro informático BR: Sí, incluye consumo de más de 28 unidades bebida estándar (UBES) en hombres y más de 17 en mujeres. Revisamos casos de Unidad Básica Asistencial (1900 pacientes) en formulario específico y curso clínico. Variables: edad, sexo, formulario cumplimentado, UBES, Alcohol use disorders identification test (AUDIT), pauta consumo, estado motivacional, intervención, seguimiento y evolución del consumo.

Resultados. 96 casos, 5% de la población estudiada. 96,5% hombres. Edad media 52,5, Se utiliza formulario en 43%, registro UBES 82,7%, AUDIT 24%, pauta consumo 63,7%, estado motivacional 65,5%. Se interviene en 75,8% y seguimiento por AP 94,8%. Evolución del consumo: disminuye 34,5%, sin cambios 34,5% y no consta en 31%.

Conclusión. 5% de la población estudiada presenta CRA (prevalencia esperada CRA 7-10% en población adulta). Seguimiento PBM sobre todo a través de curso clínico pero con infratratilización del formulario específico PBM. Escasa realización test AUDIT. Elevado porcentaje de intervención sobre el CRA y amplio seguimiento desde AP.

P10.09 ¿COMEN NUESTROS PACIENTES UNA DIETA SALUDABLE?

M. Martínez Gil, J. Vila García, A. Casasa Plana, I. Moral Peláez, C. Brotons Cuixart e I. Martínez Pino

EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: jvila@eapsardenya.cat

Objetivos. Conocer los hábitos alimentarios de la población atendida en un centro de atención primaria situado en zona urbana.

Material y métodos. Estudio descriptivo, transversal en una muestra aleatoria de 330 pacientes mayores de 18 años, que acudieron al centro entre octubre y diciembre 2007. Recogida de datos: se elaboró un cuestionario específico auto administrado de hábitos alimentarios.

Resultados. Un 63,3% de la muestra era mujeres y un 36,7% hombres. La media de edad fue de 57,3 años. 48,8% comen verdura diariamente y fruta fresca un 67,6%. 24,2% come carne diariamente y pescado sólo un 5,5%. 28,6% comen legumbres menos de una vez por semana o nunca. 48% come embutidos al menos una vez por semana y el 10,7% lo hace diariamente. 80% consume de productos lácteos. 59,2% consume menos de una vez por semana o nunca frutos secos. 77% comen pan o cereales diariamente. En cuanto a dulces y pastelería prefabricada un 34% y un 42% respectivamente los consumen al menos una vez por semana.

Conclusión. El consumo de proteínas se basa fundamentalmente en el consumo de la carne olvidando el pescado y las legumbres. Nuestra población está lejos de alcanzar las 5 raciones de fruta y verdura al día que se aconseja. El consumo de alimentos superfluos está demasiado patente olvidando otros como los frutos secos.

P10.10 EL PROFESIONAL SANITARIO ¿PREScribe EJERCICIO FÍSICO? Y..., ¿PRACTICA EJERCICIO FÍSICO?

M. Pinilla Macarro, O. Colet Villar, D. García Vidal, M. Ruiz Batalla, Y. Reillo Marques y M. Soler Pont

ABS Baix Penedès Interior. Arboç (Tarragona). Cataluña.
Correo electrónico: mpinilla@xarxatecla.cat

Objetivos. Conocer si el profesional sanitario (PS) prescribe ejercicio físico (EF) y además lo practica.

Material y métodos. Estudio transversal descriptivo a través de encuesta autoadministrada validada a todos los sanitarios (200 total: 50% médicos y 50% enfermeros/as) de 6 Áreas Básicas de Salud de gestión privada que atiende una población aproximada de 140.000 habitantes.

Resultados. Encuesta contestada por 70 PS (35%). 54% son enfermeros/as. 74% mujeres. Edad media 38 (DE ± 8). Los PS aconsejan EF al 87% de pacientes sanos y al 86% con patología. El 60% recomiendan duración entre 30 min y una hora y el 44% entre 2 y 4 días a la semana. Entre los PS el 60% hace ejercicio habitualmente, el 52,4% entre 3 y 6 días a la semana. El 64,3% son mujeres y el 52,4% de enfermeros/as. Respecto a la prescripción de EF a pacientes sanos y con patología por el personal sanitario: lo realizan enfermeros/as en el 62,3% y 56,7% respectivamente.; si es médico en el 37,7% y 43,3% respectivamente.

Conclusión. El 60% del PS hace ejercicio habitualmente, mayoritariamente el sexo femenino y la profesión de enfermería. El PS prescribe EF habitualmente a sus pacientes, siendo más aconsejado por enfermería.

P10.11 PERSONAL NO SANITARIO: UNA EXPERIENCIA DE MEJORA EN LA COMUNICACIÓN CON EL USUARIO

R. Fernández Álvarez, M. Fernández Domínguez, M. Hernández Gómez, C. Menéndez Villalva, M. González Seoane y R. Pena Vetoret

PAC Allariz; CS Mariñamansa-A Cuña; CS Valle Inclán. Ourense. Galicia.
Correo electrónico: marijose.fernandez.dominguez@sergas.es

Objetivos de la experiencia. Formación de personal no sanitario (PNS) en el campo de la comunicación y relación con el usuario.

Descripción de la experiencia. Gran parte de las reclamaciones de los usuarios de atención primaria se originan en la relación con el PNS. Miembros del grupo de Comunicación y Salud (CyS) pusimos en marcha en 2007 un grupo formado por PNS con el objeto de profundizar en el estudio de la comunicación con el usuario. Como primera actividad se realizó un curso de formación de formadores impartido en 2007 por tutores miembros del grupo de CyS, y dirigido a PNS que había realizado un curso previo de habilidades de comunicación. A continuación este personal formado, acompañado de los tutores, imparte cinco talleres de cuatro horas de duración dirigidos a PNS, a lo largo de noviembre y diciembre de 2007. El grupo mantiene reuniones periódicas. En ellas se realizan las siguientes actividades: Comunicación y discusión de encuentros difíciles con usuarios; análisis de videogramaciones utilizando metodología; propuesta y desarrollo de estudios de investigación.

Conclusiones. Los talleres impartidos por el grupo fueron evaluados de forma satisfactoria (38%, 83%, 92%, 99%), por los participantes, los cuales comunicaron, en su mayoría, el aspecto positivo de que la formación procediese de profesionales que compartían sus experiencias. El grupo mantiene un buen nivel de motivación y de actividad, si bien aun no se ha evaluado el impacto de esta iniciativa en la satisfacción del usuario ni en la frecuencia de las reclamaciones.

P10.12 PSICOPATOLOGÍA COMPARADA ENTRE INMIGRANTES LATINOAMERICANOS Y ESPAÑOLES

M. Cereceda Satué, M. Barceló Castelló, L. Luzón Oliver, L. Bailo Vinués, V. Otín Ciprés y M. Astier Peña

CS Torre Ramona. Zaragoza. Aragón.
Correo electrónico: mariacereceda5@hotmail.com

Objetivos. Comparar la prevalencia de psicopatología en una muestra de población inmigrante latinoamericana respecto a la autóctona.

Material y métodos. -Estudio observacional transversal. -156 inmigrantes y 156 españoles, mayores de 18 años, con residencia en España menor a 35 meses y emigrantes latinoamericanos. -Instrumento: entrevista MINI. Cuestionario sobre el estado general de salud (GHQ 12). Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. Los integrantes fueron captados en

centros de AP. Los resultados de cada inmigrante fueron apareados con los de otro del grupo, siendo del mismo sexo y una diferencia máxima de edad de 2 años. Se configuró una base de datos con el SPSS. La comparación se realizó utilizando para variables dicotómicas la prueba de McNemar, y para variables de respuesta multinomial la de Wilcoxon.

Resultados. El 29% de los inmigrantes presentaba patología psiquiátrica, frente al 31,6% de los españoles. No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de trastornos afectivos (depresión, distimia, episodio hipomaniaco), de ansiedad (angustia, ansiedad generalizada, TOC, trastorno por estrés postraumático) psicóticos, abuso del alcohol, ni en anorexia nerviosa. El grupo de latinoamericanos presentó diferencias en el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos ($p = 0,044$); en episodios maniacos ($p = 0,037$); una mayor dependencia de alcohol ($p = 0,010$); y en la bulimia nerviosa ($p = 0,013$). Los españoles presentaron más trastorno antisocial de la personalidad ($p = 0,024$).

Conclusión. Se han observado diferencias significativas respecto a los síntomas psicóticos, siendo más frecuentes entre los inmigrantes, y el trastorno antisocial, más prevalente entre los españoles.

Sesión 11

Jueves, 20 de noviembre. 09.00-10.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Diabetes

P11.01 VALORACIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES DIABÉTICOS

A. Espina Castilla, E. Vargas Vilardosa, J. López Vivó, N. Taulé Clausell, M. Sasal Lasosa y C. Andreo Ibor

CAP Antón Borja. Rubí (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: 32623evv@comb.es

Objetivos. La American Diabetes Association 2003 y diferentes sociedades científicas de nuestro ámbito, establecen los criterios de control lipídico en población diabética, basados en el riesgo de complicaciones macro y microvasculares. Los niveles deben ser: colesterol total (CT) < 200, LDL < 100, HDL > 40 y triglicéridos (TG) < 150. Objetivo: analizar el perfil lipídico de los pacientes diabéticos y conocer qué tratamiento reciben.

Material y métodos. Estudio: descriptivo transversal. Población: pacientes diabéticos tipo 1 y 2 de un centro de atención primaria urbano. Muestra: 366 pacientes diabéticos seleccionados aleatoriamente. Método: revisión de historias clínicas informatizadas

Variables: edad, sexo, tipo de diabetes, niveles de CT, LDL, HDL, TG y tratamiento prescrito, complicaciones cardiovasculares (CV).

Resultados. Edad media: 62,5 Hombres: 49,18% CT > 200: 42% LDL > 100: 56% HDL baja: 32,5% TGL > 150: 24%. Reciben tratamiento hipolipemianta: 43,9%. Estatinas: 43,1% (simvastatina: 41,5% lovastatina: 18,3%, pravastatina: 11,3%, atorvastatina: 21,6%, fluvastatina: 6,9%). Fibratos: 4,3% (gemfibrozilo: 62%, fenofibrato: 48%) Otros fármacos: 1,6%. El 72% de los pacientes > 75 años no reciben tratamiento hipolipemianta. Han presentado complicaciones cardiovasculares: 11%, de los cuales recibían tratamiento con estatinas el 67%, y con fibratos el 3,7%. En el grupo de pacientes tratados, el 26% presentaban niveles correctos de CT, LDL, HDL y TG.

Conclusión. Menos de la mitad de nuestros pacientes diabéticos, tienen un perfil lipídico correcto. La simvastatina es el fármaco más utilizado. A pesar de recibir tratamiento es difícil adecuar el perfil a las recomendaciones.

P11.02 ¿ANTIAGREGAMOS A NUESTROS PACIENTES DIABÉTICOS COMO PREVENCIÓN PRIMARIA EN LA CONSULTA AMBULATORIA?

S. Montesinos Sanz, E. Fernández Valdivieso, V. Pérez Martín, L. Orteu Domínguez, N. Pereira Berdullas y M. de Miguel Peláez
ABS-5 y ABS-2 de Santa Coloma de Gramanet. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: susannix2002@yahoo.com

Objetivos. Analizar el uso de AAS (ácido acetil salicílico) como preventión primaria en DM2 (diabetes mellitus tipo 2) que cumplen criterios para la antiagregación según ADA 2004 y GEDAPS.

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo transversal. Ámbito de estudio: 2 ABS urbanas. Sujetos: muestra aleatoria sistemática de 284 sujetos con diagnóstico DM2. Se excluyen quienes hayan sufrido eventos cardiovasculares, alérgicos o contraindicaciones para AAS y tratados con otros antiagregantes o anticoagulantes. Medidas e intervenciones: registramos edad, sexo, tabaquismo, HTA, Índice masa corporal (IMC), valores de colesterol total (CT), HDL y LDL, triglicéridos (TG), historia familiar cardiopatía (HFC) y prescripción AAS 100 mg.

Resultados. Hombres 49,6%, edad media $67,76 \pm 11,67$, 100% no consta HFC, tabaquismo 11,3% (no consta 17,6%), HTA 63,4%, IMC > 30: 36,3%, HbA1c > 7: 33,1%, CT > 200: 50%, LDL > 100: 73,2%, TG > 150: 34,5%. Indicación AAS 82,4% (234), toman 19,2% (45), teniendo un factor 51,9% (98), dos 33,9% (64), tres o más 4,3% (27).

Conclusión. A pesar de las recomendaciones sobre el uso de AAS en población diabética y sus beneficios, solamente uno de cada cinco pacientes recibe este tratamiento. Destacamos que en uno de cada seis diabéticos no consta si fuma y el nulo registro de la HFC. Es de vital importancia conseguir un buen control de los factores de riesgo cardiovascular en diabéticos, así como alcanzar un 100% de cobertura de prescripción de AAS para evitar en un futuro posibles eventos cardiovasculares.

P11.03 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS CON INSULINA GLARGINA. EFICACIA Y EFECTOS SECUNDARIOS

J. López Aguilar y A. Sánchez Gualberto

Unidad de gestión clínica del CS Isla Chica. Huelva. Andalucía.
Correo electrónico: jaloag@jazztel.es

Objetivos. Describir y analizar características de pacientes insulinizados mediante glargina de 3 consultas médicas, control glucémico, hipoglucemias y variación en peso.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Selección de todos los pacientes insulinizados mediante glargina de 3 consultas médicas (con o sin otro antidiabético). Variables: sexo, edad, tipo DM, última glucemia basal y HbA1c (< 6 meses), uso concomitante de insulina rápida y/o ADO, Nº pinchazos diario, dosis total diaria de glargina, tiempo de insulinización, Nº hipoglucemias descriptas en historia y ganancia peso desde inicio de insulinización. Análisis estadístico: usamos para variables cuantitativas la media y la desviación típica, y para cualitativas el porcentaje.

Resultados. N = 30 (10,38% de los diabéticos; 61,2% del total insulinizados). 60% mujeres, 83,3% DM II. Media edad = 66,6años (DE 17,7). 16,7% usaba insulina rápida. 100% de pacientes se administraba la insulina en 1 pinchazo, dosis media diaria de 33,3UI (DE 16,1). El 46,7% había iniciado tratamiento con glargina hace < 1 año, 40% entre 1-3 años, y 13,3% > 3 años. 53,3% tomaba concomitantemente un ADO, 20% tomaba 2, y 26,7% ninguno. ADOs más utilizados: biguanidas (40%), biguanidas + sulfonilureas (16,7%), secretagogos (10%). No hubo descrita ninguna hipoglucemias. Seleccionando pacientes con tratamiento > 1 año observamos media en última determinación de glucemia basal = 183,83 mg/dl (DE 85,5), media HbA1c = 8,2 (DE 1,79). Estos pacientes perdieron media de 920 gramos de peso (DE 1,33).

Conclusión. Dosis media de insulina utilizada se muestra insuficiente. Necesario incidir en mejor control, aumentando dosis de glargina y seguimiento de estos pacientes, hasta cifras HbA1c óptimas. Convendrá implementar medidas para promocionar insulina rápida y/o metformina asociada a glargina para control de picos pospandriales en detrimento de sulfonilureas/secretagogos.

P11.04 FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS AL DEFICIENTE CONTROL METABÓLICO EN DIABÉTICOS TIPO 2

J. Martín García, C. Albaladéjo Blanco, J. Ojuel Solsona, S. Moreno Ávila, J. Fernández Pérez y O. Salvador Vinyoles

ABS Llefià. Badalona (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: martin23120@wanadoo.es

Objetivos. Determinar qué factores influyen en la persistencia de un control metabólico deficiente en diabéticos tipo 2 (DM2).

Material y métodos. Tipo de estudio: descriptivo longitudinal, octubre 2005- mayo 2007. Ámbito: Centro de Atención Primaria (CAP) urbano.

Sujetos: de 2.918 pacientes con DM2 se detectaron 88 (3%) con hemoglobina glicada (HbA1c) inicial igual o mayor al 10%. Variables: edad, sexo, HbA1c inicial-final, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), comorbilidad psiquiátrica, lugar de seguimiento, medicación y cumplimiento terapéutico. Definición de control metabólico deficiente: HbA1c final igual o mayor al 8%, tras período de observación e intervención mayor o igual a 6 meses (intervalo temporal entre HbA1c inicial-final). Fuente de datos: historia clínica informatizada. Análisis estadístico: programa SPSS 12.0.

Resultados. Se estudiaron 88 pacientes. Edad media: 62 ± 12 años. Sexo: 55% mujeres. Media HbA1c inicial: $11,1 \pm 1,2\%$ (rango: 10-16,3%). FRCV: 72% dislipemia, 70% hipertensión, 61% obesidad, 17% tabaquismo. Comorbilidad psiquiátrica: 28%. Seguimiento: 71% CAP, 10% endocrinólogo o mixto y 18% desconocido. Tipo de tratamiento: 17% sólo medidas higiénico-dietéticas, 32% monoterapia oral, 24% asociaciones de 2 o más fármacos orales, 11% insulina sola y 16% asociaciones de insulina más hipoglucemiantes orales. Cumplimiento terapéutico: 18% medidas higiénico-dietéticas y 29% medicación. Media HbA1c final (n = 61): $8,8 \pm 2,1\%$, de los cuales 37 pacientes (61%) persistían con control deficiente. Las variables que se asociaron, de forma significativa, con el mantenimiento de una HbA1c final mayor o igual al 8% fueron la presencia de hipertensión ($p = 0,02$), obesidad ($p = 0,023$) y comorbilidad psiquiátrica ($p = 0,032$).

Conclusión. Los únicos factores que influyeron significativamente en la persistencia de un control metabólico deficiente fueron: hipertensión, obesidad y comorbilidad psiquiátrica.

P11.05 RIESGO DE DESARROLLAR DIABETES EN PACIENTES CONSULTANTES EL DÍA MUNDIAL DE LA DIABETES (14/11/2007), MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO FINDRISC

J. Abánades Herranz, M. Salinero Fort, F. Arrieta Blanco, C. Martín Madrazo, E. Carrillo de Santa Pau y J. Cárdenas Valladolid

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. Analizar el riesgo de desarrollo de diabetes en pacientes consultantes a través del cuestionario FINDRISC.

Material y métodos. Tipo de estudio: Transversal. Ámbito: 11 Centros de Salud de un Área de Salud. Población: 261 pacientes consultantes el Día Mundial de la Diabetes (14/11/2007). Mediciones: variables sociodemográficas, biológicas (tensión arterial sistólica y diastólica), comorbilidad (HTA, cardiopatía Isquémica, insuficiencia cardíaca, dislipemia, albuminuria, isquemia crónica de miembros inferiores (MMII)) y puntuación en el cuestionario FINDRISC que incluye edad, IMC, perímetro de la cintura, tratamiento con antihipertensivos, glucemia previamente elevada, actividad física, consumo de verduras, antecedentes familiares de diabetes.

Resultados. Edad 61 ± 16 años; Mujeres 65,9%; Analfabetos/estudios primarios 57,5%; Trabajadores cualificados 44,4%; Ingesta de verdura diaria 69,7%; Ejercicio diario 67%; Tabaquismo activo 16,1%; Índice de Masa Corporal $28,4 \pm 4,6$; Perímetro de Cintura $98,4 \pm 14,7$; TAS $129,7 \pm 17$; TAD $78,6 \pm 10,4$; HTA 46,4%; Cardiopatía isquémica 2,3%; Insuficiencia cardíaca 0,4%; Dislipemia 39,1%; Albuminuria 0,4%; Isquemia crónica MMII 1,9%; Antecedentes DM 37,2%; FINDRISC > 15 19,5%. Al estudiar la asociación entre las variables no incluidas en el FINDRISC (género, nivel de estudios, isquemia crónica MMII) y el resultado > 15 del cuestionario, se obtuvo significación estadística ($p < 0,05$) para el nivel de estudios y la isquemia crónica de MMII. Posteriormente, al ajustar por género, se obtuvo una OR = 2,94 ($p < 0,05$) para los pacientes analfabetos/estudios primarios, y una OR = 10,92 ($p < 0,05$) para los pacientes con isquemia crónica MMII.

Conclusión. Los pacientes analfabetos/estudios primarios y aquellos con isquemia crónica MMII, independientemente del género, tienen alto riesgo de padecer diabetes en los siguientes 10 años a la realización del FINDRISC.

P11.06 GRADO DE CONTROL MULTIFACTORIAL DE LA DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA SANITARIA METROPOLITANA

L. Mengual Martínez, P. Roura Olmedo, M. Serra Laguarda, M. Montasell Pérez y G. Prieto de Lamo

ABS Ciutat Badia. Badia del Vallès (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: lucasmengual@comb.es

Objetivos. Conocer el grado de control multifactorial de la diabetes tipo 2 (DM2) en las consultas de Atención Primaria.

Material y métodos. Se obtuvo una muestra al azar de 392 pacientes con DM2 (precisión + 4% e IC 95%) procedentes de 40 médicos, seleccionados aleatoriamente, en los 16 Equipos de Atención Primaria de una comarca con 8 municipios y 429.816 habitantes. Durante 10 días consecutivos se selecciona al primer diabético de lista de pacientes citados. Se analizó el grado de control multifactorial: glicada < 7%, presión arterial < 130/80 mmHg, colesterol total < 200 mg/dl, LDL < 100 mg/dl, HDL > 40 mg/dl TG < 150 mg/dl, y no fumador. Como objetivos secundarios se estudió el grado de control del IMC entre 18,5 y 24,9 y perímetro abdominal < 102 hombres y < 88 mujeres.

Resultados. La edad media de la muestra fue de 66,8 (DE 10,6). Hombres 45,4%. Años evolución DM2 8,4 (DE 7,6). Peso 76,9 Kg (DE 13,4), IMC 30 Kg² (DE 5). Perímetro abdominal 102,2 cm (DE 12,9). El grado de control para cada variable fue: glicada 54,8%, colesterol total 59,9%, LDL 40,6%, HDL 75,5%, TG 65,8%, PAS 29,6%, PAD 58,9%, PAS y PAD 24,7%, No tabaco 88%. El porcentaje de diabéticos con control de todas las variables fue de 2,8%. Presentaron un óptimo IMC el 13% y un perímetro abdominal un 27%.

Conclusión. El grado de control unifactorial y multifactorial de la diabetes es mejorable sobre todo en el control de la PAS, IMC y perímetro abdominal.

P11.07 SÍNDROME METABÓLICO E INERCIA CLÍNICA EN PACIENTES QUE DESARROLLAN ICTUS: ESTUDIO ICTUS-AP

J. Alfaro González, L. Guijao Sánchez, L. García-Giralda Ruiz, M. Izquierdo Ros, C. Moya Vergara e I. Carrillo García

CS Murcia-Centro; CS Alguazas; CS Archena. Murcia. Murcia.

Correo electrónico: lgiralda@hotmail.com

Objetivos. Valorar los cambios de tratamiento para el control óptimo del síndrome metabólico en los 3 años previos al desarrollo de un ictus en pacientes de Atención Primaria.

Material y métodos. Estudio retrospectivo observacional en atención primaria con 225 pacientes, sobre de glucemia basal, tensión arterial, triglicéridos, HDL-colesterol y obesidad abdominal, así como los cambios en el plan terapéutico.

Resultados. Edad media de 72,4 años (57-96). Observamos que ningún paciente tenía 2 o menos factores de riesgo, el 32,94% (45 mujeres y 39 varones) presentaba 3 factores, el 36,08% (52 m y 40 v) tenía 4 factores, y el 12,16% (16 m y 15 v) padecía 5 o más factores de riesgo. Los pacientes con síndrome metabólico consumen 3,63 fármacos de media. Los controles durante los 3 años previos al ICTUS sobre la glucemia, triglicéridos, colesterol HDL, tensión arterial y obesidad abdominal, no superaron en conjunto el 16,3% las recomendaciones de las guías. Sólo en el 40,67% de los controles en los pacientes se introdujeron cambios en los tratamientos, incluidos ejercicio físico y dieta, para mejorar su síndrome metabólico.

Conclusión. La realidad del control de los FRCV para la prevención de ICTUS en nuestro medio es que permanece muy bajo, especialmente en el caso del síndrome metabólico en donde sólo lo consiguen 1 de cada 6 pacientes a lo largo de 3 años. No podemos dejarnos llevar por la inercia clínica y debemos ser mucho más agresivos y contundentes para conseguir el control del síndrome metabólico que aconsejan las guías de práctica clínica.

P11.08 EVALUACIÓN LONGITUDINAL DE EXPLORACIÓN DEL PIE EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

N. Acero Guasch, N. Colomo Rodríguez, R. Cuenca del Moral, R. Bordallo Aragón, P. Vega Gutiérrez y F. Muñoz Cobos

CS El Palo. Málaga. Andalucía.

Correo electrónico: franciscam@superable.es

Objetivos. Analizar la evolución de la exploración de pies de pacientes diabéticos. Determinar factores asociados a desarrollo de pie patológico.

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo longitudinal (2003-2007). Emplazamiento: Centro de Salud urbano. Sujetos estudio: pacientes diabéticos seguidos en atención primaria con al menos tres evaluaciones. Mediciones: variables sociodemográficas, factores de riesgo cardiovascular, enfermedad cardiovascular (ECV), retinopatía diabética, tiempo evo-

lución, tratamiento, úlcera o amputación, clínica enfermedad vascular periférica (EVP) o neuropatía, HbA1c, microalbuminuria, exploración pie (inspección, sensibilidad al monofilamento, pulsos pedios y tibiales posteriores) e índice de masa corporal (IMC). Análisis: t de Student muestras independientes y χ^2 . Variable dependiente pie patológico en 3^a evaluación, alfa 0,05.

Resultados. 140 pacientes, 84 hombres y 56 mujeres, edad media 66 años (desviación estándar DE 10,5). Hipertensos 87,9%, dislipemia 85%, ECV 20%, retinopatía 5,7%, clínica vascular periférica 10,7%, neuropatía 22,1%, evolución < 5 años 47%. Evaluaciones anuales (n1 = 140, n2 = 114 y n3 = 84): fumadores: 20%-18,1%-13,6%, microalbuminuria negativa: 60,7%-80,6%-85,3%, antidiabéticos orales: 32,2%-54,2%-56,5%, insulina: 17,8%-30,8%-31,8%, pie normal: 37,1%-20,9%-14,3%, pie de riesgo: 30,7%-30,8%-29,8%, pie patológico: 32,1%-47%-56%, sensibilidad monofilamento normal: 78,6%-78,1%-83,3%, pulsos presentes: 75,7%-71,7%-63,3%, HbA1c media: 7,4 (DE 1,7)-7,5 (DE 1,5)-7,3 (DE 1,6), IMC 29,3 (DE 7,4)-26,65 (DE 9,4)-28 (DE 9,3). Relación significativa con pie patológico: dislipemia, clínica de EVP y alteración de pulsos en 1^a evaluación.

Conclusión. Se produce un incremento temporal de pacientes con pie patológico, con perfil de mayor riesgo si dislipemia, clínica de enfermedad vascular periférica y alteración de los pulsos en la 1^a evaluación.

P11.09 ESTUDIO ECONÓMICO DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2 CON INSULINA GLARGINA E INSULINA DETEMIR EN ESPAÑA

F. Álvarez Guisasola, C. Casal Llorente y C. Rubio Terrés

CS La Calzada; CS Villagarcía de Arosa; Health Value. Gijón, Pontevedra, Madrid. Asturias, Galicia, Comunidad de Madrid.
Correo electrónico: falvarezg@papps.org

Objetivos. Comparar el coste anual por paciente de dos tratamientos para la diabetes mellitus tipo 2: insulina glargina e insulina detemir, en el ámbito del Sistema Nacional de Salud Español.

Material y métodos. Estudio económico, con la perspectiva del Sistema Nacional de Salud español. Se han tenido en cuenta sólo costes directos sanitarios (consumo de insulinas, de tiras reactivas y de agujas). Los datos de consumo de insulinas se han obtenido a partir de un ensayo clínico aleatorizado de 52 semanas de duración con 582 pacientes. Otros datos sobre uso de recursos y costes unitarios se han obtenido de la literatura y bases de datos de costes españolas.

Resultados. El ensayo muestra que los pacientes tratados con insulina glargina (IG) utilizaron menos dosis media que los tratados con insulina Determir (ID); además el 100% de los pacientes tratados con IG precisan una única inyección diaria frente al 55% de los tratados con ID que necesitaron dos inyecciones diarias. En todas las partidas de costes directos sanitarios analizadas el uso de IG se asoció a menores costes de tratamiento que la ID (los ahorros de insulina fueron de 606,18€; los de agujas y tiras de 87,23€), con un ahorro por paciente año de hasta 693,40€.

Conclusión. El tratamiento de los pacientes insulinizados con DM2 en tratamiento con IG se asociaría a menores costes totales anuales por paciente, que los tratados con ID; con ahorros anuales en costes directos para el SNS de hasta un 39% por paciente.

Estudio realizado con el patrocinio de Sanofi-Aventis.

P11.10 PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR PARA EL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES PSICÓTICOS O EN TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO COMPARADO CON EL RESTO DE LA POBLACIÓN

M. Serrano Barragán, L. Viñas Cabrera y M. Riera del Brío

ABS Poblenou. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: mlidonserrano@gmail.com

Objetivos. Conocer la frecuencia de factores de riesgo de síndrome metabólico en psicóticos o en tratamiento antipsicótico respecto a población general.

Material y métodos. Descriptivo transversal. Atención Primaria. Barrio urbano. Población: 20918. Pacientes entre 15-64 años atendidos en 2007. Tamaño muestral: 14665. Mediciones e intervenciones: historia clínica informatizada: edad, fumador, risc CV, HTA, DM, dislipemia, obesidad, IMC, perímetro abdominal, col t, col HDL, TG, Glu, MC y atención en

2007. Comparándose variables cualitativas con Chi- cuadrado y cuantitativas con t-Student utilizando SPSS.

Resultados. 14.665 pacientes. Fumador constaba en 34,7% de población y en 56,7% de psicóticos con porcentaje del 58,7% en población y 70,8% en psicóticos, estadísticamente significativo ($p < 0,037$). Triglicéridos registrados en 11,1% de población y en 22,5% de psicóticos, porcentaje con valores > 150 mg/dl de 25% en población y de 45,2% en psicóticos, significación estadística ($p < 0,006$). IMC constaba en 19,4% de población y en 28,9% de psicóticos, con porcentaje > 25 en 34,4% de los primeros y de 81,4% en los segundos, significación estadística ($p < 0,011$). Dislipemia en 17% de la población y en 32,6% de psicóticos, diagnóstico en 44,9% y en 59% respectivamente, significación estadística ($p < 0,037$).

Conclusión. El estudio muestra infraregistro PAAAPS en ambas poblaciones, objetivándose en población psicótica mayor frecuencia de fumadores, dislipemia y obesidad, con el riesgo cardiovascular que esto implica. Deberíamos mejorar nuestro registro para intentar mejorar el grado de control.

P11.11 CALIDAD DE LA ATENCIÓN A DIABÉTICOS EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA, ¿INFLUYE EN LA INERCIA CLÍNICA TERAPÉUTICA?

M. López Piñera, J. Marcos Serrano, J. Menarguez Puche, A. Nicolás García, J. Hernández Soler y D. Rubira López

CS de Molina de Segura. Molina de Segura (Murcia). Murcia.
Correo electrónico: josef.marcos@carm.es

Objetivos. Describir calidad de proceso (CP) y resultados (objetivos de buen control-OBC) de atención en pacientes diabéticos. Comprobar su impacto en Inercia Clínica terapéutica (IT).

Material y métodos. Diseño: transversal, retrospectivo. Ámbito de estudio: Zona de Salud urbana. Sujetos: 310 pacientes seleccionados mediante muestreo aleatorio sistemático (confianza = 95%, precisión = 5%) entre 1592 incluidos en Servicio de Diabetes. Se analizaron edad y criterios de CP (registro en último año de RCV, examen oftalmológico-EO-, valoración de neuropatía, tabaquismo y antiagregación adecuada). Los OBC se valoraron mediante los Standards of Medical Care in Diabetes de la ADA 2008 (HbA1C < 7, LDL-C < 100, HDL-C > 40 hombres o > 50 mujeres, TG < 200, PAS < 130 y PAD < 80). La IT se valoró de forma global, para control glucémico, lipídico y tensional. Tratamiento estadístico mediante estudios descriptivos, x^2 y correlaciones.

Resultados. Edad media 66,5 ± 11,97 años. Indicadores CP: RCV = 85,5% (IC: 81,03-88,97). EO = 59,4% (IC: 53,52-64,48), neuropatía = 38,4% (IC: 32,6-43,4), tabaquismo = 87,1% (IC: 83,26-90,74), antiagregación = 43,9% (IC: 38,47-49,53). Indicadores OBC: glucémico = 38,1% (IC: 32,6-43,4), lipídico = 14,8% (IC: 10,14-17,86), tensional = 28,1% (IC: 23-33). Una mayor CP no tuvo como consecuencia mejores OBC. La IC global fue 74,5% (IC: 69,12-78,88), glucémica = 16,1% (IC: 11,92-20,08), lipídica = 51,6% (IC: 45,44-56,56) y tensional = 48,7% (IC: 42,44-53,56). La CP fue mayor en diabéticos de más edad ($p < 0,001$). La IT no se relacionó con OBC, CP o edad.

Conclusión. -La CP y OBC son claramente mejorables, especialmente para antiagregación, neuropatía, control lipídico y tensional. -Mejor CP no determina un mayor alcance de OBC en nuestros diabéticos. -A pesar de unos malos resultados en OBC no modificamos nuestra actitud terapéutica. -La elevada IT lipídica y tensional dificulta la obtención de objetivos de control en los mismos. -No hemos identificado en nuestro medio ningún factor que explique la elevada IT.

P11.12 INSUFICIENCIA RENAL OCULTA EN DIABÉTICOS EN PREVENCIÓN PRIMARIA

M. Gijón Conde, C. Rodríguez Martín-Millanes, E. Minguela Puras, M. Ramírez Ariza, S. Jones Dougan y E. Tolmo Estela

CS Majadahonda-Cerro del Aire, Área 6. Majadahonda (Madrid). Comunidad de Madrid.
Correo electrónico: condemaite@terra.es

Objetivos. Conocer prevalencia de insuficiencia renal en diabéticos en prevención primaria.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Ámbito: centro de salud urbano. Sujetos: revisión de historias clínicas de diabéticos mayores de 50 años sin diagnóstico previo de enfermedad cardiovascular ni nefro-

patía obtenidos por muestreo aleatorio estratificado por edad del registro informático. Variables: Factores de riesgo, analítica de sangre, cálculo del filtrado glomerular según fórmula MDRD- abreviada y Cockcroft, considerando insuficiencia renal si filtrado glomerular < 60 ml/min/1,73 m. Control de presión arterial, diabetes e hiperlipemia.

Resultados. Se incluyeron 240 pacientes, 48% varones, edad media 65(10) años. Un 70% de hipertensión asociada con un 55,4% de control (cifra < 130/80). Dislipemia asociada en 50,8% con colesterol-LDL < 100 en 27,2% de los casos. Control de diabetes (HbA1c < 7) en 42%. Obesidad (IMC > 30) 37,5%. Un 19,4% eran fumadores. Porcentaje de insulinización del 15%, un 33% tomaban IECAS y 44,2% estatinas. Insuficiencia renal por MDRD en 8% de los pacientes estando ésta asociada a la edad > 65 ($p < 0,001$) y al mal control de la diabetes (HbA1c > 7) ($p < 0,01$) y por Cockcroft en 16% estando asociado a la edad más de 65 ($p < 0,002$) y al mal control de la presión arterial ($p < 0,02$).

Conclusión. Alta prevalencia de insuficiencia renal en prevención primaria estando asociada a la edad y al mal control de la diabetes y la hipertensión. Mal control de diabetes y factores de riesgo asociados. Es necesario cálculo de filtración glomerular en esta población por las implicaciones pronósticas y terapéuticas que tiene.

Sesión 12

Jueves, 20 de noviembre. 18.00-19.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Comunidad/familia/educación para la salud

P12.01 ¿CONOCE LA POBLACIÓN QUÉ ES EL TABAQUISMO PASIVO?

M. Gómez López, C. Pascual González, G. Estrada Bancells, L. Velasco Quintana, B. López Rodríguez y E. Egea

ABS Malgrat de Mar-Palafrugell. Malgrat de Mar (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: 32511mg1@comb.es

Objetivos. Fumador pasivo es el que está expuesto al humo del tabaco de forma involuntaria. El objetivo principal del estudio es averiguar el grado de conocimiento de la población sobre el tabaquismo pasivo y los objetivos secundarios conocer cómo es el entorno de los no fumadores, si evitan la exposición al humo y dónde creen que están más expuestos.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo. Se ha distribuido una encuesta entre los usuarios de nuestra ABS y escolares de secundaria de un instituto (a través del programa de salud y escuela). La muestra es de 500 pacientes.

Resultados. Un 56% de los que respondieron son mujeres de edades comprendidas entre 13-20 años (43%). El 16,9% no son fumadores y conviven con 1 o 2 fumadores. El 83% son menores de 16 años. Un 40% de los encuestados desconoce el significado de tabaquismo pasivo, siendo más importante entre los menores (51,7%). El tiempo de exposición al humo ambiental del tabaco se duplica durante los fines de semana, siendo los lugares de mayor exposición restaurantes y discotecas.

Conclusión. Casi la mitad de la población no conoce el significado del tabaquismo pasivo, lo que es más evidente entre jóvenes. El tabaquismo pasivo afecta de manera más importante a los menores de 16 años. El lugar de mayor exposición al humo ambiental del tabaco se sitúa en restaurantes y locales de ocio, donde la ley es más permisiva.

P12.02 ENSEÑANDO A REANIMAR

L. Bailo Vinués, M. Cereceda Satué, M. Barceló Castelló, L. Luzón Oliver, M. Alonso y P. Cuadra

CS Torre Ramona. Zaragoza. Aragón.
Correo electrónico: mariacereceda5@hotmail.com

Objetivos de la experiencia. Enseñar a los alumnos de educación primaria y secundaria a reconocer y saber actuar ante emergencias potencialmente fatales que pueden encontrarse en su entorno.

Descripción de la experiencia. -Describir la cadena de supervivencia del adulto de la American Heart Association (AHA) y los signos de síndrome coronario agudo, paro cardíaco, accidente cerebrovascular y asfixia en adultos. -Informar sobre la Cadena de Supervivencia y los signos de emergencias respiratorias en lactantes y niños, así como, la prevención del síndrome de muerte súbita del lactante. -Enseñar a los reanimadores legos maniobras de Reanimación cardiopulmonar básica y liberación de la obstrucción de la vía aérea por un objeto extraño en adultos, niños y lactantes. -Manejo de un desfibrilador externo automático. -Mostrar la posición de recuperación y las situaciones en las que se debe usar. -Primeros auxilios ante emergencias médicas frecuentes: hemorragia, hipoglucemia, sincope, reacción alérgica y convulsión.

Conclusiones. Se pretende educar a la población, siguiendo las recomendaciones de la AHA para la formación de personas legos, a saber reconocer situaciones que son potencialmente fatales y actuar ante ellas con el fin mantener a la víctima en las mejores condiciones posibles hasta la llegada del personal sanitario. Del mismo modo, se da especial importancia al hecho de que "todos podemos hacer algo" y que de ello depende en muchas ocasiones la supervivencia de la víctima. Se ha observado una excelente acogida de los alumnos, que mediante una encuesta de satisfacción han valorado el curso de forma positiva así como su utilidad.

P12.03 CAMPAÑA DE PROTECCIÓN SOLAR Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE PIEL

J. Ruiz Perera, A. Corrales Rodríguez, D. Perera Sanz, E. Pérez García, M. Tejera Ramírez y M.L. Pérez Álvarez

UD de MFyC de Santa Cruz de Tenerife, zona 1. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias.
Correo electrónico: jerupe@hotmail.com

Objetivos de la experiencia. El objetivo de nuestra campaña es comunicar a la población los riesgos de la exposición indebida a las radiaciones solares y educarla para que adquiera hábitos sanos al respecto.

Descripción de la experiencia. En nuestra comunidad autónoma y durante los meses de verano, hemos realizado nuestra campaña, dirigida a la población general. Las charlas se realizan en centros de salud, previo anuncio de las mismas a través de medios de comunicación y carteles informativos. La metodología empleada se basa en un cuestionario previo a la intervención sobre los comportamientos de la población frente a la exposición solar. A continuación procedemos con la intervención educativa (charla), y por último pasamos otro cuestionario en el cual queremos conocer el grado de satisfacción y aprendizaje tras la intervención.

Conclusión. Nos hemos dado cuenta que la población desconoce las consecuencias dañinas de una exposición solar inadecuada. La mayoría de los encuestados no tiene buenos hábitos frente a una exposición continuada, exponiéndose en la franja horaria de mayor riesgo, y no usando barreras físicas ni haciendo un correcto uso de los fotoprotectores, incluso en subgrupos que tienen antecedentes, personales o familiares, de patología cancerosa cutánea. Nosotros como médicos, nos hemos preguntado "¿estaremos haciendo bien las cosas?, ¿estaremos educando bien a nuestros pacientes?, ¿estamos haciendo una correcta prevención?...". Si queremos prevenir, tenemos que enseñar, y así lo creen nuestros pacientes, solicitando más información por parte del personal sanitario. Así que hagamos que nuestros pacientes "disfruten del sol, pero con salud".

P12.04 CONOCIMIENTOS Y HÁBITOS ALIMENTARIOS DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMARCA DEL MARESME (BARCELONA)

J. Montero Alía, T. Jiménez Pascua, E. Zurilla Leonarte, P. Toran Montserrat, M. Jiménez González y Y. Ramírez García

EAP Mataró-7; EAP Mataró-1; EAP Mataró-6; EAP El Masnou. Mataró, El Masnou (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: 31297jma@comb.es

Objetivos. Conocer los hábitos alimentarios del personal sanitario de diferentes centros de salud del Maresme y evaluar conocimientos sobre alimentación cardiosaludable.

Material y métodos. Estudio multicéntrico multidisciplinar descriptivo transversal, 5 centros de salud del Maresme realizado en junio de 2008. Se recogen hábitos alimentarios (frecuentación a hamburgueserías, ingesta de frutas, verduras y pescado) y realización de ejercicio. También se pre-

guntó sobre ácidos grasos "trans", alimentos transgénicos y alimentos funcionales. Se utilizaron preguntas "trampa".

Resultados. 109 individuos: mujeres 79%. Media de edad 43,35 años \pm DE 10 (rango 25-64a). Distribución de profesionales: 30,8% facultativos, 33,6% enfermería, 23,4% administrativos y 12,1% otros. Un 73,4% creen que se alimentan bien. Un 21% nunca hacen ejercicio. Un 13,8% diariamente. El 59,6% nunca comen en "burgers/McDonalds". El 67% come o cena bocadillo de forma esporádica. El 81,7% comen ensalada o verdura diariamente y el 79% hacen lo mismo con la fruta. El 78% comen pescado de 1 a 5 veces por semana. De los profesionales que decían conocer el significado de ácido graso trans (70% de la muestra), el 40% se equivocaban. El 50,5% desconocen qué es un alimento transgénico y el 58,3% qué es un alimento funcional. Enfermería es el grupo que mejor cree que se alimenta (83%) vs administrativos (68%) y médicos (63%). Tienen conceptos erróneos de lo que son las grasas trans el 50% de los médicos, el 39% de enfermería y sólo el 10% de administrativos.

Conclusión. Los hábitos de alimentación de los profesionales de atención primaria son globalmente buenos. Los conocimientos sobre alimentación cardiosaludable son francamente mejorables en todos los colectivos estudiados, con especial atención al colectivo médico.

P12.05 ESTUDIO DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD DE LA POBLACIÓN DE UN CENTRO DE SALUD

E. Alarcón Manoja, M. Coronilla Carbonell y M. Orihuela Traverso
CS de La Merced. Cádiz. Andalucía.
Correo electrónico: elviraalarconmanoja@hotmail.com

Objetivos. Identificación de factores de riesgo y causas de muerte más frecuentes, de la población adscrita a un Centro de Salud, con el objetivo de elaborar un plan de actuación sobre factores de riesgo evitables y diseñar protocolos que ayuden en el seguimiento de los restantes.

Material y métodos. Es un estudio descriptivo transversal, sobre el total de defunciones ocurridas durante el año 2007 en un Centro de Salud (el 0,4% del total poblacional del mismo). Variables de estudio: existencia o no de DM, DLP o HTA, el control de éstos, el sexo, la edad, y la causa fundamental de la muerte.

Resultados. -El total de varones fallecidos (58%), fue mayor que el de mujeres (42%). -Se observaron notables diferencias respecto a la edad de la muerte, predominando la banda de edad de los 70-80 en varones, mientras que en mujeres fue la de ≥ 80 años. -Diabetes mellitus se detectó en 53% de los fallecidos, hipertensión en 50% y dislipemia en el 26%; hallándose peores controles de estos factores de riesgo en varones. -Entre las causas fundamentales de muerte destacan en frecuencia el cáncer y las afecciones respiratorias.

Conclusión. Con la finalidad de reducir las tasas de mortalidad de la población estudiada se podrían intentar poner en marcha medidas como las siguientes: - Trabajar la concienciación en la población masculina sobre la importancia del correcto seguimiento de los tratamientos recomendados para controlar sus factores de riesgo. - Diseñar campañas para la detección precoz de cáncer entre la población de riesgo. - Continuar el trabajo en marcha sobre deshabituación tabáquica.

P12.06 PROYECTO COOPERACIÓN SANITARIA

N. Sosa Fernández y M. Vásquez Colet
CAP de l'Eixample Esquerra. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: nsosaf@hotmai.com

Objetivos de la experiencia. La experiencia que queremos narrar a continuación, se basa en la vivencia de la realización de un proyecto de cooperación sanitaria en un centro de salud de un medio rural en Camerún, llevado a cabo por enfermeras.

Descripción de la experiencia. El proyecto sanitario parte del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, tiene como objetivos la formación práctica de enfermeras en el campo de la cooperación sanitaria internacional. Antes de realizar esta experiencia práctica, las enfermeras desplazadas, realizan un curso teórico sobre cooperación sanitaria y medicina tropical. Digamos que la estancia es la puesta en práctica de esta materia y de la vivencia de esta experiencia. El lugar de destino se encuentra al este de Camerún, en centro de salud situado en una zona rural: Bakou. La estancia es de unas cuatro a cinco semanas de duración, aquí conviven enfermeras procedentes de Barcelona o alrededores que hayan realizado el curso, jun-

to a población camerunesa. El trabajo que se desarrolla en el centro tiene como objetivo el aprendizaje de un modelo asistencial diferente debido a las características del terreno, un intercambio cultural y profesional con los integrantes del equipo y los usuarios, y la obtención de una visión más amplia sobre el panorama sanitario a nivel mundial.

Conclusiones. Como conclusiones después de nuestra estancia podemos aportar la experiencia de poder conocer otro modelo sanitario y el medio cultural en el que se desenvuelve. En definitiva poder abordar des de una perspectiva antropológica la asistencia sanitaria y el impacto sobre los usuarios.

Anciano/cuidados paliativos/ atención domiciliaria

P12.07 FISIOTERAPIA DOMICILIARIA, UNA BUENA SOLUCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PRÓTESIS TOTALES DE RODILLA

J. Jové Monné, R. Muixí Gebellí, J. Fernández Martínez, A. Maya Martín y M. Ingles Novell

CAP Catalunya. Tarragona. Cataluña.
Correo electrónico: jjovem.tarte.ics@gencat.cat

Objetivos. El envejecimiento de la población se refleja en la fisioterapia domiciliaria, tratando más patologías degenerativas, la más frecuente la gonartrosis. -Demostrar la eficacia del tratamiento de fisioterapia. -Dar a conocer la incidencia de esta patología.

Material y métodos. Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de todas las estadísticas de fisioterapia domiciliaria de las áreas básicas de salud (ABS) de nuestro ámbito del 1/06/06 al 31/03/08.

Resultados. Durante 21 meses se han tratado en 8 ABS 167 prótesis totales de rodilla (PTR). 42 en Reus IV (25%); 37 a Reus III (22%); 25 en Borges (14,9%); 22 en Constantí (13%); 17 en Mont-Roig (10,1%); 10 en Reus I (5,9%); 8 en Reus II (4,7%); 6 en Jaume I (3,5%). El 70% de las PTR son mujeres de edades entre 60 y 83 años (media de 73,7). El 30% son hombres de edades entre 65 y 82 años (media 74,1). Con un total de 784 sesiones (media 4,7), el 93,2% consigue los 90° de flexión y una extensión completa. El 6,8% restante < 85° de flexión y una extensión de -5°.

Conclusiones. Teniendo en cuenta que la población de Reus IV es casi el doble que en las Borges podemos decir que las prótesis son más frecuentes en áreas rurales que en urbanas debido a los trabajos más exigentes. Hay más PTR en mujeres que en hombres debido al trabajo más duro realizado. En pocas sesiones de fisioterapia domiciliaria el paciente recupera la funcionalidad de la extremidad afectada la autonomía en la deambulación con o sin ayuda técnica.

P12.08 FACTORES RELACIONADOS CON LA CONSERVACIÓN FUNCIONAL EN PERSONAS MUY ANCIANAS

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

CS El Palo. Málaga. Andalucía.
Correo electrónico: nuriaga1980@hotmail.com

Objetivos. Determinar factores relacionados con la conservación de la capacidad funcional en personas mayores de noventa años.

Material y métodos. Diseño: descriptivo transversal. Ámbito: Centro salud urbano. Sujetos: personas de 90 o más años de edad atendidos por un Equipo de Atención Primaria en un centro de salud urbano y/o en sus domicilios. Se incluyen el total de 134 pacientes. Variables: variable dependiente: capacidad funcional para la realización de las actividades básicas de la vida diaria medida mediante el Índice Barthel. Se consideran conservadas para puntuaciones 80-100. Variables independientes: edad, sexo, patología (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, osteoarticulares, neurológicas, demencia, incontinencia), polimedición y uso de psicofármacos. Análisis bivariante mediante SPSS 15.0. Se utilizan χ^2 y regresión logística.

Resultados. Predominio femenino del 75%, con edad media 91,5 años. La patología se distribuye: 65% HTA, 13,5% DM, patología osteoarticular 49,6%, neurológica 28,2%, incontinencia 43%. El 53,1% están polimedicados y el 53,4% consume psicofármacos. Se asocian significativamente a conservación de la funcionalidad (Barthel 80-100) en el análisis bivarian-

te las siguientes variables: sexo masculino (p 0,009), ausencia de patología neurológica (p 0,083), de demencia (p 0,039) o de incontinencia (p 0,001) y los que no toman psicofármacos (0,044). En el análisis multivariante el único factor asociado a conservación funcional es la ausencia de incontinencia (p 0,001), OR = 19,44 (IC95% 5,083-74,381).

Conclusión. Las mujeres viven más años con peor capacidad funcional. Existe fuerte asociación entre conservación de la funcionalidad y ausencia de incontinencia.

P12.09 CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

M. Vilarrubí Estrella, R. de León Gallo, N. Montellà Jordana, G. Pérez Nieto y M. Sierra Rodríguez

ABS-4 de Santa Coloma de Gramanet. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: 12658mve@comb.es

Objetivos. Describir el grado de conocimientos y las actitudes respecto al Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) entre los profesionales sanitarios de Atención Primaria.

Material y métodos. Diseño: estudio observacional descriptivo transversal. Ámbito: 6 centros de salud urbanos. Población de estudio: 157 profesionales sanitarios. Método de recogida de datos: cuestionario diseñado específicamente y auto cumplimentado. Variables de estudio: grado de conocimiento del DVA, grado de acuerdo con una determinada sentencia y pregunta abierta para expresar otra opinión.

Resultados. Respuesta 61%. Edad: 25,8% < 35 años, 53,6% entre 35 y 50 años y 20% > 50 años. Profesión: médicos 49,5%, diplomados de enfermería 45,5% y 5 trabajadores sociales 5,2%. El 64,9% conocía el documento, el 76,3% desconocía como formalizarlo. Información a los pacientes: 21,6% siempre, 50,5% nunca y 27,8% no, por desconocer el documento. 18,6% conversa con los pacientes sobre aspectos de final de la vida, 66% pocas veces y 15,5% nunca. Registro en historia clínica: 5,2%. 29,9% pocas veces, 64,9% nunca. El 74,2% de los profesionales creen que el DVA ayudaría a tomar decisiones, el 9,3% lo haría pocas veces y el 16,5% no lo sabe. El 89,7%, respetaría las instrucciones del DVA, el 4,1% cree que no lo haría y en el 5,2% no consta.

Conclusión. El DVA es poco conocido y poco utilizado por los profesionales sanitarios de Atención Primaria. Se habla poco con los pacientes sobre aspectos del final de la vida y se registra poco en la historia clínica. Valoran su importancia porque puede ayudar a tomar decisiones cuando el paciente no pudiera expresar su voluntad. La mayoría de profesionales respetaría las instrucciones.

P12.10 EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MULTIFACTORIAL PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE CAÍDAS EN LOS ANCIANOS DE LA COMUNIDAD: PROYECTO ÉPICA

V. Rodríguez Navarro, J. Solís Cuesta, M. Rodríguez Berrocal, C. Ortega Millán, M. Amián Novales y M. Arias Blanco

UD de MFyC de Córdoba. Córdoba. Andalucía.
Correo electrónico: langel.perula.spa@juntadeandalucia.es

Objetivos. Se trata de un estudio ya finalizado pero que por sus características (multicéntrico, de prevención primaria, abordaje comunitario) y sus resultados, puede resultar interesante de exponer en este foro, pues se describirían cuales han sido los obstáculos y dificultades con las que se ha tropezado y de qué modo se han solventado. Además, el estudio ha ido muy bien desde el punto de vista logístico, habiéndose producido un escaso número de pérdidas.

Material y métodos. Evaluar la eficacia de un programa de intervención multifactorial, para disminuir la incidencia de caídas e incrementar la calidad de vida relacionada con la salud en la población de 70 años o más residente en la comunidad.

Resultados. Tipo de estudio: Ensayo clínico controlado, aleatorizado por cluster, de dos brazos paralelos, abierto, multicéntrico. Ámbito: 11 Centros de Salud ubicados en una provincia andaluza. Sujetos: ≥ 70 años de ambos sexos, residentes en la comunidad. -Criterios de inclusión: que aceptasen participar y firmasen el consentimiento informado. -Criterios de exclusión: enfermos terminales, inmovilizados, enfermedades psiquiátricas graves, personas desplazadas o institucionalizadas. Muestreo: 142 pacientes en el Grupo Experimental -GE- y 284 en el Grupo Control

-GC-, en base a lograr una reducción del 15% en la frecuencia de caídas en el GE y un 5% en el GC, para un error alfa del 5%, un error beta del 20%, una hipótesis bilateral, una razón 1:2, y un porcentaje de pérdidas del 15%. Muestreo consecutivo. Mediciones e intervenciones: El GE recibió un programa con un abordaje multifactorial conformado por actividades grupales (taller de formación) e individuales (en consulta o en su domicilio), mientras que los del GC recibió una intervención mínima (entrega de un folleto informativo). Ambos grupos fueron seguidos a los 3, 6, y 12 meses. La medida principal de resultado es el porcentaje y el número de caídas en cada grupo y como variables secundarias se mide la calidad de vida relacionada con la salud (EuroQol-5D). Se analizan otras variables predictoras y/o de confusión: caídas previas, sexo, edad, clase social, problemas de salud activos, ingesta de medicamentos. Análisis estadístico: porcentaje de pérdidas, comparabilidad inicial de los grupos. Prueba de chi-cuadrado y t test de Student para comprobar la diferencia de incidencia y número de caídas entre los grupos (p < 0,05); riesgo relativo (RR), Riesgo atribuible (RA) y NNT. Control de factores de riesgo y confundentes mediante modelos multivariantes (regresión logística múltiple).

Conclusión. Dada la magnitud e importancia de las caídas y la morbilidad asociada a éstas, este estudio tendría una elevada trascendencia, ya que demostraría que una intervención sistematizada tiene un valor añadido sobre las actuaciones habituales realizadas por los profesionales de atención primaria.

Este trabajo ha sido financiado por la semFYC (convocatoria de ayudas a tesis doctorales, año 2007).

P12.11 ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS EN PACIENTES ANCIANOS

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

CAP Sagrada Familia. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: gemma.ferriz@sanitatintegral.org

Objetivos. Identificar la prevalencia de tratamientos crónicos con benzodiazepinas (TCBZD) en pacientes ≥ 85 años. Perfil del grupo a estudio. Evaluación de una acción de mejora para adecuar el TCBZD.

Material y métodos. Análisis descriptivo retrospectivo en un centro de salud urbano con una población adulta atendida de 13.341. Análisis de una muestra de pacientes ≥ 85a. Variables: edad, sexo, institucionalización, programa atención domiciliaria (ATDOM), caídas, fracturas, tipo, número y dosis de BZD prescritas. Período a estudio: enero-junio 2007. Intervención: carta al médico prescriptor con listado de pacientes ≥ 85a en TCBZD recomendando retirada, cambio de tratamiento a BZD de acción más corta o disminución de dosis. Registro de notificación.

Resultados. 719 pacientes ≥ 85a (5,4%), de los cuales 244 (33,93%) pacientes en TCBZD. 82,4% mujeres, edad media 88,98^a (IC95% 88,57-88,39a). 45% (n = 110) institucionalizados (I), no institucionalizado (NI) (n = 130), 71 (54%) ATDOM, 12% viven solos, 41% viven acompañados y el 2% no consta. 31% han presentado alguna caída registrada durante el último año, 9% fractura. Tipos BDZ: 71% BZD acción corta, 14% BZD acción larga, 14% análogos BZD, 1% BZD ultracorta. BZD más prescrita: lorazepam (35,1%). 86,07% en tratamiento con 1 BZD (I: 42,02%); 12,7% 2 BZD (I: 66,6%); 0,82% 3 BZD (I: 100%); 0,41% 4 BZD (I: 100%). Tras revisión por médico prescriptor se notifica: revisión en 92 pacientes (37,7%), 11 TCBZD retirados, 8 cambios por BDZ de acción más corta y 6 disminuciones de dosis.

Conclusión. Aun considerando prioritaria la revisión periódica de la medición crónica de los pacientes geriátricos para evitar una utilización inadecuada de medicamentos considerados de riesgo(BZD), especialmente en pacientes institucionalizados, ya que son los que presentan mayor consumo de éstas, hemos obtenido una baja respuesta en nuestra intervención, siendo necesaria una mayor sensibilización y formación de los profesionales en esta materia.

P12.12 ¿PODEMOS MEJORAR LA DIETA DE NUESTROS MAYORES?

S. Sánchez Villacampa, C. Celdrán Campo, E. Jiménez Santana, F. Anguera Cugat, S. Giménez Revueltas y S. García García

ABS La Riera de Badalona. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: ssillacampa@bsa.g.es

Objetivos. Analizar los conocimientos adquiridos sobre dieta equilibrada en mayores de 65 años, a través de la realización de talleres educativos impartidos por enfermeras, en Hogares de ancianos y su persistencia en el tiempo.

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo longitudinal. Ámbito: tres hogares de ancianos localizados en una Área Básica de Salud urbana. Sujetos: participantes voluntarios asistentes al taller educativo y que respondieron al cuestionario. Variables de estudio: sexo, edad, nivel de estudios, enfermedades crónicas y respuesta a un cuestionario elaborado al efecto antes y después (primera fase: 1F) de la realización de los talleres y al cabo de 1 año (segunda fase: 2F).

Resultados. Participaron y respondieron el cuestionario 89 personas (64% mujeres) en la 1F y 82 personas (67% mujeres) en la 2F; edad media de 75,3 años; nivel de estudios: 86,3% estudios primarios, 12,2% secundarios y 1,5% universitarios; enfermedades crónicas: 30,3% diabéticos, 59,1% hipertensos, 31,8% dislipémicos, 43,9% obesos y 22,7% otras; 60,6% casados. Los conocimientos en la 1F fueron: previos al taller 47,1% insuficientes (I), 34,8% suficientes (S) y 18,1% excelentes (E), los posteriores al taller: 4,4% I, 56,6% S y 39% E, y en la 2F fueron: 49,3% I, 36,7% S y 14% E.

Conclusión. Los talleres educativos mejoran los conocimientos sobre dieta equilibrada en personas mayores a corto plazo, pero los resultados no se mantienen en el tiempo por lo que serían necesarias intervenciones periódicas de refuerzo.

P12.13 INFLUENCIA ESTACIONAL SOBRE LOS NIVELES DE VITAMINA D EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

A. Fernández Moreno, M. Beamud Lagos y L. Vásquez Annly

CS Orcasitas, Unidad de Formación del Área 11. Madrid. Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: affernandez.gapm11@salud.madrid.org

Objetivos. Valorar cambios en la prevalencia de déficit de vitamina D según periodo estacional, en una muestra de pacientes atendidos en una consulta de Atención Primaria.

Material y métodos. Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes, seleccionada mediante muestreo simple aleatorio, atendidos en enero-marzo (periodo 1) y septiembre-octubre (periodo 2) de 2007. En ambos períodos se determinó variables antropométricas, niveles plasmáticos de calcio corregido (Cac), 25-hidroxi-vitamina D (25OHD) y parathormona intacta (PTH).

Resultados. Se estudiaron 81 pacientes en el periodo 1(P1) y 73 de ellos en el periodo 2 (P2). Durante P2 se objetivó un incremento de los niveles de 25OHD (31,88 ng/ml; IC 95%: 28,78-34,97 vs 15,75 ng/ml; IC 95%: 14,35-17,15; $p < 0,001$) y un descenso del porcentaje de pacientes con déficit de 25OHD (2,7% vs 50,6%; $p < 0,001$) y de los niveles de PTH (27,95 pg/ml; IC 95%: 24,38-31,53 vs 32,68 pg/ml; IC 95%: 29,95-35,40; $p = 0,001$). En ambos períodos se objetivó una correlación inversa entre niveles de PTH y de 25OHD (P1: $r = -0,220$, $p = 0,048$; P2: $r = -0,262$, $p = 0,026$).

Conclusión. 1) En nuestro estudio, más de la mitad de los pacientes presentó deficiencia de vitamina D durante el periodo enero-marzo. 2) Tras los meses de mayor exposición solar se observó incremento de los niveles de 25OHD, descenso de PTH y reducción del porcentaje de pacientes con déficit de vitamina D. 3) En los dos períodos estudiados se encontró relación inversa entre los niveles de 25OHD y PTH.

Sesión 13

Jueves, 20 de noviembre. 10.00-11.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Diabetes

P13.01 RETINOGRAFÍA AMBULATORIA: EXPERIENCIA PRELIMINAR

I. Almería Díez y E. Rodríguez Fernández

CS de Los Llanos de Aridane. La Palma. Islas Canarias.

Correo electrónico: ialmeriadiez@yahoo.es

Objetivos de la experiencia. Tras la instauración de la retinografía ambulatoria (RA) en una ZBS para el diagnóstico de retinopatía diabética (RD) se plantean los siguientes objetivos: 1.- Proveer al MAP de una herramienta diagnóstica más eficaz que la visualización convencional del fondo de ojo (FO). 2.- Evaluar las características de la técnica. 3.- Disminuir el tiempo de espera entre diagnóstico y valoración por atención especializada (AE). 4.- Aumentar la capacidad diagnóstica en fases precoces de la enfermedad.

Descripción de la experiencia. Tras la acreditación especial, los MAP reciben las imágenes digitalizadas del FO, vía intranet, y las valoran como normales (ausencia de RD) o patológicas. Estas últimas se derivan de forma automática a AE. Tras ser valoradas por éstos se remiten de nuevo a AP con cita en consulta externa si es preciso. En condiciones ideales la realización de la prueba, valoración por MAP y valoración por AE, si es precisa, no superaría las 24 horas. Durante el período 01/nov/07-30/abr/08 se realizaron 977 RA en nuestra ZBS. 317 (32,45%) fueron valoradas como patológicas desde AP, de ellas 49 (15,45%) moderadas o severas, por lo que casi un 85% se detectaron en estudios iniciales. De las valoradas como patológicas, 198 (62,46%) fueron confirmadas por AE.

Conclusiones. 1.- La técnica es rápida, fiable, cómoda y sencilla. 2.- Los MAP diagnostican estudios cada vez más tempranos de RD. 3.- Con esta técnica los MAP han demostrado ser altamente resolutivos. 4.- Disminuye drásticamente la demora en la valoración por AE.

P13.02 ¿QUÉ CONOCEN Y QUÉ OPINAN LOS PACIENTES CON DIABETES SOBRE SU ENFERMEDAD?

A. Lemos-Monteiro, M. Martínez Vélez, M. Rodríguez Martínez, J. Sánchez Gil, C. Ariza Copado y V. Gavara Palomar

EAP Isaac Peral. Cartagena. Murcia.

Correo electrónico: vicentej.gavara@telefonica.net

Objetivos. Conocer los conocimientos, actitudes y motivaciones de los diabéticos tipo2 en una zona básica de salud.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Zona de salud urbana. Sujetos: Diabéticos no insulino-dependientes, de 40-75 años, con HbA1c # 8,5%, TA < 160/90 e IMC < 40 y sin complicaciones crónicas. De una población de 300 sujetos, seleccionamos 108, mediante muestreo aleatorio sistemático (IC%, potencia 80%). Utilizamos el cuestionario DAS-3sp, para evaluar actitudes y motivaciones, con 5 subescalas: S1 (necesidad de entrenamiento especial), S2 (percepción de gravedad), S3 (valoración del control estricto), S4 (valoración del impacto social), S5 (autonomía del paciente). Variables (edad, género, nivel de instrucción, tiempo de evolución y puntuaciones/subescalas). Estadística univariante (descriptivos y frecuencias); ANOVA y test-Student (variables cuantitativas) y χ^2 (cuantitativas), incluyendo casos por intención de tratar.

Resultados. Edad media: $62,31 \pm 0,75$ años; > 65 años: 41,7%; mujeres: 59,3%. Sin estudios: 15,7%, primarios: 63,9%, secundarios: 11,1% y universitarios: 4,6%. Tiempo medio de evolución: $7,3 \pm 0,64$ años; < 3 años: 36,1%; 3-10 años: 45,4%; > 10 años: 18,5%. Puntuación media global: $3,7 \pm 0,02$. Para S1: $4,39 \pm 0,04$; S2: $3,37 \pm 0,05$; S3: $3,70 \pm 0,05$; S4: $3,54 \pm 0,05$; S5: $3,67 \pm 0,04$. Encontramos puntuaciones altas (4-5) en mayor porcentaje en S1 (92,6%), contrastando con S2: 13%; S3: 33,3%; S4: 26,9 y S5: 25%. ($p = 0,04$) y menor percepción de gravedad en los > 65 años ($p = 0,004$).

Conclusión. Las puntuaciones son similares a otros estudios. Ha sido la mejor valorada la necesidad de entrenamiento. Deben mejorar las otras áreas y los mayores de 65 años en la percepción de gravedad.

P13.03 EL ANÁLOGO DEL GLP-1 HUMANO DE ADMINISTRACIÓN ÚNICA DIARIA, LIRAGLUTIDA, REDUCE LA PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

P. Mezquita, C. Hernández, F. Tinahones, E. Romero, S. Durán y J.C. Ferre

Hospital Torrecárdenas; Hospital Virgen de la Macarena, Hospital Clínico Virgen de la Victoria, Hospital Clínico de Valladolid, Hospital Nuestra Señora de Valme, Hospital General de Valencia, Almería, Sevilla, Málaga, Valladolid, Valencia. Andalucía, Castilla y León, Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: emili.gil@adelphi-targis.com

Objetivos. La diabetes tipo 2 se asocia a un riesgo cardiovascular aumentado. La hipertensión arterial es también un factor de riesgo de alta prevalencia en el paciente diabético. El análisis pretende evaluar el impacto

del tratamiento con liraglutida sobre la tensión arterial sistólica y diastólica de pacientes diabéticos tipo 2 en tres estudios pertenecientes al programa LEAD de desarrollo clínico de liraglutida.

Material y métodos. Se recogen los datos de tres estudios clínicos doble ciego y randomizados, pertenecientes al programa LEAD, de 26 semanas de duración, en los que liraglutida fue comparada frente a glimepirida (Lead 1), metformina (Lead 2) o glargina (Lead 5), en tratamiento de combinación con los anteriores.

Resultados. Liraglutida redujo la tensión arterial sistólica en todos los estudios de forma estadísticamente significativa en dos ellos (de -2,7 a -4,5 mmHg vs. los tratamientos de comparación). Las reducciones se aprecian a las 2 semanas de inicio del tratamiento y no pueden ser explicadas por los cambios en el peso corporal. No se detectó disminución significativa de la tensión arterial diastólica. El porcentaje de pacientes que alcanzaron los objetivos de TA por debajo de 130/80 mmHg fue del 24,3% en el grupo liraglutida, frente al 18,4% en el de placebo y del 21,6% en el de glargina (estudio Lead 5).

Conclusión. El tratamiento con liraglutida reduce la tensión arterial sistólica entre 2,7 y 4,5 mmHg en pacientes diabéticos tipo 2 y puede mejorar el riesgo cardiovascular en estos pacientes.

P13.04 CARACTERÍSTICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2, GRADO DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGO Y PREVALENCIA DE COMORBILIDAD

J. Pepió, A. Juan, C. Aguilar, M. Boira, R. Ciurana y R. Juan

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

Correo electrónico: miboiram@yahoo.es

Objetivos. Determinación grado control de pacientes diabéticos tipo II(DM), prevalencia factores riesgo cardiovasculares (FRCV) y patología asociada.

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo transversal. Ámbito: Atención primaria. Sujetos: pacientes diagnosticados DM. Muestra: 509 sujetos. Variables: grado control óptimo (HbA1c < 7, tensión arterial (TA < 130/80), LDL < 100, microalbuminuria (MAO) negativa) FRCV (tabaco, HTA, dislipemia (DLP)). Patología asociada: retinopatía, arteriopatía, cardiopatía isquémica (CI), insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), accidente vascular cerebral (AVC), insuficiencia renal establecida (IRE) (creatinina > 1,3 y 1,4 mg/dl en mujeres/hombres respectivamente) y IR oculta: filtrado glomerular (FGCr < 60) y creatinina normal.

Resultados. 509 pacientes, 54,6% mujeres, edad $66,5 \pm 18,7$ años, media años diagnóstico DM $7,4 \pm 8$ años, 18,5 fumadores, 79,6% HTA, 65% DLP. Un 85,9% tienen HbA1c < 7, un 22,6% con TA < 130/80, 31,9% LDL < 100, 82,3% MAO negativa. Patologías asociadas: 7,9% retinopatía DM, 9% CI (7,3% ángor y 1,8% IAM), 4,9% AVC (4,1% TIA), 3,1% arteriopatía y 7,1% ICC, IR establecida 10,9% y según FGCr 24,2%. La HbA1c en grupo RCV bajo es significativamente inferior respecto a los grupos con RCV ligero y moderado-alto (RCV bajo: 5,4; RCV ligero/moderado-alto: 5,9; $p = 0,014$). Media HbA1c en pacientes con enfermedad cardiovascular es 5,7. No se observan diferencias estadísticamente significativas entre RCV y la ausencia patología renal, IR oculta y IRE (medias: 9,46; 9,31 y 10,93), para estos últimos resultados se han descartado los pacientes con enfermedad cardiovascular. El 8,8% no presentan ninguna patología asociada, 44,4% presentan 2 y 18,3% tres o más. Hay relación lineal entre HbA1c y número patología asociada (sin patología 5,4; 1 patología 5,8; 2 o más 5,9; $p = 0,026$).

Conclusión. El grado de control es óptimo respecto a glicemia y mejorable en la TA. Destaca la alta comorbilidad del paciente diabético asociada a un peor control. Deberíamos conseguir un mejor control FRCV para prevenir aparición de patología asociada.

P13.05 EL SÍNDROME METABÓLICO ES UN FACTOR DE RIESGO PREDICTIVO PARA LA DIABETES TIPO 2

J. Cabré Vila, B. Costa Pinel, J. Piñol Moreso, J. Basora Gallissà, J. Saumell Boronat y J. Sabaté Fiestras

Instituto de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol, Ámbito de Atención Primaria Tarragona-Reus; Institut Català de la Salut. Reus (Tarragona). Cataluña. Correo electrónico: jcabre.tarte.ics@gencat.cat

Objetivos. Se ha descrito una relación entre el síndrome metabólico (SM) y la incidencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Objetivo: estimar la in-

cidencia de DM2 en una población con diagnóstico de SM según la normativa del NCEP-ATPIII.

Material y métodos. Estudio multicéntrico de cohortes, enteramente en atención primaria. Una submuestra de personas no diabéticas se siguió durante diez años ($n = 1500$, mayores de 15 años, seleccionados aleatoriamente en 1998 para estudiar el SM). Registraron datos sociodemográficos, antecedentes familiares/personales, factores de riesgo cardiovascular, parámetros antropométricos, presión arterial y tratamientos farmacológicos. Las pruebas analíticas incluyeron glucemia basal y perfil lipídico, medidos al inicio y al final del período de seguimiento, definiendo DM2 por criterios ADA-97.

Resultados. De los 1500 individuos (edad media $60,3 \pm 11,5$ años), 431 mujeres (59,9%), 236 se diagnosticaron de DM2 al inicio y se excluyeron. El resto (1.264 sujetos) se dividieron en: 153 (12,1%) que cumplieron criterios de SM y 1.111 (87,9%) no los cumplieron. Al cierre del seguimiento, se diagnosticaron 23 nuevos casos de diabetes en este grupo (9 hombres; 14 mujeres) representando 2,1%. En cambio, observamos 35 nuevos diagnósticos de DM2 (22,9%) (19 hombres; 16 mujeres) en el grupo SM. El riesgo relativo de incidencia de DM2 fue 10,9 comparando el grupo SM frente al exento del mismo ($p < 0,001$).

Conclusión. El SM por sí mismo es un potente factor de riesgo relacionado con la incidencia de DM2. Los individuos que cumplen criterios SM deberían ser incluidos en programas de prevención de diabetes y enfermedad cardiovascular.

Financiación FIS 06/0379, Instituto de Salud Carlos III.

P13.06 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN DIABÉTICOS: ¿REALMENTE NOS PREOCUPA?

F. Anguera Cugat, M. Ripoll Mairal, F. Hernández Chafez, M. Miracle Fandos, L. Santasusagna Terradas y S. del Amores

ABS Sant Rafael; SAP Muntanya; Institut Català de la Salut. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: fanguera@gencat.cat

Objetivos. Analizar la detección y el seguimiento de la enfermedad renal crónica (ERC) en pacientes diabéticos tipo 2 (DM-2).

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo transversal (Control de calidad). Ámbito: Área Básica de Salud urbana. Sujetos: pacientes registrados como DM-2. Variables: sexo, edad, filtrado glomerular (FG), albúmina/creatinina en orina (A/C), control hipertensión arterial (C-HTA), control diabetes (C-DM2), uso inhibidores sistema renina-angiotensina (IECA-ARA2), registro ERC (R-ERC) y derivación a Nefrología (NEF).

Resultados. Se incluyen 232 pacientes, 50% mujeres, edad media de 74 años en mujeres y 66 en hombres. Se detecta ERC en el 23,7% de pacientes (15,5% en hombres y 31,9% en mujeres) de la que el 94% corresponde al estadio 3; no consta el FG en el 7%. Presentan A/C alterado el 23,5% de los realizados, no habiéndose calculado en el 36% de DM2 en los que estaba indicado. El C-HTA no se alcanza en el 63% de los casos, mientras que el C-DM2 se logra en el 69%. Un 80% de DM2 con ERC recibe tratamiento con IECA-ARA2. No consta el registro de ERC en el 80% de los casos y únicamente un 12,7% de pacientes han sido derivados al NEF.

Conclusión. Presentan ERC casi 1 de cada 4 DM2. Se desconoce el A/C en un elevado porcentaje. El C-HTA no es satisfactorio a diferencia del C-DM2. La mayoría de pacientes toma IECA-ARA2. No se registra el diagnóstico de ERC hasta fases avanzadas. Debemos implementar medidas correctoras para mejorar la detección y el seguimiento de la ERC en DM2.

P13.07 ¡DOCTOR, NO ME QUITE LA MÁQUINA!

V. Ríos Calderón, C. Momblan Trejo, C. Lecumberri Pomar, R. Ramírez Torralbo, M. Bentue Ferrer y R. Villafafila Ferrero

CAP Viladecans-2. Viladecans (Barcelona). Cataluña. Correo electrónico: vianeth36@hotmail.com

Objetivos. Analizar el impacto de la suspensión del autoanálisis de glicemia capilar sobre los valores de hemoglobina glicada (HbA1c) en pacientes diabéticos tipo 2 (DM-2) que según evidencia científica no lo requieren.

Material y métodos. Estudio de intervención antes-después realizado en un centro de atención primaria docente del área metropolitana de Barcelona. De 1082 pacientes, se retiró el glucómetro a 263 (24%) durante 2006-2007. Variables: edad, sexo, año diagnóstico, fecha retirada, HbA1c antes y después.

Resultados. De los 263 de los pacientes DM-2 a los que se retiró el glucómetro, la media de años de evolución de la enfermedad es 5,65 (DE: 5,4; rango 0-37años). El 54,4% son hombres. La media de edad es 65,5años (DE: 11,8); 63,3 (DE: 11,4) para hombres y 68,14 (DE: 11,8) para mujeres ($p = 0,001$). Se registra la HbA1c previa a la retirada en 222 pacientes (84,4%), la media es 6,6 (DE: 1,38). La HbA1c registrada posterior a la retirada en 166 pacientes (63,12%), la media es 6,82 (DE: 1,42). En 159 pacientes (60,5%) tienen el registro de HbA1c antes y después de la retirada. La media de la diferencia es -0,11 (DE: 1,02; rango -2,8 y 3,0; $p = 0,16$).

Conclusión. Se ha retirado el glucómetro en un alto porcentaje (24%) de pacientes. La edad media es de 65 años, las mujeres a las que se les ha retirado el glucómetro tienen la edad ligeramente superior a la de los hombres. No existen cambios estadísticamente significativos entre los valores de la HbA1c antes y después de la retirada.

P13.08 ANÁLISIS DE LA DEMANDA POR CONSULTA MÉDICA TELEFÓNICA DE PACIENTES DIABÉTICOS CON ALTERACIONES DE SUS CIFRAS DE GLUCEMIA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

C. Miras Bello, J. Fernández García, S. García Mosteiro,
A. Salgado Portabales, O. Dosil Díaz y R. García Betanzos

Central de Coordinación del 061 de Galicia. Santiago de Compostela (A Coruña). Galicia.
Correo electrónico: carlos.miras.bello@sergas.es

Objetivos. Analizar la respuesta de la central de coordinación sanitaria de nuestra comunidad autónoma ante la demanda telefónica de consulta médica por parte de pacientes diabéticos con alteraciones en sus cifras de glucemia y conocer si nuestro consejo telefónico ha sido útil o no para resolver su problema.

Material y métodos. Estudio descriptivo y longitudinal retrospectivo. Ámbito de realización: nuestra comunidad autónoma. Marco: nivel de Atención Primaria o prehospitalaria. Período de estudio: 1/1/2005 al 30/4/2008. Población: diabéticos de nuestra comunidad que demandan asistencia telefónica por alteraciones glucémicas. Variables: edad, sexo, fecha, hora, día de la semana, mes, provincia y municipio de procedencia de la llamada, diagnóstico de sospecha y respuesta emitida ante la demanda. Datos analizados con SPSS-15.

Resultados. Se registraron un total de 7877 consultas durante el período estudiado (2.417 en el año 2005, 2.356 en 2006, 2.263 en 2007 y 841 en 2008 hasta el 30/4). Predominio de los pacientes con sexo femenino (61%). Edad media de 73,23 años, con desviación estándar de 16,18. Predominan las consultas en los meses de invierno (enero con 12,4%) y durante el fin de semana (sábado 16,83% y domingo 18,96%). Picos de consulta en horas preprandiales: 10, 13 y sobre todo 21 horas. El 85,6% de la demanda se resolvió por consulta telefónica.

Conclusión. El apoyo prestado a nuestros enfermos diabéticos mediante consulta y consejo médico telefónico es complementario a la educación sanitaria que deben recibir por parte de su Centro de A.P. y de enorme importancia al evitar en gran medida la saturación de nuestros servicios sanitarios.

P13.09 UN CASO DE DIABETES AUTOINMUNE LATENTE DEL ADULTO

A. León Llavata

CS de Campanar. Valencia. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: maleon337e@cv.gva.es

Objetivos de la experiencia. A propósito de un caso clínico, destacar la importancia de un buen diagnóstico etiológico en adultos con diabetes mellitus (DM), contemplando la posibilidad de DM autoinmune latente del adulto (LADA), por la relevancia que supone en el manejo y tratamiento de esta enfermedad.

Descripción de la experiencia. Varón de 49 años con características de insulín-resistencia (sobrepeso y dislipemia) que presenta sintomatología cardinal de diabetes sin cetosis, al que se diagnostica de DM 2. Tiene antecedentes familiares de DM, hipertensión y enfermedad cardiovascular

precoz. Con modificaciones en el estilo de vida, se consigue buen control glucémico, de cifras de lípidos y de peso, pero a los 9 meses del diagnóstico sufre empeoramiento progresivo clínico y analítico, lo que lleva al tratamiento con hipoglucemiantes orales (metformina) y a solicitar anticuerpos anticélulas insulares (ICA), ante la sospecha de LADA, dada la rápida evolución con mal control metabólico en un paciente con buen cumplimiento terapéutico. En esta forma de presentación tan heterogénea de DM, se confirma LADA, con insulinopenia e ICA positivos, manteniendo mal control glucémico a pesar del tratamiento instaurado, por lo que a los 16 meses del diagnóstico, se inicia tratamiento con insulina.

Conclusiones. La detección de autoinmunidad en diabéticos adultos tiene implicaciones pronósticas y terapéuticas, por lo que se debe resaltar la importancia de considerar la posibilidad de LADA, aún en aquellos casos que reúnen varias de las características propias de DM 2 (incluido el sobrepeso) y aplicar los criterios de sospecha de LADA para decidir la solicitud de determinación de anticuerpos anti-isloite.

P13.10 CRIBADO DE LA RETINOPATÍA EN LA POBLACIÓN DIABÉTICA EN NUESTRA ABS

S. Hernández Luque, C. Gas Colomé, M. Torres Sentís,
J. Hernández Anguera, M. Montañés Boncompte y O. Simón Muela

ABS Reus 1. Reus (Tarragona). Cataluña.
Correo electrónico: sarahelu77@hotmail.com

Objetivos de la experiencia. Detectar precozmente la retinopatía en pacientes diabéticos mediante retinografía con cámara no midriática (CNM).

Descripción de la experiencia. Ámbito: Área Básica de Salud de 15855 habitantes.

Material y métodos. Estudio observacional. Se ha realizado retinografía mediante CNM a los pacientes con diabetes mellitus (DM) en las consultas de atención primaria (AP) con el objetivo de detectar la prevalencia de retinopatía en esta población. Se han seleccionado 325 pacientes para someterse a dicha exploración. 69 retinogramas han sido valorados como patológicos en las consultas de AP, motivo por el cual son enviados para revaloración por el servicio de oftalmología del hospital de referencia, que posteriormente comunica su diagnóstico.

Resultados. Total retinografías: 325. Retinografía normal: 256 (78,8%). Retinografías valoradas por el oftalmólogo: 69 (21,2%). Retinografías patológicas: 30 (9,2%). Retinopatía diabética (RD) leve: 6 (1,8%). RD moderada: 7 (2,1%). RD grave: 1 (0,3%). Edema macular: 2 (0,6%). Degeneración macular asociada a la edad: 2 (0,6%). Otros: 5 (1,5%). No valorables: 2 (0,6%). No hay datos: 5 (1,5%).

Conclusiones. Un 9,2% de los diabéticos presentan un cribado patológico. Un 53,3% corresponde a diferentes grados de retinopatía. La exploración mediante CNM en la población diabética ofrece la posibilidad de diagnosticar retinopatía de forma precoz. Gracias a su accesibilidad y fácil aplicación permite una exploración oftalmológica en una población con importante factor de riesgo para desarrollar patología retiniana. Esta intervención permite mejorar la calidad de la atención al paciente diabético y racionalizar su derivación al servicio de oftalmología.

P13.11 MEJORA DE LA CALIDAD TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL EN DIABETES MELLITUS TIPO 2

R. Cuenca del Moral, N. Gilsanz Aguilera, A. González Rodríguez,
F. López Ocaña y F. Muñoz Cobos

CS El Palo. Málaga. Andalucía.
Correo electrónico: rebecuena@hotmail.com

Objetivos. Evaluar el impacto de la implantación del Proceso Asistencial Integrado de Diabetes Mellitus tipo 2 en la mejora de la calidad asistencial.

Material y métodos. Diseño: ciclo evaluativo. Estudio longitudinal: dos cortes 2004 y 2007. Ámbito de estudio: Centro de salud urbano. Sujetos: pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 (N1 = 2335 en 2004; N2 = 1715 en 2007) Muestreo aleatorio sistemático (alfa 0,05, potencia = 0,10); n1 = n2 = 96. Mediciones: criterios de calidad: 1) realización de HbA1c anual; 2) consejo antitabaco en fumadores; 3) tratamiento con metformina si sobrepeso; 4) tratamiento con AAS si enfermedad cardiovascular; 5) determinación de microalbuminuria anual; 6) exploración

anual de pies; 7) exploración bianual de fondo de ojo. Análisis de la mejora: Z comparación de proporciones; t de Student muestras independientes; alfa 0,05.

Resultados. (2004; 2007) Edad: $66,65 \pm 1,1$; $67,3 \pm 1$. Mujeres: 62,5%; 58,57%. 1) realización de HbA1c: 57,29%; 60,92%. HbA1c: $7,67 \pm 0,2$; $7,58 \pm 0,2$; 2) consejo antitabaco: 72,73%; 84,62%. No registro del hábito: 60,42%; 65,52%; 3) tratamiento con metformina: 77,27%; 100% sobrepeso u obesidad: 71,88%; 41,38%; 4) tratamiento con AAS: 76,47%; 78,65%; 5) determinación de microalbúminuria: 39,58%; 28,74%; 6) exploración de pies: 22,92%; 36,78%; 7) exploración fondo de ojo: 21,88%; 32,48%. Existe mejora significativa en la exploración de pies, realización de fondo de ojo y tratamiento con metformina.

Conclusión. Se aprecia un impacto positivo en detección de complicaciones microvasculares excepto las renales y en el tratamiento con metformina. Se precisa mejorar la detección de fumadores, consejo antitabaco, la determinación de HbA1c, microalbúminuria y el tratamiento con AAS.

P13.12 EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SEGUIMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DE LOS DIABÉTICOS TIPO 2 BIEN CONTROLADOS

X. Otero Serra, M. Pinyol Martínez, J. Hoyo Sánchez, E. Jordan Trias, M. Devant Altimir y A. Sánchez Falcó

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: mpinyol@clinic.ub.es

Objetivos. Evaluar la mejora del seguimiento de las complicaciones de los diabéticos tipo 2 (DM-2) bien controlados después de realizar una intervención.

Material y métodos. Diseño: Descriptivo, transversal y retrospectivo. Ámbito: Centro de salud urbano. Sujetos: la población diana fueron los pacientes DM-2 bien controlados (hemoglobina glicada (HbA1c) inferior o igual a 7,5) atendidos durante el 2006 (n = 849) y 2007 (n = 944). Las muestras se obtuvieron por muestreo aleatorio: 384 en el 2006 y 340 en el 2007. Intervención: Realizamos sesiones clínicas durante el año 2007 al personal sanitario, talleres de pie diabético y añadimos avisos en la historia informatizada. Mediciones: realizamos dos evaluaciones por auditoría interna y retrospectivas. Las variables revisadas fueron: edad, sexo, realización de fondo de ojo (FO), electrocardiograma (ECG), determinación de microalbúminuria, valoración de neuropatía y arteriopatía periférica, pie diabético, número de determinaciones de HbA1c y número de visitas por DM-2 a enfermería y al médico de familia.

Resultados. En el 2006 la edad media fue de 69 años (DE 10,2), el 54,9% hombres y en el 2007 la edad media fue de 70,4 (DE 11,5), 54,1% hombres. La realización del ECG y la microalbúminuria tuvieron una mejora significativa ($p < 0,05$), el resto de mediciones experimentaron una mejora sin llegar a tener diferencias estadísticamente significativas.

Conclusión. El hecho de haber realizado una intervención no supuso una mejora significativa en el seguimiento de las complicaciones de los pacientes DM-2 excepto en el ECG y el despistaje de nefropatía. Se deberían analizar los factores que motivan este incumplimiento.

Sesión 14

Jueves, 20 de noviembre. 19.00-20.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Anciano/cuidados paliativos/ atención domiciliaria

P14.01 ROTACIÓN POR UN EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS: ¿CÓMO NOS VEN?

Y. Ruiz Castellano, R. Mota Vargas, M. Sánchez Correas, M. Julián Caballero, M. Cuervo Pinna y F. Bonino Timmermann

Equipo de Cuidados Paliativos de Badajoz. Badajoz. Extremadura.
Correo electrónico: masanchezc@papps.org

Objetivos. - Conocer la valoración que hacen los rotantes tras su formación por el equipo, tanto en lo referente a su infraestructura como al desarrollo de sus actividades en las diferentes áreas funcionales. - Valorar si existen diferencias en función de su estatus profesional.

Material y métodos. Desde el 2004 al 2007 se solicitó voluntariamente a todos los rotantes que llenaran una encuesta de valoración del equipo. Cada una de las variables se valoró mediante una escala Likert del 1 al 5 (de insatisfactorio a excelente). Se creó una base de datos SPSS11.0, analizándose posteriormente sus resultados. Para conocer si existían diferencias en la valoración en función del estatus profesional del rotante, utilizamos el Chi². Significación estadística p-valor < 0,05.

Resultados. En las variables de actividad asistencial, docencia, organización y trabajo en equipo la valoración media superó el 4,5. El 5,2% y el 7,2% de los encuestados, en el caso de la infraestructura y labor investigadora, respectivamente, manifestó que sería necesario mejorar. Sólo hubo diferencias significativas en función del estatus profesional, en lo que respecta al trabajo en equipo y la investigación ($p = 0,018$ y $0,010$).

Conclusión. En general, la valoración fue muy buena. Destacan dos áreas de mejora: infraestructura e investigación. Ambas áreas coinciden con la percepción de los propios profesionales del Equipo. Podrían existir diferencias de valoración en la faceta del trabajo en equipo e investigación en función de si el rotante es residente en formación o profesional, apuntándose una mejor valoración del primero y peor de la segunda por parte del residente.

P14.02 QUÉ OPINIÓN TIENEN NUESTROS PACIENTES DE RESIDENCIAS DE ANCIANOS TRAS UNA JORNADA SOBRE EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

M. Ballester Torrens, M. Mollol Tarragona, J. Valencia Dacal, C. Vendrell del Álamo, J. Morro Pla y R. Cañada Momblan

CAP Ramon Turró. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: maramagnum@terra.es

Objetivos. Conocer la opinión que tienen nuestros pacientes de residencia geriátrica o familiares sobre el documento de voluntades anticipadas (DVA) tras una jornada de información.

Material y métodos. Diseño: estudio transversal, mediante encuesta. Ámbito: 2 residencias geriátricas que dependen de un centro de Salud urbano. Sujetos: de 60 pacientes usuarios de residencia geriátrica de nuestra zona, se excluyen demencias severas y no querer contestar la encuesta quedando un total de 40 sujetos. Mediciones e intervenciones: Se realizan charlas, se dejan folletos explicativos sobre el DVA de Cataluña y se pasa una encuesta de preguntas cerradas. Se registraron datos demográficos, antecedentes patológicos y tiempo de estancia en residencia.

Resultados. La media de edad fue 81años (63-99). Siendo un 81% mujeres. El 95% de los encuestados considera útil el documento. Bajo conocimiento de la existencia DVA (46%). Tras la charla la intención de realizar el DVA fue de un 40% IC (24,9-56,7). Al hablar del tema el grado de incomodidad de los asistentes era mucho en un 2,5% IC (0-13,2), un poco en un 60% IC (43,3-75,1) y nada en 37,5% IC (22,7-54,2).

Conclusión. La jornada fomentó el protagonismo compartido entre residentes, familiares, cuidadores y el personal sanitario en la toma de decisiones mediante un documento escrito de las voluntades anticipadas, considerando este documento como útil y sin mucha incomodidad para hablar de este tema en estas edades.

P14.03 LA FIEBRE DEL SUPERNOCHE: USO DE PAÑALES EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS

C. Bernades Carulla, S. Vilalta García, S. González Azuara, M. Urbano Fernández, D. García Tristante y A. Carrasco García

CAP Can Bou. Castelldefels (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: cbernades@casap.cat

Objetivos. Describir la utilización de pañales de los pacientes ancianos institucionalizados en Castelldefels.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Se estudió los pacientes ancianos institucionalizados en residencias geriátricas. Se excluyeron las residencias psiquiátricas. A partir de la historia clínica informatizada se recogieron las variables: Fecha de nacimiento, sexo, nombre de la resi-

dencia, el diagnóstico de incontinencia de orina y/o fecal (Sí/No), número de paquetes de pañales utilizados al mes y el uso de pañales supernoche (Sí/No). Análisis estadístico: se realizó un análisis descriptivo mediante media ± desviación estándar (DE) de las variables cuantitativas y porcentajes de las cualitativas. El análisis bivariado se realizó con la t-Student y el test de chi-cuadrado. Nivel de significación aceptado $p < 0,05$.

Resultados. Se identificaron 763 pacientes con una edad media de $82,3 \pm 9,9$ años ingresados en las 22 residencias. El 83,4% utilizaba pañales y un 37,8% de pañales supernoche, en tan sólo un 25,1% de los casos constaba el diagnóstico en la historia clínica. El 9,6% de los pacientes que utilizaban pañales se les prescribía 3 o más paquetes al mes. El 88% de las mujeres utilizaban pañales. Dos de las 22 residencias prescribían el porcentaje más alto de pañales comparadas con el resto.

Conclusión. Hay una alta prescripción de pañales en las residencias geriátricas con un infradiagnóstico de incontinencia. Es necesaria la realización de una intervención para adecuar la prescripción a las necesidades de los pacientes y optimizar el gasto farmacéutico. Asimismo, se debe mejorar el registro de la incontinencia.

P14.04 ATENCIÓN DOMICILIARIA AGUDA: ¿CÓMO LO HACEMOS?

N. Martínez Sánchez, J. Romano Sánchez, A. Trepat González,

I. Clavijo Fernández y N. Suárez Fernández

ABS Sant Josep. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: nuriamarsa@hotmail.com

Objetivos. Objetivos: describir características de la población que demanda asistencia domiciliaria aguda, motivos, diagnósticos, vía de resolución y evolución.

Material y métodos. Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal. Ámbito de estudio: ABS urbano de 25257 habitantes cuyo CAP está ubicado a 300 m del inicio del área de asistencia. Sujetos: pacientes con HCAP abierta informatizada que solicitaron de junio de 2007 a mayo 2008 asistencia domiciliaria aguda de 8:00-19:00 h. Mediciones e intervenciones: Hoja de recogida de datos por revisión HCAP: médico del paciente, día de la semana, mes, año, franja horaria, topografía, residencia geriátrica, edad, sexo, antecedentes patológicos, motivo de consulta, resolución, diagnóstico, seguimiento.

Resultados. N: 1093. Edad media: 66 (DE 22,8), 69% mujeres. De 836 domicilios con información se acudió al 78,9%. Calendario: lunes 20,6% y el que menos sábado 9,1% enero 15,6% y julio el menos frecuente (3,5%). Franja horaria de mayor registro: 8:00-11:00 h con 44%. Topografía: 37,8% < 600 m, 51,5% 600-1050 m, 10,7% > 1.050 m. El 21% de los 1.093 eran pacientes ATDOM (el 63,8% de estos con Barthel moderado-severo). Motivos frecuentes: 22% fiebre, 8,7% osteomuscular, 7% catarra, 7% mareo, 6,4% diarrea, 5,9% náuseas, 4,8% astenia/malestar general. Diagnósticos: 10% no consta diagnóstico, del resto 10,7% viriasis, 10,3% bronquitis, 9,1% GEA, 5,2% lumbalgia. Seguimiento: 22,9% consultan por mismo motivo en 1 semana al ABS.

Conclusión. Conclusiones: Alta demanda por patología banal que se podría disminuir con educación poblacional. Sería conveniente aumentar la resolución telefónica. Se podría mejorar el registro en la HCAP.

P14.05 DETECCIÓN DE LA FRAGILIDAD EN LA POBLACIÓN ANCIANA MEDIANTE EL TEST DE BARBER Y EL ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY

M. Rus Fernández, M. Muntané Rodríguez, E. Morales Bartolomé, S. Rivas Zuazo, M. Porta Borges y R. Torres Allepuz

CAP Larrard; UD de Medicina Preventiva Salud Pública IMAS-UPF-Agencia Salud Pública Barcelona. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: rmtorres@caplarrard.net

Objetivos. Analizar la utilidad del test de Barber y índice de Lawton para la detección del anciano frágil en atención primaria.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal (octubre-diciembre 2005) realizado en dos áreas básicas de salud urbanas. Población de estudio: mayores de 64 años que participaron en la campaña de la gripe. Se enviaron el test de Barber y el índice de Lawton vía postal para ser autocontestados. Se clasificaron como frágiles aquellos individuos con puntuación en Test de Barber ≤ 1 e Índice de Lawton < 8 en mujeres y < 5 en hombres.

Resultados. Tasa de participación del 32%. Se obtuvo información de 2949 sujetos: 1724 mujeres (58,5%). El test de Barber caracterizó como ancianos frágiles a 1.677 (56,9%) sujetos. El Índice de Lawton detectó a 722 (24,5%). La prevalencia de fragilidad en mujeres según Barber fue del 62,7% y del 48,7% en hombres ($p < 0,001$). Mientras que las prevalencias de fragilidad en mujeres y hombres según Lawton fueron del 26,3% y 22,0%, respectivamente ($p = 0,007$). La probabilidad de ser clasificado como frágil fue superior en mujeres que en hombres según Barber Odds Ratio ajustada por edad ($OR_a = 1,77$, IC95% 1,52-2,07, $p < 0,001$) y Lawton ($OR_a = 1,22$, IC95% 1,02-1,46, $p = 0,031$).

Conclusión. 1. La fragilidad es más prevalente en mujeres mayores de 64 años. 2. El test de Barber sobreestima la detección de ancianos frágiles en mayores de 64 años. 3. El test de Lawton parece obtener unas cifras de prevalencia más cercanas a las habitualmente descritas en población anciana, facilitando la posibilidad de realizar un plan de intervención posterior más adaptado a los recursos existentes.

P14.06 SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y PSICOFÁRMACOS EN PACIENTES DOMICILIARIOS

V. Gallego Dueñas, M. Llano Izquierdo, E. de Prado Peña, A. Agúilar Margalejo, M. Monclús González y M. del Valle Roth

ABS Florida Sud. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: miriamllano@hotmail.com

Objetivos. -Describir las causas que llevan a la inclusión en un programa de atención domiciliaria (ATDOM). -Describir las características de la prescripción de psicofármacos, ingresos agudos/larga estancia y principales síndromes geriátricos del anciano.

Material y métodos. Ámbito: Centro de salud urbano. Diseño: estudio descriptivo transversal. Sujetos: población incluida en programa ATDOM. Revisión de historias clínicas de junio'06 a junio'08. Medidas: datos filiación, causa ATDOM, % caídas, % confusionales, % ingresos agudos/larga estancia, % incontinencia urinaria, % úlceras. Solicitud prestaciones económicas. Polimedición. Consumo de psicofármacos.

Resultados. N = 206. Excluidos 22 por éxitus. Edad media 93,4. Mujeres 71,3%. Motivo de inclusión ATDOM: patología crónica 69,4% (34% demencia, 45% artropatía, 26% insuficiencia cardíaca, 11%AVC). Barreras arquitectónicas 12,6%. Ambas 18%. Síndromes geriátricos: úlceras: 24,75%. Incontinencia urinaria: 58,73%. Caídas: 16,5% han sufrido alguna caída. Sólo 4 previo cambio de medicación psicotrópica. Síndromes confusionales: 7,2%, 4 con cambio de medicación psicotrópica previa. Polimedidos 75,24%. Ingresos agudos: 33,5% (cirugía: 20%, IC: 20%, infección respiratoria: 16%). Ingreso residencias: 17,5%. 1/3 por claudicación familiar. No consta motivo: 55%. Solicitud prestaciones económicas 33,5%. Tratamiento: -116 pacientes en tratamiento con psicofármacos: 61% benzodiacepinas (11% vida media corta, 54% vida intermedia, 34% vida media larga). Destaca uso de lorazepam (43% BZD utilizadas). -21,5% hipnóticos; -61% antidepresivos: 0,1% tricíclicos, 47% ISRS (18 citalopram, 11 paroxetina), 0,12% IRSN, 0,11% mirtazapina; -32,7% antipsicóticos (25 clásicos y 13 atípicos). Destacan haloperidol y risperidol en un 76% de casos respectivamente; -7,7% mórforos; -Uso de psicofármacos genéricos: 9,7% polimedidos, 21,25% no polimedidos, 12,62% polimedidos que asocian genéricos y no genéricos.

Conclusión. -Demencias y artropatía: principales motivos de inclusión en programa ATDOM. -Claudicación familiar como principal causa de ingreso en residencias. -Mayor prescripción de psicofármacos genéricos en pacientes no polimedidos. Uso inadecuado de BZD de vida media larga.

P14.07 ¿TRATAMOS BIEN EL DÉFICIT DE VITAMINA B12 EN UN ÁREA RURAL?

C. Ferrando López, A. Carbonell Sánchez y G. Pacheco Navas

ABS Garraf Rural. Sant Pere de Ribes (Tarragona). Cataluña.
Correo electrónico: 33005cfl@comb.es

Objetivos. Describir la población diagnosticada de anemia por deficiencia de cobalamina en nuestra consulta, si hay otro diagnóstico asociado, el tipo de tratamiento administrado y la vía de administración.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo. Población área sanitaria rural. Análisis del registro de todos los pacientes diagnosticados de anemia por deficiencia de cobalamina (n = 65). Se analizaron las variables edad, sexo, diagnóstico asociado, tratamiento y vía de administración.

Resultados. Se estudiaron 65 pacientes con una edad media de 68años, de los cuales el 67,7% eran mujeres. El 20% se asociaba a gastritis atrófica, el 6,15% antecedentes de cirugía gástrica y en el 73,85% no constaba ningún otro diagnóstico asociado. El 13,84% de los sujetos recibieron tratamiento oral y el 78,47%, intramuscular.

Conclusión. En atención primaria la mayoría de las veces el déficit de cobalamina es un hallazgo y no se realizan pruebas complementarias para realizar un diagnóstico preciso. Todavía seguimos usando la vía intramuscular para el tratamiento cuando los últimos estudios evidencian que son tan o más efectivas dosis altas de cobalamina oral (1000 microgramos) y presentan menos complicaciones mejorando así la calidad de vida del paciente. De todos modos, en España la vitamina B12 sola y a estas dosis sólo está comercializada en viales inyectables. La prescripción oral se debe hacer como fórmula magistral.

P14.08 EXPERIENCIA EDUCATIVA EN EL ANCIANO

M. Moreno García, P. Peralta Nadal, C. Charlez Millán, M. Alastuey Aisa, R. Rubio Caverio y J. Sangros González

CS Torrero-La Paz. Zaragoza. Aragón.

Correo electrónico: maria.alastuey@yahoo.es

Objetivos de la experiencia. -Promover estilos de vida saludables en el anciano institucionalizado para prevenir posibles problemas de salud y sus complicaciones. -Contribuir a mantener su bienestar físico, psíquico y social. -Realización de un folleto educativo y su posterior uso en los ancianos que acuden al centro de salud.

Descripción de la experiencia. Nuestra experiencia consistió en realizar cuatro visitas a una residencia de ancianos y Centro de Día perteneciente al área de nuestro Centro de Atención Primaria. Previamente elaboramos un folleto informativo sobre promoción de la salud que englobó aspectos de alimentación, ejercicio físico y higiene. Las charlas didácticas tenían como población diana a aquellos ancianos con una puntuación en el Minimental mayor de 24. Su duración fue de 60 minutos aproximadamente y fueron apoyadas con métodos audiovisuales y de participación, tanto de ancianos como de sus cuidadores. Se prevé, en un plazo de dos meses, realizar entre ellos una encuesta para valorar la utilidad y puesta en práctica de los consejos derivados de esta actividad educativa.

Conclusiones. - La Atención Primaria es ideal para ejecutar programas de prevención y promoción de la salud. - La información que les damos les permite realizar cambios de conducta para lograr una mejoría en su calidad de vida. - La experiencia resultó positiva tanto para los ancianos, por el gran interés y participación que mostraron, así como para los docentes y cuidadores implicados. - La promoción de la salud es útil en todas las etapas de la vida y no debe quedar relegada a la población joven.

P14.09 MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE PACIENTES QUE RESIDEN EN CENTROS GERIÁTRICOS DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

M. Mulero Collantes, R. Buron Leandro, E. Díez Díez, M. Milián Márquez, F. Orfila Pernás y M. Barceló Colomer

CAP Sant Andreu. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: ebarcelo.bcn.ics@gencat.cat

Objetivos de la experiencia. La atención sanitaria a los ancianos dependientes es un reto en nuestra sociedad, conllevo la coordinación de diferentes dispositivos asistenciales y, entre ellos, residencias geriátricas (RG) y centros de salud (CS). Se plantea utilizar las herramientas de mejora continua de la calidad para impulsar estrategias que optimicen la asistencia a los institucionalizados.

Descripción de la experiencia. Se constituye un grupo de mejora de la calidad multidisciplinar en un sector sanitario urbano que tiene 386135 habitantes, 18 CS, 50 RG y 2804 plazas residenciales en su ámbito de influencia. Se realiza una lluvia de ideas para identificar problemas y áreas de mejora, se ordenan las acciones correctoras con un diagrama de Ishikawa y se priorizan según facilidad, factibilidad, rendimiento esperado e implicación directiva (cada ítem puede tener entre 4 y 20 puntos). Participan los 17 miembros del grupo y 22 directivos de los CS.

Conclusiones. Las 24 acciones correctoras identificadas inciden sobre todo en profesionales, procesos asistenciales y no asistenciales, registro de datos, aplicaciones informáticas, marco legal, mediación directiva ante conflictos y formación. Responden 34 profesionales (87,2%). Las acciones priorizadas y posteriormente consensuadas son: la existencia de referentes en los CS y RG (18,15), definir los circuitos de comunicación para situaciones ordinarias, urgencias e imprevistos (16,74) y disponer de un protocolo escrito con la información mínima a compartir tanto administrativa como sanitaria (15,76). La corresponsabilidad de los CS en la atención a los pacientes institucionalizados hace imprescindible la puesta en marcha de grupos de mejora continua para garantizar una asistencia de calidad.

P14.10 A LOS 90, ¿QUÉ?

F. Cantero Gómez, M. Ciurana Tebé, C. Rodríguez Forn, S. Alpáñez Abanades, C. Moriana de la Olla y S. Juan Ezquerro

ABS Igualada Urbano. Igualada (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: montse.ciurana@terra.es

Objetivos. Conocer el estado de salud de nuestros pacientes mayores de 90 años.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Ámbito: centro de salud urbano. Sujetos: pacientes mayores de 90 años de 8 equipos de atención primaria, se excluyeron a los pacientes ingresados en residencias. Variables: edad, sexo, test de Barthel, test de Pfeiffer, numero de medicamentos, consumo de psicofármacos y analgésicos de manera habitual. Método evaluación: se utilizó programa SPSS.

Resultados. N: 40, edad: 95,3, sexo: hombres 15 (37,5%), mujeres 25 (62,5%). Test de Barthel: < 20: 9 (22,5%), 20-35: 3 (7,5%), 40-45: 6 (15%), 60-90: 19 (47,5%), 100: 3 (7,5%). Test de Pfeiffer: 0-2: 21 (52,5%), 3-4: 4 (10%), 5-7: 9 (22,5%), 8-10: 6 (15%). Número de medicamentos 5,8 de media. Consumo de psicofármacos: sí 8 (20%), no 32 (80%), consumo de analgésicos: sí 13 (32,5%), no 27 (67,5%).

Conclusión. Los pacientes mayores de 90 años son mayoritariamente mujeres con una ligera dependencia y escaso deterioro cognitivo. El consumo de psicofármacos y analgésicos es bajo lo que puede significar 2 cosas; o bien que están infratratados o lo que es más probable, que no los necesiten. Por tanto se puede concluir que la población mayor de 90 años de nuestra zona goza de un estado de salud aceptable.

P14.11 ACERCANDO LOS CUIDADOS: SIETE AÑOS DE APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN UN ÁREA URBANA

N. García Planas, G. Piera Losa, B. Valero Navarro, N. Sosa Fernández y M. Mateu Hosta

EAP Capse Rosselló. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: ngarcia@clinic.ub.es

Objetivos de la experiencia. Atender a todos los usuarios que, por motivos físicos, sociales o mentales, no pueden desplazarse a su centro de atención primaria. Adecuar el tipo de asistencia requerida a cada usuario.

Descripción de la experiencia. En 2001 se pone en marcha un programa de ATDOM gestionado por enfermeras. El programa ha duplicado el número de profesionales entre 2001 y 2007, y los usuarios que se benefician del programa han aumentado considerablemente cada año. La organización de las enfermeras es de tipo sectorizado. En el programa, cualquier profesional, familiar o paciente puede solicitar el ingreso, siendo la enfermera, el médico y la Trabajadora Social los que realizan una valoración y plan de cuidados conjunto para llevar a cabo la atención necesaria. Los criterios de inclusión: tener dificultades para trasladarse al centro por motivos físicos, sociales o mentales y los criterios de exclusión: no aceptación del programa o plan de cuidados establecido.

Conclusiones. Dado el progresivo envejecimiento de la población y la dispersión geográfica de nuestra área de influencia, se ha hecho necesario el diseño de un programa de Atención Domiciliaria gestionado por enfermeras con dedicación exclusiva para dar cobertura a usuarios que, por distintos motivos, tienen dificultades para desplazarse al Centro de Atención Primaria. Este programa ha evolucionado a lo largo de estos años adecuándose a la población atendida y mostrándose efectivo y eficiente.

P14.12 ¿VISITAMOS A DOMICILIO A NUESTROS PACIENTES DEPENDIENTES?

Y. Herreros Herreros, M. Valls Domínguez, M. Gili Riu, M. Sorribes Capdevila, G. Álvarez Muñoz y P. Cortés Muñoz

ABS Numancia. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: yolandaherreros@gmail.com

Objetivos. Analizar el grado de implicación sanitaria, en función de la dependencia en pacientes en programa de atención domiciliaria (ATDOM), valorar grado de dependencia mediante escalas Pfeiffer, Barthel, Braden. Valorar si los pacientes más dependientes se visitan más.

Material y métodos. Tipo de estudio: descriptivo transversal. Ámbito: centro salud urbano. Población asignada > 15 años: 27.197. Sujetos: pacientes con diagnóstico ATDOM en programa E-cap (1-07-2006 a 30-06-2007). Mediciones: edad, sexo, criterios inclusión, nº visitas domiciliarias médico-enfermería, escalas valoración (Barthel, Pfeiffer, Braden).

Resultados. 235 pacientes en programa ATDOM. Edad media: 84 años (rango 46-101). 73,6% mujeres. Media visitas/año: médico < 1 (pacientes terminales: 2 y > 90 años: 1-2 visitas), enfermería: 4,63 (> 7 pacientes neurológicos). 57,9% no visitados por médico; 39,6%: 1-4 visitas. 14% no visitados por enfermería. Test Barthel: 20,6% presentan dependencia total/grave; dependencia total presentan media 11,63 visitas (IC95%: 5,63-17,82); dependencia severa: media 6,94 visitas (IC95% 3,02-10,86). Test Pfeiffer: 20,5% tienen deterioro cognitivo importante, media: 6,77 visitas (IC95%: 4,25-9,30). Test Braden: 11,4% pacientes tienen alto riesgo sufrir úlceras presión, media de visitas: 12,86 (IC95% 6,70-19,07). Mediante análisis de la varianza (ANOVA) se observan diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,012$) para test Barthel y número de visitas médicas; los pacientes más dependientes reciben mayor número de visitas domiciliarias.

Conclusión. Las escalas de valoración permiten detectar a los pacientes de alto riesgo, sobre los que se tendrían que intensificar las actuaciones, en función del grado de dependencia. Detectamos que una quinta parte de nuestros pacientes presenta dependencia grave y deterioro cognitivo importante, en los cuáles si realizamos más visitas a domicilio.

P14.13 SITUACIÓN ANALGÉSICA Y CONTROL DE SÍNTOMAS DE PACIENTES TERMINALES EN SEGUIMIENTO POR UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALLIATIVOS DOMICILIARIOS

M. Revolo Sánchez, A. Rodríguez Camacho, M. Vena, R. Puertas de la Luz, M. García Patrón y P. Ortega Delgado

CS Loreto-Puntales. Cádiz. Andalucía.

Correo electrónico: revolo99@hotmail.com

Objetivos. - Porcentualizar los principales síntomas presentes en la primera visita de la Unidad de Cuidados Paliativos. - Analizar las necesidades analgésicas durante su estancia en la UCPD.

Material y métodos. Diseño: estudio retrospectivo descriptivo transversal. Emplazamiento y sujetos: revisión de historias de pacientes incluidos en Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios, fallecidos entre 1 de enero de 2007 al 31 agosto de 2007. Registrados 117 fallecimientos. 11 excluidos por ingreso en institución privada ($n = 106$). Fallecidos varones 62,3%; 37,7% mujeres. Edad media: 70 años. Principales variables: principales síntomas en primera visita, tratamiento administrado en primera visita y necesidad de cambio.

Resultados. Principales problemas recogidos en la primera visita: dolor (69,8%), anorexia (49,1%), astenia (30,2%), estreñimiento (27,4%) e inmovilización (20,8%). Situación analgésica al inicio de su estancia en UCPD: 16 no precisaban analgesia (15,1%), otros 16 en primer escalón (15,1%), y 10, en segundo (9,43%); siendo tramadol más utilizado (90%). Los 64 restantes necesitaban tercer escalón (60,37%) con fentanilo como opioide más utilizado (41 casos), seguido de morfina oral (12). Buprenorfina y oxicodeona en misma proporción. Tratamiento de rescate: De 51 casos que precisaron, la más usada fue morfina. Cambio de tratamiento analgésico: 68,9% no precisaron cambio ni rotación. 81,15% precisaban tratamiento coadyuvante, siendo ansiolíticos (53 casos) y corticoides (46) los más utilizados.

Conclusión. El principal problema era el dolor. En la mayoría de los casos, en primera visita precisaban ya de tercer escalón analgésico, no siendo necesario cambio ni rotación; tratamiento que bien podría ser manejado por un médico de familia instruido en Cuidados Paliativos.

Sesión 15

Jueves, 20 de noviembre. 16.00-17.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Diabetes

P15.01 RIESGO CARDIOVASCULAR DE LA DIABETES MELLITUS EN UN PAÍS MEDITERRÁNEO: ESTUDIO PROSPECTIVO DE COHORTE

J. Baena Díez, C. Simón Muela, L. Salas Gaetjens, C. Pozo Díaz, Y. Sierra Aguilar y M. García Lareo

CS La Marina. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: jbaenad@meditex.es

Objetivos. Estudiar el riesgo cardiovascular de los pacientes con diabetes mellitus (DM) en relación a los no diabéticos en un país de baja incidencia de eventos cardiovasculares (ECV).

Material y métodos. Estudio de cohortes, prospectivo, realizado en 2 Centros de Salud. Los pacientes fueron seleccionados por muestreo aleatorio simple de la población atendida, con edad 35-84 años, libres de ECV, seguidos 10 años. Se estudió la aparición de las siguientes ECV: cardiopatía isquémica (CI), enfermedad cerebrovascular (EC), arteriopatía periférica de extremidades inferiores (APEI) y insuficiencia cardíaca (IC). Las variables predictivas fueron la DM, la hipertensión arterial, el tabaquismo y la hipercolesterolemia, ajustando el efecto mediante modelos de Cox por edad y sexo y las variables predictivas asociadas ($p < 0,05$) a los ECV estudiados.

Resultados. Se estudió a 144 pacientes con DM y 788 sin DM. La DM se asoció de manera significativa a un superior riesgo de padecer al menos un ECV, con un hazard ratio (HR) ajustado de 1,9 (IC95% de 1,2 a 1,8), de presentar APEI (HR ajustado de 3,8; IC95% de 1,3 a 11,2) y IC (HR ajustado de 2,5; IC95% de 1,0 a 6,4). Se observó un mayor riesgo, sin significación estadística de CI (HR ajustado 1,3; IC95% de 0,7 a 2,6) y EC (HR ajustado 1,5; IC95% de 0,7 a 3,2).

Conclusión. La DM es un factor de riesgo independiente y con una elevada magnitud del efecto de presentar APEI y IC, observándose una tendencia en la CI y la EC.

P15.02 INFLUENCIA DEL TIPO DE SULFONILUREA EN LA PRESENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

M. Cárdenas Antón, P. Peña Martínez, M. Laya Ponce, M. de Dios Redondo Olmedilla y A. Pérez Milena

CS El Valle. Jaén. Andalucía.

Correo electrónico: alpemi@gmail.com

Objetivos. Conocer la presencia de complicaciones crónicas en pacientes diabéticos tipo 2 según el tipo de sulfonilureas utilizado.

Material y métodos. Diseño de estudio caso-control (cohorte histórica), eligiendo a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un área urbana de clase media-baja mediante muestreo aleatorio sistemático. Criterios de inclusión: edad > 40 años, mínimo una revisión en el último año; exclusión: uso de insulina. Se forman tres grupos según los criterios del Servicio Andaluz de Salud: SU recomendadas (glibenclamida, glicazida y glicuidona), otras SU y no toma.

Resultados. Se incluyen 245 pacientes: SU recomendadas 38%, SU no recomendadas 7% y 55% no toman. La distribución de factores de riesgo cardiovascular (obesidad, tabaco, dislipemia, sedentarismo) es similar, al igual que la presencia de síndrome metabólico ($49\% \pm 3,5$) y el riesgo cardiovascular (Framingham $17\% \pm 0,5$). El grupo de pacientes que no toma SU presentan menor tiempo de evolución (diferencia 2,3 años $\pm 1,9$; $p < 0,001$ ANOVA) y mayor prevalencia de HTA (diferencia 7% 2,5; $p = 0,035$ x^2). El control metabólico es aceptable en todos los grupos (HbA1c $7,0 \pm 0,1$). Las complicaciones crónicas macro/microvasculares (27,8%) son independientes del tipo de SU administrado, sin diferencias con los que no toman SU; las más frecuentes son la retinopatía ($11\% \pm 4,1$), coronariopatía ($7\% \pm 3,5$) e ictus ($6\% \pm 2,9$). El uso de AAS y estatinas es similar, mientras que la metformina es menos usada en el grupo de SU no recomendadas (diferencia 32% $\pm 5,4$; $p = 0,18$ x^2).

Conclusión. Las diferentes SU no implican diferencias en la presencia de complicaciones en el diabético tipo 2, por lo que se confirma la necesidad de usar las más costo-eficientes.

P15.03 APLICACIÓN DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO A PACIENTES DIABÉTICOS PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA

G. Pérez Braga, I. Zamora Casas, M. Bandrés Minguez, A. Martínez Asensi, B. Rodríguez Lozano y M. Carrasco Cabrera

ABS Santa Eulàlia Sud. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: 27598izc@comb.es

Objetivos. Determinar la prevalencia de arteriopatía periférica (AP) en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) mediante el Índice Tobillo-Brazo (medido por doppler).

Material y métodos. Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal. Ámbito: Área básica de salud (ABS) urbana. Sujetos: del total de pacientes con DM2 de 3 médicos de familia del ABS (313) se excluyeron los de atención domiciliaria (24) y los ya diagnosticados de AP (13). Los restantes (276) fueron citados para realizar el ITB, acudieron 202. Variables: edad, sexo, años de evolución de la DM2 y tratamiento, tabaquismo, toma de antiagregantes/anticoagulantes orales, hipolipemiantes y antihipertensivos, complicaciones de la DM2, hemoglobina glicosilada del último año, síntomas de claudicación intermitente (CI, cuestionario de Edimburgo) y determinación del ITB en ambas piernas.

Resultados. n = 202, edad: 65,3 años (DE ± 11,1), sexo: 54,2% son hombres, años de evolución de la DM2: 6,8 años (rango 1-35), tratamiento: sólo dieta 29,1%, antidiabéticos orales (ADO) 52,2%, ADO más insulina 13,3%, insulina sola 4,9%, tabaquismo: 16,7%, exfumadores: 31%, toman antiagregantes o anticoagulantes orales 37,4%, hipolipemiantes 63,1% y antihipertensivos 67,5%. Complicaciones más frecuentes: nefropatía 17,7%, retinopatía 10,3%. Hemoglobina glicosilada < 7: 57,6%. Clínica de CI sólo en 21 casos. Arteriopatía periférica: negativa 69,5%, positiva 13,3%, no valorable 17,2%. Los pacientes con > 5 años de evolución tienen más AP (24,7% versus 8,8%, p < 0,005, chi-cuadrado de Pearson). Prevalencia de AP en el total de pacientes diabéticos antes del estudio: 4,4%, después: 13,8%.

Conclusión. El ITB es un método sencillo que nos permite diagnosticar la presencia de arteriopatía periférica en pacientes diabéticos de forma precoz.

P15.04 MEJORA EN REGISTRO Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGO EN DIABÉTICOS

R. Aguilar Hernández, M. Sánchez de las Matas Garré, M. Aparicio Egea, F. Vallejo Rodríguez, M. Bonet Ferreiro y A. Muñoz Ureña

CS Pozo Estrecho; CS San Antón; UD de MFyC de Cartagena. Cartagena. Murcia.
Correo electrónico: rafagui33@hotmail.com

Objetivos. Mejorar registro y control de factores de riesgo cardiovascular de diabéticos.

Material y métodos. Estudio intervencionista antes-después en centro de Salud. Muestra (A): 83 pacientes que acuden a control glucémico a consulta de enfermería en 5 días (CGCE). Criterios de exclusión: no diabéticos. Variables demográficas, grado de registro y valores de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Durante 11 meses intervención sobre personal sanitario (7 médicos y 7 enfermeros), 2 charlas y recordatorios quincenales vía intranet remarcando importancia del registro y objetivos de control para frcv según guías de práctica clínica. Muestra (B): 86 pacientes CGCE tras intervención. Comparamos muestras. Análisis univariante descriptivo y de frecuencias. Análisis bivariante mediante Chi cuadrado y t Student.

Resultados. Edad media y sexo similares. Mejora en registros tabaquismo A 14,55; B 57% peso A 62,7%; B 93%, IMC A 1 10,8%; B 74,4%, HbA1c A 1 32,5%; B 67,4%, microalbúminuria A 4,8%; B 36%, ECG A 41%; B 72,1%, TA cada dos meses A 63%; B 98%, OMI diabetes mellitus A 68%; B 100%, fondo de ojo 2%; B 30% (p < 0,001). Mejora significativa p < 0,05 en valores de glucemia, HbA1c, triglicéridos y tensión arterial sistólica y diastólica.

Conclusión. La intervención mejora significativamente registro (salvo fondo de ojo) y grado de control. Esta intervención no es suficiente para mejorar significativamente el registro de actividades realizadas por otros especialistas.

P15.05 PACIENTES DIABÉTICOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: GRADO DE CONTROL Y EVENTOS CARDIOVASCULARES

J. Artigas Guix, M. Pie, B. Morna, M. Simó, M. Fernández Sanmartín y F. Cós Claramunt

CAP Sant Martí. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: el_petit_lord@hotmail.com

Objetivos. Evaluar el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes diabéticos tipo 2 (DM2) con insuficiencia renal crónica (IRC) y la presencia de eventos cardiovasculares: cardiopatía isquémica (CI) y accidente cerebrovascular (AVC).

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal de pacientes con IRC (aclaramiento de creatinina < 60 ml/min por MDRD) y DM2 pertenecientes a dos ABS de Barcelona. Mediciones: variables sociodemográficas, creatinina, filtrado glomerular (FG), HbA1c, obesidad, tabaquismo, HTA, colesterol total (CT) y subfracciones, microalbúminuria y presencia de IAM o AVC.

Resultados. Encontramos 355 pacientes diabéticos con FG < 60. De éstos, 46,19% tenían creatinina normal (insuficiencia renal oculta), 38% eran hombres, edad 77 (DE 8), FG 47,86 (DE 9), HbA1c 6,49 (DE 1,2), HTA 93,8%, obesidad 40,8%, fumadores 4,5%. Sólo un 6,2% tenían insuficiencia renal grave (FG < 30). El 69,6% HbA1c < 7. El 30,1% TAS < 130, en 76,6% TAD < 80, 59,4% colesterol < 200 y el 38,6% LDL > 100. Tenían CI 19,4% y AVC 14,1%. A mayor edad menor FG y menor PAD. A mayor TAS, mayor PAD y edad de forma significativa. Los pacientes con CI tiene un mejor control del colesterol que los que no (49, (74,2%) vs 161 (58,5%) p = 0,019). Los AVC tienen un CT medio inferior que los que no (181,53 vs 193,32 p = 0,03) y una edad media superior (79,48 vs 77,01 p = 0,053).

Conclusión. La mayoría de los pacientes DM2 con IRC se encuentran en estadio moderado (3a) de la IRC. Buen control de los factores de riesgo en estos pacientes. Tendencia a mejor control de los pacientes con AVC y CI respecto al resto.

P15.06 FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CONOCIMIENTOS SOBRE LA DIABETES, ¿INFLUYEN EN EL CONTROL METABÓLICO?

J. Caula Ros, M. Fernández Balcells, J. Barrot de La Puente, C. González Pastor y Grupo GINAD

Àmbit d'Atenció Primària de Girona; Hospital Dr. Josep Trueta, Serveis Territorials de Salut de Girona. Girona. Cataluña.
Correo electrónico: jcaula@comg.es

Objetivos. Comprobar cómo los factores socioeconómicos, conocimientos teóricos y actitudes respecto de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) pueden determinar el grado de control metabólico.

Material y métodos. Estudio transversal en Atención Primaria con 629 individuos del estudio GINAD que respondieron voluntariamente encuestas sobre conocimientos (DKQ), y actitudes de la DM2 (DAS-3). Se determinó el nivel de estudios (sin estudios, estudios primarios y superiores) y socioeconómico en 3 niveles (alto I, medio II, bajo III).

Resultados. Hallamos correlación entre nivel de conocimientos y niveles de HbA1c ($r = 0,161$, $p < 0,001$). Los pacientes clasificados como clase III (25,8%) presentaron menor puntuación en la subescala de valoración del control estricto que los pertenecientes a clase II (56,0%) y I (18,2%): $3,3 \pm 0,7$ vs $3,5 \pm 0,7$ vs $3,8 \pm 0,7$. También hubo diferencias en el nivel de conocimientos: $13,1 \pm 4,2$ vs $14,1 \pm 3,9$ vs $15,9 \pm 3,0$. No hubo diferencias en los niveles de HbA1c. El 32,8% no habían completado estudios primarios, un 42,6% habían completado primaria y un 24,6% de los pacientes tenían estudios superiores a primarios. Puntuación obtenida en DKQ: $12,1 \pm 3,6$ vs $14,5 \pm 3,8$ vs $16,3 \pm 3,4$. Hubo diferencias en las subescalas S1, S2, S3 y S4 del DAS-3 con relación directa entre actitud positiva y el nivel de estudios. No hallamos diferencias en los niveles de HbA1c.

Conclusión. Los factores socioeconómicos se asocian a diferencias en el nivel de conocimientos teóricos y actitudes sobre la DM2. Bajos niveles de conocimientos se correlacionan con peor control metabólico. Se deberían establecer estrategias educativas dirigidas a estos grupos de población para mejorar su control metabólico.

P15.07 PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS DIABÉTICOS INMIGRANTES DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

V. Martínez Gaona, G. Asensi Riera, M. Aliaga Ugarte, I. Moya Gómez, M. Peraferrer Puigpelat y J. Albesa Blasco

CAP Torrassa. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: 33779mma@comb.es

Objetivos. Describir los pacientes diabéticos inmigrantes en un centro de salud urbano en función de su origen y conocer las características de su diabetes.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Se identifica a todos los inmigrantes diabéticos y se estudia su perfil en historia clínica informatizada. Se incluyeron 75 pacientes inmigrantes de un total de 1123 diabéticos.

Resultados. Se identificaron 1123 diabéticos, 6,6% inmigrantes. 60% hombres, 40% mujeres, con una edad media de 52,5 años. Distribuidos por países: 23% Marruecos; 56,7% Latinoamérica (cerca del 40% ecuatorianos); 5,3% China; 11% Asia-India; 4% Europa del Este. La media de HbA1c es: marroquí 7,7; latinoamericanos 7,3; chinos no constan datos clínicos; indostánicos 8,4; europeos 7,8. Grado de obesidad (IMC > 30): marroquíes 27; latinoamericanos 29, llegando a la obesidad (IMC > 30) los bolivianos; chinos 20,6; indostánicos 27. Tratamiento: marroquíes: 29,4% dieta, 58,8% ADO, 11,7% insulina; latinoamericanos: 19% dieta, 62% ADO, 13,5% insulina, 5,5% insulina+ADO; chinos, 100% ADO; indostánicos: 37,5% dieta, 50% ADO, 12,5% insulina.

Conclusión. La mayoría de los diabéticos inmigrantes son latinoamericanos. Los indostánicos son el grupo con peor control. Los chinos mantienen IMC normal, pero no siguen controles periódicos. La mayor parte de todos ellos se controlan con ADO.

P15.08 DIABETES E INMIGRACIÓN: ¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE EXTRANJEROS Y NACIONALES EN EL CONTROL DE LA DIABETES?

I. Ruiz Tamayo, M. Merino Audí, M. Caballero Martínez, R. Bofill Rovira, A. Muñoz Rodríguez y M. Kuria Haroun

CAP Torrassa. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: 33779mma@comb.es

Objetivos. Valorar si existen diferencias en el control, seguimiento y tratamiento de la diabetes mellitus entre inmigrantes y autóctonos.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Se eligieron al azar 100 pacientes diagnosticados de diabetes (50% autóctonos, 50% inmigrantes), de un total de 1123 diabéticos, de un centro urbano con 26000 historias clínicas. Se revisaron el índice de masa corporal (IMC), cifras de hemoglobina glicada en analítica reciente y controles periódicos de enfermería.

Resultados. Según su origen: 59,4% procedentes de Latinoamérica; 29,7% de Marruecos; 4,2% indostánicos; 4,2% de China, con una edad media de 53,8 años los extranjeros, y de 64 años los autóctonos. Las cifras de hemoglobina glicada en inmigrantes, fueron: inferior o igual a 7: 57,2%; entre 7,1-8: 8,5%; superior a 8 17%; sin datos, 2%. Los inmigrantes se controlaban con su enfermera un 63,8%, respecto a los autóctonos, que lo hacían en un 72,2%. Un 40,5% de inmigrantes eran obesos (IMC > 30) frente al 36,1% de los autóctonos.

Conclusión. Los inmigrantes tienen un peor control de su diabetes. Acuden menos a los controles programados en el centro que los autóctonos, son más jóvenes y más obesos.

Colesterol

P15.09 CONTROL DE HIPERCOLESTEROLEMIA. CONSECUENCIAS DE LA APLICACIÓN DE CRITERIOS PAPPS-2005 (TABLA SCORE)

L. Egido Flores, R. Fragua Gil, R. Juárez, J. Lobos Bejarano y C. Álvarez Fernández

CS Villablanca. Madrid. Comunidad de Madrid.
Correo electrónico: lugeflo@hotmail.com

Objetivos. Analizar las implicaciones terapéuticas en el tratamiento de hipercolesterolemia al aplicar las recomendaciones PAPPS-2005 (SCORE) en comparación con la utilización de criterios ATP-III (Framingham).

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal aleatorio que seleccionó un total de 223 pacientes hipercolesterolemicos entre 40 y 74 años. Se calculó el RCV, aplicando tablas de SCORE y Framingham-Anderson 1991, diferenciando dos grupos etarios: ≤ 65 y > 65 años. Se analizó el cumplimiento del objetivo terapéutico según PAPPS-2005 y ATP-III, para LDL-colesterol, estratificando por grupos de riesgo y según recibieran o no tratamiento con fármacos hipolipemiantes. Se estimó el grado

de concordancia entre ambas recomendaciones. Por último, se analizó la concordancia y correlación entre SCORE y Framingham para clasificar pacientes de alto RCV.

Resultados. Cumplían el objetivo colesterol-LDL del PAPPS un 49,8% de los casos, frente al 62,3% según ATP-III. Se obtuvieron un 87,4% de casos concordantes entre las dos recomendaciones ($k = 0,75$; $p < 0,001$). Según PAPPS-2005, el 29,5% de los pacientes sin tratamiento farmacológico cumplía el objetivo terapéutico. Se obtuvo un 4,5% de pacientes de alto RCV tanto con SCORE como con Framingham. Ambas tablas presentan un 93% de casos concordantes ($k = 0,55$; $p < 0,001$) y una correlación (r de Pearson) de 0,79 ($p < 0,001$).

Conclusión. Al aplicar los criterios PAPPS-2005 se observa un menor grado de cumplimiento de objetivos terapéuticos en pacientes hipercolesterolémicos, fundamentalmente en los no tratados farmacológicamente. A pesar de las diferencias existentes, PAPPS-2005 y ATP-III presentan una alta concordancia.

P15.10 FIBRINÓGENO, COLESTEROL Y RIESGO CARDIOVASCULAR TRAS UNA INTERVENCIÓN INTENSIVA DE CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (RESULTADOS FINALES ESTUDIO EFAP)

J. Rodríguez Cristóbal, J. Pérez Santos, F. Benavides Márquez, M. Lasala Moreno, E. Quillama Torres y N. Sanfelix Soto

ABS Florida Sur; ABS Florida Norte; ABS Río de Janeiro. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: 21002jrc@comb.es

Objetivos. Estudiar el posible efecto de un programa intensivo de modificación del estilo de vida en los valores de fibrinógeno plasmático (FBG) en pacientes sin enfermedad cardiovascular. Analizar si el efecto en el fibrinógeno es independiente o no del efecto en el colesterol (CLT).

Material y métodos. Ensayo clínico controlado y aleatorizado. Trece Áreas Básicas de Salud (ABS). 436 pacientes de 35-75 años, sin patología cardiovascular, con hiperfibrinogenemia y CLT plasmático < 250 mg/dl. Un grupo de 218 pacientes recibieron una intervención intensiva, en frecuencia e intensidad, aconsejándoles cambios de estilo de vida y tratamiento. El seguimiento de este grupo de intervención fue cada dos meses. Otros 218 pacientes, controles, siguieron los cuidados habituales de las ABS. Se valoró: FBG, CLT plasmático y otros parámetros de bioquímica clínica. CEIC: Fundación Jordi Gol y Gurina

Resultados. Las características basales de los pacientes mostraron que ambos grupos son homogéneos. La obesidad y la hipertensión fueron los factores de riesgo más prevalentes. A los 24 meses del estudio, se encontraron modificaciones estadísticamente significativas, entre las medias ajustadas de los 2 grupos para los parámetros siguientes: fibrinógeno, colesterol plasmático, presiones arteriales sistólica y diastólica e índice de masa corporal.

Conclusión. La intervención intensiva se ha mostrado eficaz en la reducción de algunos factores de RCV. El efecto de la intervención intensiva en los valores plasmáticos del fibrinógeno no guarda correlación con las variaciones del colesterol.

P15.11 ¿TANTO COLESTEROL NOS SOBRA?

M. Barreiro Montaña, E. Almerich Latorre, D. García Pina, M. Font, E. Carrillo Granel y P. Paulo Burguete

ABS Pineda de Mar. Pineda de Mar (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: 23458eal@comb.es

Objetivos. Conocer la prevalencia de colesterol total > 200 en las analíticas generales que por cualquier motivo solicitamos desde las consultas de Atención/Primaria y observar si hay relación con alguna otra patología o fármaco.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Se recogen los análisis de sangre solicitados durante un mes valorándose las siguientes variables: edad, sexo, colesterol total (CT), LDL, HDL, triglicéridos, glucosa basal. De cada paciente se valora además: tabaco (No/registro, Fumador, No/fumador, Ex-fumador) R.C.V. (Valorado/No valorado), tratamiento farmacológico y patologías asociadas que pueden producir hipercolesterolemia. Se excluyen los que no hay CT calculado.

Resultados. Se estudian 250 analíticas. Hombres: 43% (n = 108), Mujeres: 57% (n = 142). En 68% (n = 171) hay CT > 200, si lo sumamos al 12% (n = 30) de pacientes con cifras colesterol < 200 en tratamiento hipolipe-

miante, el porcentaje asciende al 80% (n = 201). En 27% (n = 68) no se ha valorado fracciones de colesterol HDL/LDL. De los pacientes con colesterol > 200, en 61% (n = 104) no hay registro de R.C.V., el 25% (n = 42) corresponde a fumadores, en 29% (n = 49) no hay registro hábito tabáquico. El 27% (n = 47) está en tratamiento hipolipemiante. El 18% (n = 31) presenta obesidad. En tratamiento hipolipemiante que además fuman un 5% (n = 9), no hay registro del hábito tabáquico en un 6% (n = 10). Un 5% (n = 9) diagnosticados de hipotiroidismo. Un 8% (n = 13) en tratamiento betabloqueante, un 62% (n = 8) además tratamiento farmacológico hipolipemiante. Un 11% (n = 18) en tratamiento diurético, 44% (n = 8) además tratamiento farmacológico hipolipemiante.

Conclusión. Elevadísima prevalencia de CT > 200. Nos preguntamos si no estaremos sobrevalorando el límite diagnóstico de hipercolesterolemia en prevención primaria. En todo caso y dada la alta prevalencia valoramos la conveniencia de incluir en el protocolo del "Examen Básico de Salud" las fracciones de colesterol HDL/LDL. Deberíamos intervenir incidiendo más en los factores de RCV acompañantes, priorizando el consejo antitabaco y mejorando su registro, e insistir en el cumplimiento terapéutico en los pacientes tratados farmacológicamente.

Sesión 16

Jueves, 20 de noviembre. 16.00-17.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Anciano/cuidados paliativos/ atención domiciliaria

P16.01 EL PACIENTE NONAGENARIO Y CENTENARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

I. Boix Soriano, M. Catalán Adell, E. Sequeira Aymar, F. Palacios Camacho, M. Vergara Alert y M. Poveda Ayora

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

Correo electrónico: catalan@clinic.ub.es

Objetivos. Describir las características socio-demográficas y el perfil clínico de los pacientes mayores de 89 años atendidos en nuestro centro de salud.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, observacional sobre una población urbana de 70.000 pacientes. Se recogen los datos de las siguientes variables: edad, género, residencia, estudios, estado civil, patologías más prevalentes, motivo de consulta más frecuente, uso de farmacia, incontinencia urinaria, estado cognitivo (escala Pfeiffer), grado dependencia (escala Barthel), riesgo social (Escala Gijón), sobrecarga del cuidador (escala Zarit) e inclusión en programa ATDOM. Se utiliza el paquete estadístico SPSS 14.0.

Resultados. Se incluyen 940 pacientes (población atendida). La edad media es de 92 años, siendo un 80% mujeres, la mayoría de estado civil viudas. Un 17% viven en una residencia geriátrica. Un 95% tienen estudios primarios. Las patologías más prevalentes son la enfermedad cardiovascular (37%), demencias (20%) y poliartrosis (22%). El motivo de consulta más frecuente es la prescripción de fármacos y visita con enfermería. El 54% tienen polifarmacia (más de 5 fármacos crónicos). El 46% tienen deterioro cognitivo leve o no presentan deterioro. El 51% presentan un grado de dependencia moderada. El 6% de los cuidadores presentan signos de sobrecarga intensa. Un 32% están incluidos en el programa ATDOM.

Conclusión. El paciente mayor de 89 años atendido en nuestro centro es principalmente una mujer viuda que reside en su domicilio. La mayoría de los pacientes presentan un deterioro cognitivo leve, son polimedicados y tienen enfermedades crónicas que les comportan un moderado grado de dependencia.

P16.02 NO VENGO PERO EXISTO. DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE MAYOR QUE NO ACUDE DE FORMA HABITUAL AL CENTRO DE SALUD

X. Ferrer Menduiña, F. Heras Montero, M. Anoro Preminguer, T. Clusa Gironella, C. Carrillo Aparicio y R. Martín Peinado

ABS Raval Sud. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: jfelix@mesvilaweb.cat

Objetivos. Describir al paciente > 75 años que acude < 4 veces al año al centro de salud (CS) y los motivos por los que no acude. Nuestro CS está en uno de los barrios más pobres de Barcelona, y hay unos 200 pacientes de estas características, que suelen presentar patología crónica no controlada.

Material y métodos. Estudio transversal, descriptivo y aleatorizado de pacientes > 74 años que acudieron 1,2 o 3 veces al CS en el 2007. En una tabla de datos de Access hemos recogido edad, género, existencia o no de patología crónica, tratamiento y control de la misma, motivo de consulta, y por qué no utilizan la sanidad pública. Los datos se han recogido de la historia clínica informática.

Resultados. Se recogieron 31 casos. La edad media fue de 80,3 años. El 60% mujeres. El promedio de visitas fue 1,9. El 22% no presentaba patología crónica. El 18% presentaba dislipemia, el 25% HTA, el 6% DM y el 1% EPOC. El 18% restante otras patologías crónicas como: ACXFA, VHC, alcoholismo y enfermedades mentales. Ninguno con patología crónica presentó un buen control y no consultó por problemas relacionados con la misma (VAGripal y recetas), sólo el 8% de consultas se relacionó con su patología crónica. Los motivos por los que no acuden habitualmente encontrados en la historia clínica (HC) son: porque no quieren el 48%, porque refieren estar bien el 16% (aunque presenten patología crónica), el 22% acude a otros centros.

Conclusión. La mayoría de pacientes que no acuden de forma habitual al CS tienen patología crónica pero no tienen percepción de padecerla y rehusan controles. El motivo de consulta más frecuente de estos pacientes es la administración de la VAG.

P16.03 USO DE FÁRMACOS PSICOTRÓPICOS EN LAS RESIDENCIAS GERIÁTRICAS

C. Bernades Carulla, V. Silvestre Puerto, E. Bosch Romero, M. Santamaría Martín, A. Alviarez Mendoza y M. Jareño Sanz

CAP Can Bou. Castelldefels (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: cbernades@casap.cat

Objetivos. Evaluar el consumo de fármacos psicotrópicos en las residencias geriátricas de Castelldefels.

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo transversal. Población de estudio: todos los pacientes alojados en las 22 residencias geriátricas de Castelldefels (n = 763). Se excluyó las pacientes de las residencias psiquiátricas. Mediciones principales: a través de la revisión de la historia clínica informatizada se extrajeron las variables: edad, sexo, residencia donde viven, diagnóstico de patología psiquiátrica y/o demencia, psicofármaco prescrito. Análisis estadístico: se describieron las variables cuantitativas mediante media y desviación estándar (DE) y las variables cualitativas mediante porcentaje. Se compararon los porcentajes mediante la prueba de la chi-cuadrado. Se aceptó como nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados. Se estudió a 763 pacientes con un edad media de 82,3 (DE 9,9) años, el 72,2% eran mujeres. El 17,0% estaban diagnosticados de demencia y el 6,3% trastorno mental severo. El antipsicótico más prescrito fue la risperidona 13,9% y la benzodiacepina más indicada fue la lormetazepam (11,5%). El 62,1% de los pacientes tomaba algún fármaco psicotrópico y un 75,5% de ellos no estaban diagnosticados de patología psiquiátrica o demencias. No hubo diferencias entre el consumo de un psicotrópico según género ($p = 0,45$). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la residencia donde se alojaban los pacientes y el uso de psicotrópicos ($p = 0,002$).

Conclusión. Existe una alta utilización de fármacos psicotrópicos en las residencias geriátricas. Son necesarias intervenciones para mejorar la calidad de las prescripciones en las residencias.

P16.04 LOS SUPERABUELOS DEL SIGLO XXI

M. Ortega Bravo, M. Rodrigo Claverol, M. Capdevila Andreu, E. Rodrigo Claverol, N. Nadal Braqué y V. Martín Miguel

ABS Cap Pont; ABS Bordeta; Consultorio Linyola. Lleida. Cataluña.

Correo electrónico: mortegabravo@yahoo.es

Objetivos. Describir las obligaciones de los pacientes que tienen nietos así como evaluar la carga emocional que les supone.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal, población mayor de 60 años que acudía a una consulta de Atención Primaria (AP) urbana. Se

pasó encuesta individualizada realizada por los mismos profesionales, entre enero y mayo del 2008. Variables: edad, sexo, activo/jubilado, número de nietos que cuida y edad, nieto de hijo/hija, si también se quedan a dormir, realizan otras a actividades (comprar, burocracia, ayudar en casa, cuidado animales), motivo de las tareas (es una obligación, no puedo negarme, ayudo y disfruto).

Resultados. Muestra de 113 abuelos (69% mujeres). Media de edad de 71 años (desviación típica $\pm 7,7$). 93,8% están jubilados. Un 53,1% cuidan de sus nietos. La edad de los nietos está comprendida entre los 5 meses-16 años. La obligación es diaria para 56,7% y se quedan a dormir el 23,7%. Son nietos de la hija un 58,3%. El 66,2% cuidan de 1-2 nietos. Otras actividades: ayudar en casa 35,7%, comprar 17,9%, burocracia 7,1%, más de una 39,3%. Un 70% se sienten obligados.

Conclusión. Aunque con la jubilación llega el merecido descanso, también aumentan las obligaciones de los abuelos (54% cuidan nietos). Destacar la edad avanzada de alguno de ellos (3 de los entrevistados tenían más de 90 años). Únicamente el 30% disfrutan con estas labores. Es por ello importante investigar en nuestros pacientes este nuevo factor estresante, que repercute en la sensación de bienestar y en la frecuentación de las consultas de AP.

P16.05 LEY DE DEPENDENCIA Y ATENCIÓN DOMICILIARIA: UN AÑO DESPUÉS...

L. Serrat Asensio, B. de Andrés Beuter, E. Blat Guimera, M. López Poyato y S. González Martínez

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

Objetivos. -Valorar el nivel de aplicación de la ley un año después de su implantación. -Conocer alcance de la gestión de la ley en los pacientes incluidos en un programa de atención domiciliaria de un centro de salud urbano.

Material y métodos. Estudio descriptivo observacional. Revisión de históricos informatizados. Se incluyen los pacientes activos en el programa ATDOM a mayo de 2008. Variables: soporte a domicilio y quien lo realiza (privado, público o familia), solicitud de valoración de dependencia entregada, valoración realizada y grado reconocido.

Resultados. Pacientes activos: n = 156 Necesidad de soporte a domicilio: 5 pacientes no requieren de soporte en el domicilio y viven solos, y los 151 restantes reciben soporte a domicilio. De éstos: 80 disponen de recurso privado, 24 recurso público y 47 reciben el soporte de familiares. Del total de pacientes incluidos: la solicitud de valoración se ha cursado en 148 casos y no se ha cursado en 8 casos: 5 criterios de no dependencia y 3 por negativa de familiares. Del total, 71 (45,5%) pacientes continúan pendientes de valoración y 77 (49,5%) han sido valorados. De éstos, 44 (28,2%) reconocen un grado III, 23 grado II (14,7%) y 10 pendientes de resolución de grado.

Conclusión. Los pacientes/familias del programa conocen el recurso. La necesidad de soporte a domicilio es alta pero no siempre coinciden estas necesidades con las escalas de valoración de la ley dándose situaciones de pacientes que viven solos y con cuidadores privados 24 h y sin acceso a ninguna ayuda. El retraso en la aplicación de la ley queda reflejado en el microcosmos de un programa ATDOM.

P16.06 VALORACIÓN DEL NÚMERO DE VISITAS REALIZADAS A PACIENTES DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN UN ABS Y SU RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON

L. Pons Pons, Z. Sainz Beltrán, M. Sacarrocá Farrera, F. Orfila Pernas, I. Mejía Galoza y B. Brun Alonso

CAP Montcada y Reixac. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: lpons@gencat.cat

Objetivos. La atención domiciliaria genera sobrecarga asistencial en Atención Primaria. El objetivo de este trabajo es estudiar la asociación entre la comorbilidad establecida por el Índice de Charlson y la utilización de servicios de Atención Primaria en pacientes domiciliarios (ATDOM).

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo. Incluimos 571 pacientes de ATDOM atendidos por el personal sanitario durante el 2007. Recopilamos los datos de la historia clínica informatizada. Utilizamos la adaptación del I. Charlson de Deyo y Romano, según los códigos del CIÉ9 para la identificación de las categorías diagnósticas. Las variables

utilizadas fueron: edad, sexo, categorías diagnósticas, I. Charlson, número de visitas y categoría profesional. El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS, comparación de medias con el test de Kruskal Wallis y correlación mediante el método de Spearman.

Resultados. De los 571 pacientes, 395 eran mujeres (69,2%) y 176 varones (30,8%). La edad media fue 81,6 años. La media del I. Charlson fue 1,24 (DE = 1,32). En hombres de 1,43 y en mujeres de 1,15, diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,02$). Un 48,5% de pacientes obtuvieron un I. Charlson entre 1 y 2, el 15% entre 3 y 7 y el 36,4%. La media de visitas fue 24,78 visitas/paciente/año. Se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,001$) entre la puntuación del I. Charlson y el número de visitas realizadas para todas las categorías profesionales, por separado y globalmente.

Conclusión. La media de visitas año/paciente es elevada. El I. Charlson puede ser útil para racionalizar el número de visitas según la comorbilidad de los pacientes ATDOM.

P16.07 LAS ASISTENCIAS DOMICILIARIAS EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD. ESTUDIO EN UN PUNTO DE ATENCIÓN CONTINUADA

A. Tarrazo Antelo, R. García Rodríguez, M. Galiano Leis,

S. Varela Castro, C. González González y C. Fernández Caamaño

Ambulatorio Concepción Arenal, CS Vite, CS Fontiñas.

Santiago de Compostela (A Coruña). Galicia.

Correo electrónico: vrenyko@yahoo.es

Objetivos. Determinar las características de la demanda asistencial domiciliaria durante un año en un punto de atención continuada, cuya población tributaria es de procedencia rural y urbana.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo sobre los domicilios médicos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2007, en base a datos recogidos en las hojas asistenciales. Variables estudiadas: sexo, edad, mes del año, día de semana y hora de demanda. Se realizó una representación porcentual y graficada, y para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central, dispersión y forma.

Resultados. De un total de 48236 asistencias, 1014 fueron domiciliarias médicas. De éstas, 62,43% fueron mujeres. La edad más frecuente fue 87,87 años. El mes de mayor demanda fue enero (11,44%) y el día de semana de mayor carga, el domingo (27,91%). Se objetivó, igualmente, una mayor incidencia de domicilios en domingos y festivos, valorada en horas efectivas de trabajo (un domicilio cada 4,5 horas, respecto a uno cada 7,7 en días laborables).

Conclusión. Destacamos el predominio del sexo femenino y la edad media avanzada, con énfasis de demanda en el período invernal y mañanas de festivos. Supone, en horas efectivas de trabajo, una sobrecarga para el equipo asistencial, dada la ausencia temporal de parte del staff durante la asistencia, conllevo el retraso de las consultas restantes y el deterioro del servicio prestado. Creemos necesario insistir en la educación poblacional para el buen uso del sistema sanitario, fomentar la pre-consulta telefónica y reforzar el equipo asistencial en los días estadísticamente conflictivos.

P16.08 DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES EN ATENCIÓN DOMICILIARIA: PROPUESTAS DE MEJORA

M. Rus Fernández, R. Torres Allepuz, A. Novoa Pardo,

A. Santiveri Villuendas, V. Serrano Borraz y M. Porta Borges

CAP Larrard, UD de Medicina Preventiva y Salud Pública IMAS-UPF-ASPB. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: rmotorres@caplarrard.net

Objetivos. 1. Describir las características de la población incluida en un programa de atención domiciliaria (ATDOM), de un Centro de Atención Primaria (CAP) urbano. 2. Realizar recomendaciones para mejorar dicho programa.

Material y métodos. Se incluyeron los pacientes que constan dentro del programa ATDOM (criterios inclusión "Manual d'atenció domiciliària" SCMFIC 2003) según registro central del CAP (periodo 2004-2007). Si el motivo por el cual el paciente fue incluido en ATDOM se soluciona, se da de baja del programa. Se analizó el tiempo de permanencia mediante un análisis de supervivencia.

Resultados. Hubo 1336 individuos dados de alta en algún momento del periodo: 878 mujeres (65,7%) y 458 hombres (34,3%). La edad media de

la cohorte fue de 82,1 años (DE 11,1), 79,7 años (DE 11,2) en hombres y 83,4 (DE 10,8) en mujeres. El 94,1% fueron > 64 años y el 83,3% > 74 años. A lo largo del periodo el número de integrantes del programa fue: 2004 = 686, 2005 = 928, 2006 = 832, 2007 = 780. Las patologías más prevalentes fueron la cardíaca 35,6%, artrosis 35,3%, y depresión/ansiedad 32,6%. El 69,7% tenían ≥ 4 trastornos crónicos. La mediana de permanencia en el programa fue de 1,8 años siendo mayor en mujeres y en aquellos que presentan un mayor número de trastornos crónicos ($p < 0,001$).

Conclusión. La mayoría pacientes incluidos en el programa fueron mujeres > 74 años y con elevada comorbilidad. Largo tiempo de permanencia y aumento progresivo de individuos. Se requiere aumento y reorganización de los recursos destinados (trabajo en red social y sanitaria). Revisión protocolos comorbilidad (coordinación niveles/atención integral coordinada).

P16.09 EL ENTORNO DEL ENFERMO NOS IMPORTA

M. Velasco Carrera, A. Ruiz Comellas, C. Roses Circums, J. Castillo Ballesteros, J. Irujo Fatuarte y H. Tarabishi Marín
CAP Sant Vicenç de Castellet. Sant Vicenç de Castellet (Barcelona). Cataluña. Correo electrónico: moonseae@yahoo.es

Objetivos. Conocer el perfil y grado de sobrecarga del cuidador principal informal (CPI) de pacientes terminales y/o inmovilizados no oncológicos. Identificar los factores de sobrecarga.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal realizado mediante entrevista personal. Se ha utilizado un cuestionario que recoge datos sociodemográficos del cuidador y enfermo, y la escala de sobrecarga del cuidador, versión castellana de la "caregiver Burden Interview" (CBII) de Zarit. Los sujetos de estudio han sido cuidadores de pacientes no oncológicos incluidos en un programa de atención domiciliaria.

Resultados. n = 53 cuidadores (92,5% mujeres), de edad media 61 años, relación con el paciente: cónyuge (39,6%), hijos (41,5%) y cuidador externo (7,5%). Un 30,2% lee y escribe y un 49,1% tiene estudios primarios. Un 56,6% soporta otras cargas familiares. El 24,5% tenía prescrito algún tratamiento ansiolítico y/o antidepresivo. El 58,5%, presentaba sobrecarga (18,9% leve y 22,6% intensa). La proporción de cuidadores con sobrecarga no fue significativamente diferente entre los que tenían a su cargo un enfermo con demencia o con sd. de inmovilidad. Existe relación estadísticamente significativa entre la sobrecarga y el consumo de algún fármaco ansiolítico y/o antidepresivo. ($\chi^2 8,89$, $p = 0,003$).

Conclusión. La mayoría de cuidadores son mujeres; siendo los cónyuges y los hijos los familiares más implicados. La ayuda que reciben proviene principalmente de familiares. La sobrecarga en los CIP de pacientes no oncológicos alcanza una importante proporción entre ellos, siendo intensa con mayor frecuencia. La sobrecarga de dichos cuidadores presenta una asociación estadísticamente significativa con un mayor consumo de ansiolíticos y/o antidepresivos.

P16.10 INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LA MEDIDA DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

J. Cabrero García, J. Ramos Pichardo, C. Muñoz Mendoza, A. Sanjuán Quiles, S. García Beviá e I. Flores Arjona
Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante; CS El Plà; CS San Blas. Alicante. Comunidad Valenciana. Correo electrónico: juan.ramos@ua.es

Objetivos. Medir AIVD sin influencia de roles de género, en personas mayores.

Material y métodos. Diseño descriptivo transversal. 593 personas de 70 o más años seleccionadas entre las que acudieron a consulta de Atención Primaria. Criterios de exclusión: 5 o más errores en el test de Pfeiffer, fragilidad extrema, problemas de comunicación severos. Medidas: auto-informe de movilidad (48 ítems, alfa de Cronbach = 0,98), batería de desempeño físico EPESE, ítem de salud percibida del SF-36, y escala de AIVD en la que se diferenció entre discapacidad por motivos de salud o por otros motivos (falta de costumbre o no saber hacerlo). Se usó la rho de Spearman para determinar la relación entre la dependencia en AIVD y el resto de variables.

Resultados. La correlación del género con dependencia por cualquier motivo fue -0,32 ($p < 0,01$), mientras que con dependencia por motivos de

salud no fue significativa. La salud percibida correlacionó con la dependencia por motivos de salud (0,16; $p < 0,05$), y no con la dependencia general. Las medias de limitaciones funcionales mostraron correlaciones significativas tanto con dependencia general (EPESE: -0,13; $p < 0,05$; cuestionario de movilidad: 0,15; $p < 0,05$) como con dependencia por motivos de salud (EPESE: -0,32; $p < 0,05$; cuestionario de movilidad: 0,36; $p < 0,05$), aunque más elevada en el segundo caso.

Conclusión. La influencia del rol de género en la determinación de la dependencia en AIVD puede atenuarse introduciendo una diferenciación entre dependencia por motivos de salud o dependencia por otros motivos.

P16.11 ESTUDIO DE LA DIETA DE ANCIANOS CON DIABÉTICOS TIPO 2. EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN A LAS RECOMENDACIONES NUTRICIONALES DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE DIABETES

G. López Torres, C. Osorio Martos, A. Hernández Carmona, J. Novo Martín, B. Salueña Baquedano y M. Solana Moreno
CS Cartuja, distrito Granada; CS Villacarrillo, distrito Jaén Nordeste; CS Cambil, distrito Jaén Sur. Granada. Andalucía. Correo electrónico: ginelop@yahoo.es

Objetivos. Comparar la dieta de pacientes diabéticos tipo 2 diagnosticados a partir de los 65 años con las recomendaciones nutricionales de la Asociación Americana de Diabetes (ADA).

Material y métodos. Diseño: descriptivo transversal. Ámbito: consultas a demanda y programadas en Atención Primaria. Selección: muestra de 100 pacientes diabéticos tipo 2 diagnosticados a partir de los 65 años, y con al menos un año de evolución. Se excluyen aquellos que presentan algún tipo de deterioro cognitivo o enfermedad grave que limite sus expectativas de vida. Para evaluar la dieta utilizamos un cuestionario de la dieta de las últimas 24 horas.

Resultados. Se estudian 100 pacientes (edad media de $72,9 \pm 5,2$ años), sin diferencias significativas (DE) en género, con un índice de masa corporal medio (IMC) de $29,6 \pm 1,1 \text{ kg/m}^2$. El aporte calórico medio de lípidos es superior al recomendado por la ADA [$39,1 \pm 8,9$ (% Kcal totales)]. Mientras que el aporte calórico medio de carbohidratos, está por debajo de lo recomendado [$42,2 \pm 10,4$ (% Kcal totales)]. Únicamente se determinó adecuación para la ingesta proteica [$17,4 \pm 4,0$ (% Kcal totales)].

Conclusión. La ingesta de ancianos diabéticos tipo 2 de nuestra muestra dista bastante (salvo en el aporte proteico) de las recomendaciones nutricionales de la ADA. Sería recomendable insistir en la dieta como base principal en el tratamiento adecuado de la diabetes.

P16.12 VALORACIÓN DE RIESGO SOCIOFAMILIAR EN ANCIANOS CON DEMENCIA

S. Gómez García, J. Pascual Lledó, D. Gómez García y F. Serrano Aguilar
Hospital La Inmaculada; CS Cuevas del Almanzora. Almería. Andalucía. Correo electrónico: silviagomezgarcia@hotmail.com

Objetivos. Valorar el riesgo sociofamiliar en sujetos con demencia. Detectar pacientes con demencia que puedan suponer un problema social (PS), determinando el perfil de los mismos.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal en el que se incluyeron 73 sujetos mayores de 65 años con demencia, de una muestra de 215 pacientes pluripatológicos, que se hallaban registrados entre el 1 de marzo y el 30 de mayo de 2007 en el Proceso Asistencial Integrado de Atención al paciente Pluripatológico. Se valoraron antecedentes personales de los pacientes. El riesgo social (RS) se valoró mediante la "Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón", que consta de cinco ítems (situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social) dirigida a la población > 65 años. Si el resultado es < 10 puntos existe buena situación social, de 10-15 puntos existe RS, ≥ 16 puntos existe RS elevado (PS). El diagnóstico de demencia se realizó según los criterios de la clasificación DSM-IV.

Resultados. De los 73 sujetos con demencia, 86,3% presentaban aceptable situación social, 1,4% RS y 12,3% PS. La edad media de los pacientes con PS fue $81,89 \pm 11,12$ años, predominando el sexo femenino un 66,7%. De estos, 33,3% tenían diabetes mellitus con hipoglucemias, 44,4% hipertensión arterial, 44,4% dislipemia, 33,3% accidente cerebrovascular junto a patología cardíaca, 22,2% Parkinson, 22,2% depresión y 88,8% estaban inmovilizados.

Conclusión. La mayoría de los pacientes con demencia de nuestro estudio presentan aceptable situación social. El perfil del paciente con problema social es el de un paciente demenciado, inmovilizado y con diversas patologías asociadas.

P16.13 RELACIÓN ENTRE EL ENTORNO FAMILIAR DEL PACIENTE TERMINAL, SÍNTOMAS Y SU LUGAR DE FALLECIMIENTO

A. Rodríguez Camacho, M. Revolo Sánchez, F. Rodríguez Trujillo, M. Sánchez Alex, C. Navea Tejerina e I. Ruz Franci

CS Olivillo, Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios. Cádiz. Andalucía.
Correo electrónico: blackowl_@hotmail.com

Objetivos. -Determinar el lugar de fallecimiento de los pacientes terminales (PT) adscritos a una Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios (UCPD) y ver si existe relación con el número de convivientes. - Analizar el motivo del último ingreso de aquellos que fallecieron hospitalizados. - Conocer el parentesco del cuidador principal de los enfermos terminales.

Material y métodos. Diseño: estudio retrospectivo descriptivo transversal. Emplazamiento y sujetos: revisión de 117 historias correspondientes a PT incluidos en programa de una UCPD fallecidos del 01/01/07 al 31/08/07. Se excluyeron 11 por salir del programa por diversos motivos. Principales variables: edad, sexo, tipo de tumor, tiempo de estancia en el programa, lugar de exitus, motivo de ingreso de los pacientes fallecidos en hospital, número de convivientes en el domicilio y parentesco del cuidador principal. Análisis estadístico: SPSS para Windows.

Resultados. Se analizaron un total de 106 historias de PT. La mayoría varones (62,3%), frente al 37,7% de mujeres. Edad media: 70 años. Diagnósticos principales: Ca. colon/recto (18,9%), Ca. pulmón (17,9%) y Ca. mama (11,3%). El 50% de los pacientes conocían el diagnóstico de su enfermedad. Estancia media dentro de programa 56 días. El 64,2% murieron en su domicilio, 35,8% en hospital, siendo el motivo de ingreso más frecuente previo a la muerte la disnea (14,2%), situación agónica (5,75%) y dolor incontrolado (3,8%). La mayoría de los PT convivía con un sólo familiar, siendo los cónyuges sus cuidadores principales, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre el número de convivientes y el lugar del exitus.

Conclusión. - El principal problema que deriva en ingreso hospitalario es la disnea. - No podemos afirmar que exista relación entre el número de convivientes y el lugar del exitus. - A pesar de los esfuerzos de la UCPD, mueren en hospital más PT de lo que sería deseable.

Sesión 17

Jueves, 20 de noviembre. 17.00-18.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Formación e investigación

P17.01 LA GENERACIÓN EASY-JET: OPORTUNIDADES DE FORMACIÓN TRANSFRONTERIZA EN MEDICINA DE FAMILIA EN UNA EUROPA SIN FRONTERAS

T. Villanueva y E. Gavilán Moral

USF Tornada; UD de MFyC de Plasencia. Caldas da Rainha, Cáceres. Portugal, Extremadura (España).
Correo electrónico: enrique.gavilan.moral@gmail.com

Objetivos de la experiencia. Describir la experiencia de autogestión de la formación de un residente de medicina de familia portugués en España. Promocionar el intercambio de experiencias e ideas con colegas españoles. Conocer el funcionamiento del sistema sanitario en España.

Descripción de la experiencia. En la formación del residente es esencial saber identificar lagunas formativas y establecer mecanismos de mejora tratando de, a partir de un plan individualizado de las necesidades, aprovechar las ofertas y oportunidades docentes apropiadas. Esta experiencia comienza en febrero de 2008, cuando un residente portugués contacta con el catálogo formativo de SomamfyC-semFYC aprovechando la pro-

ximidad geográfica, la cercanía cultural y lingüística, las facilidades de transporte y de movilidad transfronteriza. Tras el análisis de sus propias necesidades y el diseño de un plan individualizado formativo, ha realizado cursos y adquirido material docente en España. Ha mantenido, además, encuentros informales con residentes y jóvenes médicos de familia españoles para conocer nuestro sistema sanitario y el modelo de formación posgrada en medicina de familia.

Conclusiones. Aprovechar oportunidades formativas en países extranjeros pero cercanos puede ser una forma gratificante de enriquecer la formación en competencias difíciles de cubrir de otra manera. Sin embargo, suponen un importante gasto económico para el residente, y no siempre son fáciles de compatibilizar con la planificación docente reglada. Esta experiencia ilustra la necesidad de impulsar programas de intercambios docentes, como el Hipócrates (EURACT-Movimiento Vasco de Gama), o bien partiendo de acuerdos entre instituciones públicas y sociedades científicas relacionadas con la docencia en medicina de familia.

P17.02 IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN EN HABILIDADES PRÁCTICAS EN DOS CENTROS DE SALUD PARA MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

D. Niño Sintes, R. Segura Borrás, C. Hernández Sanz, S. Barro Lugo, R. Badia Casas y F. Díaz Gallego

CS Lesseps; CS La Salut. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: 30947fdg@comb.es

Objetivos de la experiencia. Formar al Residente de Medicina Familiar y Comunitaria (RMFyC) en 4 habilidades que se pueden realizar en un Centro de salud (CS): eco doppler, infiltraciones, cirugía menor y crioterapia.

Descripción de la experiencia. La formación del RMFyC se realizará durante la rotación de tercer y cuarto año. La duración será de 16 meses repartidos en 4 rotaciones (una por habilidad) de 4 meses cada una. Los profesores encargados de las clases teóricas y prácticas de estas habilidades serán médicos de familia (MF) del propio CS, expertos en cada una de las técnicas, y que las realizan de forma regular en el CS. Cada RMFyC hará un total de 16 horas de infiltraciones (1 hora/semana), 48 horas de cirugía menor (3 horas/semana), 40 horas de crioterapia (2,5 horas/semana) y 16 horas de eco doppler (1 hora/semana). Previo a cada rotación se impartirá un curso teórico donde se explicarán los fundamentos de cada técnica (1 o 2 horas por habilidad). Al principio de cada rotación se evaluarán los conocimientos previos del RMFyC mediante una encuesta. Dos meses después de cada rotación se repetirá la misma encuesta para evaluar los conocimientos adquiridos. La evaluación será independiente para cada habilidad.

Conclusiones. Si se consigue una adecuada formación del RMFyC en las habilidades especificadas anteriormente, aumentaremos la capacidad resolutiva de los MF y de la atención primaria, disminuyendo las listas de espera y derivaciones a otros especialistas. También se facilitará a los usuarios una mayor accesibilidad a estas técnicas.

P17.03 EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN SELF-AUDIT DE HISTORIA CLÍNICA COMO HERRAMIENTA FORMATIVA EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DE MFyC

G. Hinojosa Bareas, C. Gómez Ruiz, M. Mabrami Zaeir, M. Palomera Barbany, D. Sar Shalom Abadi y L. Force Sanmartín

Hospital de Mataró; ABS Cirera-Molins. Mataró (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: lforce@csdm.es

Objetivos. Diseñar un estudio de self-audit de la historia clínica (HC), definir unos criterios de evaluación consensuados con los residentes de primer año y evaluar la eficacia formativa mediante dos self-audits seriados.

Material y métodos. 1. Se realizó una reunión con 4 residentes de primer año para analizar los documentos de la HC y la sistemática de cumplimentación. 2. Se consensuaron 10 criterios de evaluación adjudicándoles un valor de 2 puntos si estaban presentes y 1 si lo estaban parcialmente. 3. Se realizó un primer self-audit de 4 HC por residente, analizándose los puntos fuertes, débiles y los objetivos de mejora. Al mes se realizó un segundo self-audit, comparándose ambos resultados mediante el test de χ^2 .

Resultados. El cumplimiento global de los ítems consensuados fue del 55,7%, oscilando entre el 21% en la lista de problemas y el 89% en el detalle de las alergias. Los residentes que iniciaron su rotación por medicina in-

terna obtuvieron mejores resultados que los que lo hicieron por otras especialidades médicas (36,7% vs 86,3%, $p < 0,0001$). El segundo self-audit evidenció una mejora de la cumplimentación de prácticamente todos los ítems. La tasa global de cumplimiento aumento del 55,7% al 82,2% ($p < 0,0001$). Todos los residentes mejoraron respecto al primer self-audit. **Conclusión.** El cumplimiento global de los diferentes ítems de la HC evaluados mejoró de forma estadísticamente significativa en el segundo self-audit para todos los residentes. La realización sistemática de un self-audit de HC permite homogeneizar la formación básica de los residentes de primer año, independientemente de la rotación hospitalaria inicial.

P17.04 EXPERIENCIA DE UN PORTAFOLIO INFORMÁTICO EN LOS RESIDENTES DE MFYC

E. Fabré Folch, G. Hinojosa Bareas, M. Juan Palacios, L. Ribó Tarré, D. Voss y L. Force Sanmartín

Hospital de Mataró; ABS Cirera-Molins. Mataró (Barcelona). Cataluña. Correo electrónico: lforce@csdm.es

Objetivos de la experiencia. El portafolio es una recopilación de información que permite confirmar que se han conseguido los objetivos docentes previstos en cada rotación. Es un instrumento de evaluación formativa útil para el aprendizaje basado en la autorreflexión. Uno de los principales inconvenientes que presenta es la dificultad de cumplimentación durante las diferentes rotaciones con alta presión asistencial y en áreas muy distantes: ABS, hospital, centros sociosanitarios (CSS), etc. Para minimizar estas dificultades se ha diseñado un portafolio informático mediante una aplicación autoejecutable, que no precisa de instalación, basada en Filemaker Pro.

Descripción de la experiencia. Este programa se ha ubicado en un servidor informático que es accesible para todos los residentes y desde todos los ordenadores de las instituciones adscritas a la Unidad Docente: ABS, CSS y hospital. La aplicación diseñada permite el registro durante la propia actividad asistencial de: 1. La actividad formativa basada en las áreas competenciales definidas en el programa de la especialidad. 2. La actividad de atención continuada, el área en que se realiza y las incidencias que puedan surgir. 3. Las tutorías y 4. La actividad curricular del residente como cursos realizados, comunicaciones y publicaciones. El programa permite asimismo, la exportación de cada uno de los apartados a un formato texto o HTML, la elaboración automática del c. vitae y el envío también automático de la información registrada al tutor, vía correo electrónico.

Conclusiones. La aplicación de estas nuevas tecnologías ha conseguido mejorar la cumplimentación del portafolio del residente y ha facilitado la comunicación con el tutor.

P17.05 INDICADORES CUALITATIVOS DE PRESCRIPCIÓN. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN

B. Fernández San José, J. Aguiar Bautista, V. Olmo Quintana, M. Díaz Barreiros, M. Martínez Ibáñez y A. Reina Romero

Dirección General de Farmacia del SCS; UD de MFyC de Las Palmas; CS de Vecindario. Las Palmas de Gran Canaria. Islas Canarias. Correo electrónico: mcanjaab@mixmail.com

Objetivos. Evaluar el impacto de un programa de formación en la mejora de la prescripción.

Material y métodos. Estudio retrospectivo. Se evaluó la prescripción mediante indicadores cualitativos de los médicos en plaza de médico de familia de la provincia entre abril y septiembre de 2004 y el mismo periodo de 2006. Entre septiembre de 2004 y abril de 2006 se realizó la intervención: cursos centralizados de 15 horas que abarcaban la terapéutica de los principales procesos atendidos en Atención Primaria. De los 803 facultativos que estaban en 2004, se incluyeron en el estudio la prescripción de los 663 que permanecían en 2006. Se compararon las prescripciones de los médicos que acudieron al curso ($n = 224$) frente a los que no asistieron (grupo control $n = 439$). Las variables incluidas fueron sexo, centro (urbano, rural o semiurbano), área, sustituto o no, cupo o jerarquizado y 13 indicadores de prescripción. En la evaluación inicial no existían diferencias en ningún indicador entre ambos grupos.

Resultados. Entre las prescripciones de los facultativos que acudieron al curso hubo una mejoría significativa ($p < 0,05$) respecto al grupo control en 10 de los indicadores evaluados. La prescripción de los médicos inte-

rimos y estatutarios mejoró en 5 indicadores más que los sustitutos. Al realizar el análisis multivariante la formación se asoció de forma independiente a la mejora de 7 indicadores.

Conclusión. La formación mejoró los indicadores de calidad de la prescripción entre los facultativos. Otras medidas gubernamentales y locales, no alteran los resultados del presente estudio, pues se aplican de forma general y no individual.

P17.06 ENCUENTROS EN LA SOCIEDAD

R. López Izquierdo, P. Álvarez Manzanares, R. del Amo López, F. García Martín, G. Almonacid Canseco e I. Esteban

Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina de Familia (socalemfyc). Valladolid. Castilla y León. Correo electrónico: rulo63@yahoo.es

Objetivos de la experiencia. Siempre es un placer encontrarse con amigos, y compartir conocimientos. Desde sus inicios las sociedades de medicina de familia han apostado por el crecimiento profesional de sus socios. La oferta formativa es muy variada: congresos, publicaciones, talleres... Sin embargo, en ocasiones se echa de menos a realización de actividades directas, participativas en las cuales se favorezca el debate respecto a los temas tratados, y las evidencias mostradas. Con este espíritu se inició esta actividad, que nació con la intención de servir de punto de encuentro y divulgación entre profesionales.

Descripción de la experiencia. Se han realizado 5 sesiones clínicas en el aula de la sociedad, el primer martes de cada mes desde Febrero a Junio. El plido descubrió a muchos la utilidad y la necesidad de la ecografía en Atención Primaria. De la mano de Ruperto nos encontramos con la arquitectura de Roma, Segovia... y del corazón insuficiente. Rosana nos llevó hasta Widikum, en tierras africanas, y nos contó su experiencia como médico cooperante en un centro de salud camerúnés. Incluso el dolor fue agradable cuando Javier nos habló de él. Finalmente Carlos y Mercedes nos hablaron y reflexionaron sobre eso de aconsejar en la prevención y la genética.

Conclusiones. La asistencia ha sido variada, pero desde luego el que vengan unas 50 personas a alguna de las sesiones constituye un auténtico éxito. El alto grado de participación en los debates generados, y el nivel científico mostrado nos impulsan a continuar este próximo año con esta actividad y exportarla a otras provincias de la comunidad.

P17.07 CAPACITACIÓN EN CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA EN DOS CENTROS DE SALUD

C. Hernández Sanz, D. Niño Sintes, R. Segura Borrás, F. Díaz Gallego, M. Rus Fernández y A. Blanch Mon

CAP Larrard. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: 30947fdg@comb.es

Objetivos de la experiencia. Describir un programa de formación continua en cirugía menor (CM) en dos centros de salud (CSs) urbanos para: 1-Capacitar médicos de familia (MdF) para asumir la CM de su cupo. 2-Formar residentes de medicina familiar y comunitaria (RdMFyC) para que asuman una consulta de CM.

Descripción de la experiencia. 2003: inicio servicio CM en ambos CSs. El responsable del servicio y la formación es un MdF del equipo experto en cirugía. Objetivos de la formación: 1. Conocer material de CM; 2. Mejorar capacidad de diagnóstico de lesiones cutáneas; 3. Aprender principales técnicas de sutura; 4. Conocer indicaciones y manejo del bisturí eléctrico; 5. Aprender maniobras quirúrgicas elementales; 6. Aprender manejo quirúrgico de la patología ungueal. MdF: 16. Periodo 2003-2008: rotan todos los MdF interesados. Inicialmente se realizan dos sesiones teóricas para: establecer el circuito, criterios de derivación y rotaciones. En 4,5 años han rotado por CM el 50% de los MdF de forma continuada. Rotaciones mensuales, 1 día/semana. 3h. RdMFyC: Rotación de 4 meses en el último año de residencia, un día a la semana. Inicio formación CM: 2009. Actualmente hay 9 RdMFyC en los CSs. Todos valoran la formación en CM como un complemento perfecto de la residencia.

Conclusiones. Se han asumido todos los objetivos pero no se realizan las intervenciones de forma habitual. El argumento más repetido es la falta de tiempo. Los médicos que han pasado por el servicio consideran muy interesante realizar CM en Atención Primaria, pero se les ha de facilitar los instrumentos, el espacio y el tiempo necesario para realizarlo.

P17.08 FORMACIÓN POR UN EQUIPO DE CUIDADOS PALLIATIVOS: ¿EN QUÉ MEDIDA ESTÁN SATISFECHOS NUESTROS ROTANTES?

M. Sánchez Correas, R. Mota Vargas, M. Julián Caballero, Y. Ruiz Castellano, M. Cuervo Piñna y M. Redondo Moralo

Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Badajoz. Badajoz. Extremadura. Correo electrónico: masanchezc@papps.org

Objetivos. Conocer qué valoración global del rotatorio en Cuidados Paliativos hacen aquellos rotantes en período de prácticas por el ESCP de Badajoz. Valorar si existen diferencias en la valoración en función de su estatus profesional (alumno, residente o profesional).

Material y métodos. Desde el 2004 al 2007 se solicitó voluntariamente a todos los rotantes que llenaran una encuesta de valoración de su formación por el equipo. Cada una de las variables se valoró mediante una escala Likert del 1 al 5 (de insatisfactorio a excelente). Se creó una base de datos con las evaluaciones con SPSS11.0, analizándose posteriormente sus resultados. Para conocer si existían diferencias en la valoración en función del estatus profesional del rotante, utilizamos el test de χ^2 . La significación estadística vino determinada por un p -valor $< 0,05$

Resultados. Se realizaron 97 encuestas. El 41,2% por alumnos de enfermería o medicina, el 33% por residentes de familia e interna y el 25,8% por profesionales médicos o enfermeros. En todas las variables evaluadas la valoración media superó el 4,5, siendo la mediana y moda de 5. Destacó la valoración del trato y acogida, así como la recomendación de la rotación para futuros rotantes (media 4,9). No hubo diferencias significativas en ninguno de los aspectos que evaluaban el rotatorio en general entre alumnos, residentes o especialistas.

Conclusión. La impresión general de los rotantes por el ESCP de Badajoz fue muy buena, valorando de forma excelente el rotatorio en general. Existe coincidencia en destacar como muy recomendable la rotación por Cuidados Paliativos.

P17.09 CADENA ASISTENCIAL DEL ICTUS ENTRE UN CENTRO DE SALUD, URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN

C. Iglesias Simón, R. Rodríguez Fernández y M. Iglesias Simón

Centro de salud, servicio de Urgencias y Hospitalización de Ourense. Galicia. Correo electrónico: kriskrismedica@hotmail.com

Objetivos. Conocer los tiempos de demora en las distintas fases de atención al ictus agudo para mejorar los planes de actuación en nuestro medio en estos pacientes. Contribuir a mejorar el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del ictus.

Material y métodos. Se realiza un análisis prospectivo de todos los pacientes con sospecha diagnóstica de ictus evaluados por médicos de atención primaria durante cinco meses consecutivos y el seguimiento en la cadena asistencial de su proceso. Se incluyen 33 pacientes. En cuanto a las variables se estudian los tiempos de llegada a los centros sanitarios, tiempos de realización de TAC, tiempos de ingreso, tiempos de estancia hospitalaria, tratamiento específico del ictus, diagnóstico específico del ictus, tipo de desplazamiento, etc.

Resultados. El 60% pacientes acude directamente a urgencias, el tiempo transcurrido hasta consultar excede las seis horas desde inicio de los síntomas, ninguno recibe tratamiento adecuado para ictus, 95% pacientes es atendido por médicos no neurólogos, el tiempo de ingreso, tiempo de realización de tac es muy elevado y el diagnóstico de ictus isquémico se realiza en tan sólo en el 20% casos y la mayoría de los pacientes no ingresa en planta de neurología.

Conclusión. Debemos realizar los esfuerzos necesarios para reducir los tiempos de demora con el fin de que el mayor número de pacientes con ictus pueda beneficiarse de la trombólisis y resto de medidas terapéuticas. Así, disminuiría la mortalidad y sus secuelas y se ahorrarían costes de esta enfermedad que es la segunda causa de muerte y primera de discapacidad grave del adulto.

P17.10 ¿QUÉ CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA SE RELACIONAN CON MEJORES CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA LA MEDICINA DE FAMILIA?

F. Escobar Rabadán y J. López-Torres Hidalgo

CS Universitario Zona IV 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. Conocer qué variables sociodemográficas y académicas de los estudiantes de medicina se asocian con mejores conocimientos y actitudes hacia la medicina de familia antes y después de cursar una asignatura de Atención Primaria.

Material y métodos. Diseño: Estudio “antes-después”. Ámbito de realización: Facultad de Medicina. Criterios de selección: estudiantes matriculados en una asignatura de Atención Primaria. Metodología: como variable dependiente se ha valorado los conocimientos y actitudes acerca de la medicina de familia por medio de un cuestionario diseñado ad hoc, constituido por 34 preguntas con 5 opciones de respuesta en una escala tipo Likert. El cuestionario, que también incluía preguntas relativas a características sociodemográficas y académicas de los estudiantes, fue administrado el día previo al inicio de las clases y al final de curso. Se ha valorado la puntuación en conocimientos y actitudes en función de los distintos valores de las variables sociodemográficas y académicas por medio de un análisis de regresión lineal múltiple.

Resultados. Respondieron al cuestionario 44 estudiantes (54,3% de los matriculados). La única variable que se asocia con la puntuación total del cuestionario antes de iniciar las clases era el sexo ($p = 0,004$). Sin embargo cuando se incluía en el modelo la edad como variable dicotómica (19 años vs 20 o más) y la interacción sexo-edad, estas mostraban también una asociación significativa ($p = 0,011$ y $0,031$). Al final de curso, sólo el sexo mostró asociación significativa ($p = 0,013$).

Conclusión. Mujeres y más jóvenes son los estudiantes que muestran mejores conocimientos y actitudes más favorables hacia la medicina de familia y la atención primaria.

P17.11 EXPERIENCIA EN LA REORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN ENDOCRINOLÓGIA: ENDOCRINÓLOGOS HOSPITALARIOS EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

M.A. Sarlat Ribas, E. Ortega Martínez de Victoria, M. Fuentes Riaza, A. Gaspar Lasanta, A. Bonillo Gómez y B. Álvarez Pérez

CAP Consell de Cent, CAP Magoria. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: mfriquies@yahoo.es

Objetivos de la experiencia. Exponer la experiencia que ha supuesto en un centro de atención primaria la incorporación al equipo de un especialista en endocrinología procedente del hospital de referencia.

Descripción de la experiencia. La diabetes y las enfermedades endocrinas tienen una alta prevalencia por lo que la incorporación del especialista puede ser beneficiosa. Sus funciones en el centro de atención primaria son tres: asistencial, docente y de consultoría. En el plano asistencial realizó 70 visitas mensuales, acudiendo semanalmente al ambulatorio. La distribución de las visitas en función del motivo de derivación por parte del médico de familia fue: diabetes 27%, hipotiroidismo 31%, patología nodular de tiroides 14% otros 28%. Se consensuaron motivos de derivación y criterios de derivación normal o urgente. A nivel docente se realizaron 8 sesiones en función de los principales problemas de salud, motivos frecuentes de derivación, novedades farmacológicas y propuestas de los médicos de familia. La actividad docente se complementó con la posibilidad de realizar rotación por la consulta de endocrinología. La actividad consultoría consiste en la discusión de casos de forma individual o en grupo, y se realizó con periodicidad semanal (una hora/semana), disponiendo de la posibilidad de consulta vía e-mail.

Conclusiones. La oportunidad de contar con especialista consultor en el centro permite una mayor agilidad en la resolución de casos, mayor oferta formativa, y coordinación con la atención especializada hospitalaria.

P17.12 FORMACIÓN EN TÉCNICAS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICAS DURANTE LA RESIDENCIA MEDIANTE UNA AGENDA PROPIA

M. Buela Castell, M. Arias Moliz, M. Senan Sanz, J. Bayo Libre, F. Cano Sanz y J. Aoz Linares

EAP El Clot. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: marta_buela_castell@hotmail.com

Objetivos de la experiencia. Formación intensiva en técnicas diagnóstico-terapéuticas mediante la creación de una agenda de visitas programadas para los residentes (MG-RESIS).

Descripción de la experiencia. Los residentes de tercer año reciben talleres de formación fuera de su horario asistencial por parte de tutores expertos en las distintas técnicas: infiltraciones articulares con corticoides, AMPA

(automedida de la presión arterial), MAPA (monitorización ambulatoria de la presión arterial), ITB (índice tobillo brazo), Retinografía con cámara amidriática, Crioterapia con nitrógeno líquido, curetaje de lesiones cutáneas. Las primeras técnicas se realizan bajo supervisión de los tutores con un feed-back continuo. Se crea una agenda específica para residentes donde se citan pacientes derivados por su médico tras una orientación diagnóstica inicial. Cada residente tiene un día a la semana asignado. La agenda se distribuye en tres partes: MAPA, crioterapia y sucesivas (resto de técnicas). De enero a junio del 2008 se han realizado 258 visitas: 64% crioterapia de lesiones cutáneas como verrugas, acrocordones, queratosis seborreicas y queratosis actínicas; 10% AMPAS; 8% MAPAS; 8% retinografías; 5% infiltraciones; 3% ITB; 2% vuretajes.

Conclusiones. La experiencia es valorada positivamente por los residentes que consideran que la formación recibida y la creación de una agenda donde poner en práctica lo aprendido, les aporta autonomía y seguridad. Los usuarios y el equipo se benefician de la reducción en el número de derivaciones a otros especialistas, gracias a la realización habitual de estas técnicas en el centro.

Sesión 18

Jueves, 20 de noviembre. 17.00-18.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Salud mental y neurológica

P18.01 ¿SOMATIZAMOS NUESTROS ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES?

M. Gili Riu, M. Valls Domínguez, Y. Herreros Herreros, M. Arilla Tamayo, R. Gibert Bosque y A. Zurita Diestre

ABS Numancia. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: mgili@terra.es

Objetivos. Analizar la somatización del estrés del paciente trabajador y ayuda médica.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Centro de salud urbano. Muestra aleatoria 155 trabajadores. Medidas: Screening de Trastorno de Somatización (STS) de Othmer y Souza, edad, sexo, Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE) nacionalidad, capacidad de adaptación a los cambios, Incapacidad Transitoria (IT) y medicación.

Resultados. 63,2% mujeres, edad media 42 años, 75,5% española, 15,82% hispanoamericana. Screening trastorno somatización: 29,7% positivo STS(+). Se observan diferencias estadísticamente significativas en los siguientes: respecto STS(+) y sexo ($p = 0,012$) (36,7% H, 17,5% M); respecto AVE y STS(+) ($p = 0,000$) (30%R = 17,4%, 50%R = 34,8%, 80%R = 47,8%); respecto STS(+) y capacidad de adaptación ($p = 0,000$) (estrés: 56,6% STS(+), 23,9% STS(-); respecto STS(+) y toma de medicación ($p = 0,000$) (fármacos: 45,7% STS(+), 18,3% STS(-); respecto STS(+) y número de visitas médicas ($p = 0,014$) (visitados en el último año: 58,7% STS(+), 36,7% STS(-)). Se observa cierta tendencia a mayor STS(+) en la población hispanoamericana ($p = 0,089$) (STS(+): 26,5% españoles, 42,9% hispanos). No se observan diferencias respecto STS(+) e incapacidades temporales ($p = 0,155$).

Conclusión. Casi un tercio de nuestros pacientes trabajadores dan positivo en el screening de trastorno de somatización. El perfil de somatizador es una mujer hispanoamericana con muchos cambios vitales estresantes y con un 80% de riesgo de enfermar por estrés. La mayoría de somatizadores cree tener estrés y dificultad de adaptación a los cambios vitales, habitualmente toman medicación ansiolítica- antidepresiva y realizan más consultas médicas.

P18.02 APPLICABILIDAD DE LOS TEST DE CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

T. Lorente Aznar, F. Olivera Pueyo, M. Rodríguez Torrente, S. Benabarre Ciria, B. Soláns Aisa y E. Puyol Rami

UD de MFyC de Huesca. Huesca. Aragón.
Correo electrónico: tlorente@teleline.es

Objetivos. Evaluar el rendimiento diagnóstico de los principales test de cribaje cognitivo usados en Atención Primaria: Mini-Examen Cognoscitivo (MEC), Test del Reloj (TR) Test de Fluencia Verbal (TFV), y Test del Informador (TI). Calcular la concordancia entre ellos y su validez como pruebas de despistaje. Adicionalmente, estimar la prevalencia de deterioro cognitivo (DC) en ancianos.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Se estudian 293 participantes de ambos性, mayores de 64 años, seleccionados mediante muestreo aleatorio sistemático. Marco muestral: base de datos de Tarjeta Sanitaria Individual. Ámbito provincial. Mediciones: Variables sociodemográficas básicas, y exploración del DC con MEC, TR, TFV y TI. Estadística descriptiva, análisis de concordancia y valores de validez y curvas ROC.

Resultados. En función del MEC y los diagnósticos previos, la prevalencia de DC es: 18,1% (IC 95%: 15,3 a 24,4%). La concordancia del MEC con el resto de los tests de cribaje es moderada: con el TR kappa = 0,40, con el de TFV: 0,33, con el TI: 0,36. La concordancia global del conjunto de los test cognitivos es moderada-baja: Kappa (Jackknife) = 0,35 (IC 95%: 0,269 a 0,444). Considerando patrón de oro al MEC junto al diagnóstico previo de DC, el TR presenta una sensibilidad: 78,3% y especificidad: 76,9%, el TFV: 80% y 70,0% respectivamente y del TI: 76,7% y 71,4% respectivamente. El área bajo la curva ROC del TFV es significativamente superior al resto.

Conclusión. La concordancia entre los distintos test de cribaje cognitivo es tan sólo moderada. Respecto a la validez, el TFV es el que mejor rendimiento diagnóstico presenta.

P18.03 CARACTERÍSTICAS DE LAS CEFALEAS QUE CONSULTAN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Ruiz Núñez, C. León Rodríguez, J. Castillo Obeso, L. Cossío García, J. Izurieta Gil y M. Lassalle Ortiz

Servicios de Urgencias de Atención Primaria, Servicio Cántabro de Salud. Santander. Cantabria.

Correo electrónico: mruiznunez@hotmail.com

Objetivos. Conocer los tipos de cefalea que consultan en los SUAP, determinar si los pacientes migrañosos tienen "conciencia de enfermedad" y si habían consultado previamente con su médico.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal con recogida de datos prospectiva durante 10 meses en los SUAP, sobre una población consultante por cefalea. Se captaron 149 pacientes a los que se les aplicó la clasificación de la International Headache Society para diagnosticar la cefalea, incluyéndose para el estudio aquellos que cumplían criterios de migraña y de cefalea tensional. Por cada paciente se cumplimentó un cuaderno de recogida de datos diseñado para el estudio. Se valoró si habían consultado previamente por cefalea, y si el paciente tenía "conciencia de enfermedad" en los casos de migraña.

Resultados. 149 pacientes consultaron por cefalea. De ellos, el 79% fueron mujeres y el 21% varones, con una media de edad de 43 años. El diagnóstico de migraña fue el más frecuente (72%; de ellas el 22% fueron migraña con aura), seguido por la cefalea tensional (20%). El 21% de los pacientes migrañosos manifestó no haber consultado a su médico de Atención Primaria por su cefalea. El 27% de ellos no tenía "conciencia de enfermedad".

Conclusión. La migraña es el motivo de consulta por cefalea más frecuente en los SUAP. A pesar de que es altamente invalidante, muchos pacientes no habían consultado previamente a su médico, quizás por la percepción que estos tienen sobre su dolencia ("conciencia de enfermedad"), puesto que muchos migrañosos, no consideraban que su cefalea fuese una enfermedad.

P18.04 PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN MUJERES PUÉRPERAS DE UNA CIUDAD DE TAMAÑO MEDIO

E. Navalón Ramón y M. Colomer Lloret

CS Ontinyent-2. Ontinyent (Valencia). Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: olimpicdexativa@gmail.com

Objetivos. Estimar la prevalencia de patología psiquiátrica en mujeres puérperas de una ciudad de tamaño medio (40.000 habitantes).

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo y transversal cuyo ámbito de estudio era una ciudad de tamaño medio. Los criterios de in-

clusión eran ser mujer, haber tenido un hijo de forma natural entre el 1 de octubre de 2006 y el 31 de marzo de 2008, que dicho hijo formase parte del cupo de cualquiera de los pediatras que prestan sus servicios en los centros de salud de la ciudad. El único criterio de exclusión era que el primer contacto con Atención Primaria se hubiera producido antes del año inmediatamente anterior al parto. Fueron incluidas 545 mujeres, de las que 143 quedaron fuera de la investigación por cumplir el criterio de exclusión, por lo que fueron investigadas 402 mujeres. La variable principal era haber tener activo algún diagnóstico psiquiátrico desde el momento del parto hasta el día 42º después del parto. Para ello se consultaron las historias clínicas informatizadas de Atención Primaria.

Resultados. Hubo 49 mujeres con diagnósticos psiquiátricos, de las cuales en 28 el diagnóstico era de estado de ansiedad no especificado. El resto de trastornos presentes en las mujeres puérperas presentaba frecuencias muy bajas.

Conclusión. Más de un 10% de las puérperas de una ciudad de tamaño medio presentan un trastorno psiquiátrico, de las cuales más del 50% tienen ansiedad.

P18.05 LA IDEACIÓN SUICIDA EN URGENCIAS

F. Varela Ruiz, F. González Márquez, J. Fernández Sosbilla, S. Taboada Prieto y M. Peña Capuz

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla). Andalucía. Correo electrónico: florenciogonzalezmarquez@gmail.com

Objetivos. La patología psiquiátrica atendida en urgencias es frecuente, siendo cada vez más numerosas la asistencia por ideación autolítica. Nuestro estudio pretende describir la asistencia y cuidados que precisan dichos pacientes.

Material y métodos. Se trata de un hospital comarcal, sin especialidad en psiquiatría, con más de 90.000 urgencias anuales. Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo, analizamos las urgencias atendidas en el primer trimestre del 2008, excluyendo las urgencias pediátricas. Para el análisis de resultados utilizamos el programa SPSS versión 15.00, usando la prueba Chi-cuadrado para variables cualitativas.

Resultados. La patología psiquiátrica supone el 1,8% (N 587) del total urgencias atendidas (N 31000), una mediana de edad de 37 años, percentiles 25-75 (26-48), por sexo el 42,8% hombres, el 57,2% mujeres, el 69,8% supone trastornos de ansiedad, 19,4% intoxicaciones por tóxicos, separando 9,7% debido al intoxicación etílica y 1% otros diagnósticos. El 15% manifiestan ideación autolítica, siendo el 59,5% secundario a ingesta de benzodiacepinas ($p < 0,005$), precisando ingreso en unidad de estancias cortas el 45,3% ($p < 0,005$) y observación el 37,5% ($p < 0,005$), con una mediana de 26 horas, trasladándose a otro centro para valoración psiquiátrica el 77,6% frente a los que no manifiestan ideación autolítica que son altas a domicilio en 92,6% ($p < 0,005$).

Conclusión. El gesto autolítico atendido en urgencias es un motivo de consulta cada vez más frecuente, siendo población joven, sin diferencias de sexo, hallando la ingesta medicamentosa por benzodiacepinas el mecanismo más utilizado, precisando vigilancia médica durante un tiempo prolongado para descartar complicaciones orgánicas y posterior valoración por especialista.

P18.06 INTERVENCIÓN COMUNITARIA PILOTO EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD FRENTA A LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE UN CENTRO ESCOLAR

R. Vilchez Ortega, C. de Ugarte Hernández, D. Manso López, P. Cordero Puebla, J. Lesmes González y A. Vigil-Escalera Villaamil
CS Potes, Área 11. Madrid. Comunidad de Madrid. Correo electrónico: tcampillos@netscape.net

Objetivos de la experiencia. Objetivo principal: mejorar la salud y la calidad de vida de los adolescentes de 12 a 16 años de un centro escolar. Objetivos secundarios: capacitar a los padres y profesores para comprender y detectar trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en los adolescentes; conocer la prevalencia de adolescentes en situación de riesgo; capacitar a los adolescentes para mantener conductas saludables y fomentar su resistencia y desarrollo personal.

Descripción de la experiencia. Los TCA en adolescentes son uno de los problemas emergentes en salud más importantes de los últimos años. Este hecho y el alto impacto económico justifican el siguiente programa de

salud en población escolar. Diseño: intervención grupal educativa para prevención primaria y si se detecta riesgo prevención secundaria. Participantes: adolescentes entre 12-16 años de un centro escolar. Padres y profesores. Grupo de intervención del área: médico, psicólogo, trabajador social y enfermera. Estrategias e intervención: capacitar a los padres mediante folletos informativos; capacitar a los profesores mediante participación en el diseño y actividades educativas, capacitar a los escolares mediante diferentes actividades premiando las 5 mejores.

Conclusiones. Evaluación de resultados: corto-medio plazo: estudio descriptivo de doble corte, antes y después de la intervención; una encuesta de salud para los propios alumnos de forma codificada y voluntaria. Efectividad del programa y prevalencia del riesgo. Largo plazo: estudio descriptivo transversal para comparar prevalencia de adolescentes en riesgo entre el año inicial y a los cinco años desde su aplicación. Satisfacción alcanzada por padres e hijos, mediante encuesta (información cualitativa). Test de conocimientos alcanzado por los alumnos (cualitativa y cuantitativa). Porcentaje de participación de padres y alumnos.

P18.07 PACIENTES QUE NO ACUDEN A PRIMERA CITA A SALUD MENTAL, UN ESTUDIO RETROSPETIVO

F. Caro Rebollo, M. Cay Auría, M. Alastuey Aisa, P. Peralta Nadal y L. Ferre Saiz

USM Torrero; CS Torrero-La Paz. Zaragoza. Aragón. Correo electrónico: lolacauria@hotmail.com

Objetivos. La no asistencia a la primera cita USM tras la derivación realizada tiene varias consecuencias. No existen datos sobre la importancia de la inasistencia ni las características de estos pacientes. Conocer el volumen y las características de los pacientes derivados a una USM que no acuden a su primera cita. Documentar las variables relacionadas con la inasistencia.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de todas las derivaciones en un periodo de 12 meses mediante revisión de volante de derivación y notas administrativas. Cuando fue posible se realizó tablas de contingencia y comparación de medias con los pacientes que sí asistieron a su cita.

Resultados. De las 879 derivaciones, no asistieron a su primera cita 130 personas (14,7%). La edad media de los no asistentes fue similar a la de los asistentes (42,9 y 43,1 años respectivamente). La proporción de varones no asistentes fue mayor que la de los asistentes (39,2% vs 27,5%). Los pacientes de fuera de zona presentaron un menor porcentaje de inasistencias (5,9%) que los de CS A (15,2%) y CS B (18,3%). Los que no asistieron fueron citados significativamente más tarde que los que asistieron ($78,5 \pm 45$ y 51 ± 54 días respectivamente) siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Conclusión. El 14,7% de los pacientes no acuden a su primera cita en una USM. Las mujeres y los pacientes de fuera de área presentan una menor inasistencia. Un tiempo de espera mayor puede favorecer la no asistencia a la primera cita, ser un epifenómeno de la dificultad de establecer la cita, o ambas.

P18.08 TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS MEDIANTE PSICOTERAPIA BREVE EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Reverte Asuero y F. López López

CS Vicente Muñoz, Área 4. Madrid. Comunidad de Madrid. Correo electrónico: cra@reverteasuero.e.telefonica.net

Objetivos de la experiencia. A. Mejorar la evolución clínica de los trastornos del ánimo mediante tratamiento psicoterapéutico, proporcionando un tratamiento precoz en el EAP. B. Reducir el tiempo de incapacidad transitoria en pacientes activos. C. Disminuir el número de derivaciones de pacientes con trastornos del ánimo a salud mental. D. Controlar la respuesta al tratamiento farmacológico. E. Medir la satisfacción de los pacientes al alta.

Descripción de la experiencia. Existe controversia sobre la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos breves frente a los farmacológicos. Hay poca experiencia del beneficio de la psicoterapia de orientación dinámica en AP y de derivación interna de pacientes en el centro de salud a este tipo de tratamientos. Nuestra propuesta sugiere que es posible realizar psicoterapia en AP. Los médicos del EAP remiten a psicoterapia individual los pacientes con trastornos afectivos que cumplen criterios de inclusión. El tratamiento consta de 16 sesiones (4 meses) de 30 minutos que inclu-

yen: encuadre, objetivos del tratamiento, alianza terapéutica, relación transferencial, evaluación y 2 sesiones de seguimiento y control a los 3 y 6 meses.

Conclusiones. 1. Se produce mejoría clínica valorada por la escala de Hamilton para la depresión, en los pacientes sometidos a intervención combinada con PST y tratamiento farmacológico. 2. Los pacientes, mediante encuesta autocumplimentada, valoran positivamente la intervención. 3. Disminuye el tiempo de IT y el número de derivaciones a SM.

P18.09 VALORACIÓN DE LA ACTUACIÓN FRENTA A PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ESTACIÓN DE DEPORTES DE INVIERNO

E. Gutiérrez Pérez, P. Casado Romero, A. Guiote Torres, N. García García, M. Ruiz del Valle Linares y M. Fernández Gil

CS Sierra Nevada. Granada. Andalucía.

Correo electrónico: woselina@yahoo.es

Objetivos. Valorar en función de serie de variables la derivación a Hospital de pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE) que han practicado deporte de montaña. Cuantificar secuelas en aquéllos que no utilizaron casco con el fin de fomentar el uso del mismo.

Material y métodos. Estudio descriptivo longitudinal prospectivo. Ámbito de realización: Centro de Atención Primaria de estación de deportes de invierno, temporada 2006-2007. Criterio de selección: todo paciente que consulta por golpe en cabeza. Tamaño muestral: 79. Variables: Edad, género, deporte, casco, síntomas, focalidad, evolución, Glasgow, derivación, radiología, secuelas.

Resultados. De 79 pacientes con edad media de 30 años, 41 practicaban esquí, 30 snowboard y 8 otros deportes. Sólo usaron casco 14. El síntoma más frecuente fue cefalea (44,3%), seguido de amnesia (36,7%), pérdida de conocimiento (32,9%) y vértigos (31,6%). 9 presentaban focalidad neurológica. El 36,7% presentó otra lesión asociada. Al 43% se le realizó radiografía craneal o cervical. Un 82,3% permaneció en Observación menos de 2 horas, un 15,2% entre 2-4 horas, y un 2,5% entre 4-6 horas. Se derivó a Hospital a 36 pacientes (por lesiones asociadas, sintomatología persistente, Glasgow < 15); a 25 se les realizó TAC craneal que en todos fue normal. A las 8 semanas, en 6 de ellos persistían síntomas neurológicos derivados del TCE. Una paciente había fallecido a consecuencia del mismo. Sólo uno de éstos llevaba casco.

Conclusión. Con buena evolución durante la estancia en el Centro, Glasgow de 15 y sin lesiones graves asociadas, podemos evitar derivación a Centro Hospitalario. Es preciso fomentar el uso del casco en deportes de riesgo.

P18.10 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL INSOMNIO Y COMORBILIDAD ASOCIADA EN UNA MUESTRA DE PACIENTES ANCIANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

L. Domínguez Barcelona, M. Deza Pérez, J. Díaz Sahún y F.J. Guelbenzu Morte

CS Torre Ramona. Zaragoza. Aragón.

Correo electrónico: luismariano@comz.org

Objetivos. Identificar el tratamiento farmacológico actual y comorbilidad médica y/o psiquiátrica del insomnio en pacientes mayores de 65 años en un Centro de Atención Primaria.

Material y métodos. Estudio transversal, descriptivo, a partir de una muestra aleatoria de 150 pacientes, en un Centro de Atención Primaria, del total de pacientes mayores de 65 años con un episodio de insomnio en el sistema informático OMI-AP 6.0. Los datos han sido obtenidos entre el 1 de enero del 2003 y el 31 de enero de 2008.

Resultados. Muestra de 150 pacientes (mujeres: 64%; hombres: 36%) mayores de 65 años (65-74 años: 44,7%; 75-84 años: 40%; 85-99: 15,3%). El tratamiento farmacológico mayoritario es benzodiacepíncio (84%), seguido del hipnótico no benzodiacepíncio (45,3%) y antidepresivo (17,3%). La comorbilidad psiquiátrica aparece en un 68% del total de la muestra, donde el trastorno depresivo representa: 47% y trastorno ansioso: 35,2%. Un 10% de la muestra realizó interconsulta a Salud Mental. La comorbilidad médica destacadas: Hipertensión arterial (69,3%), Alteración del metabolismo lipídico (44,7%), alteración del aparato locomotor y/o enfermedad reumática (43,3%). La duración del tratamiento farmacológico en el 54% muestral ha sido mayor de un año, frente al 10% con duración menor al mes.

Conclusión. Destaca el mayor número de mujeres de la muestra pesar de ser una selección aleatoria. Un número importante de casos de insomnio podría ser secundario a la comorbilidad asociada. Existe una importante utilización de benzodiacepinas frente al resto de fármacos. Resulta llamativa la utilización de tratamientos benzodiacepinicos en esta población durante períodos de tiempo prolongados a pesar de los posibles efectos secundarios.

P18.11 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DETERIORO COGNITIVO EN GENTE MAYOR

L. Romera Liébana, J. Segura Noguera, V. Morales Zamudio, C. Garro, N. Bastida y S. Lancho

CAP Dr. Lluís Sayé (ABS Raval Nord). Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: lauraromera@yahoo.es

Objetivos. Cribado mediante aplicación de Minimental en una comunidad de pacientes > 65 años e identificación de factores de riesgo asociados.

Material y métodos. Estudio transversal de un Área Básica de Salud urbana durante un período de cuatro meses. Aplicación del Minimental sobre una muestra aleatoria de una población > 65 años sin alteraciones cognitivas previamente conocidas que acudían a consultas por motivos no relacionados con quejas de memoria. Se seleccionaron como variables: HTA, DM, cardiopatía, accidente vasculocerebral, depresión y dislipemia, así como nivel educacional y ocupación laboral.

Resultados. Se incluyeron 111 pacientes; el 67,6% eran mujeres; la edad media fue de 76,7 años (DE: 6,49); se estableció el punto de corte < 24 como medida de deterioro cognitivo (DC). Se determinaron 11 casos nuevos (prevalencia del 10%), siendo el 50% de DC en pacientes con AVC ($p = 0,0001$) y el 15,3% con HTA ($p = 0,022$); la profesión fuera de casa se relacionó significativamente ($p = 0,007$) con menos alteraciones (5,1% vs 21,8% respecto a desempeñar labores de la casa), mientras que el 14,8% de los que no acabaron la escuela primaria presentaban puntuaciones < 24 ($p = 0,013$) comparados con la nula alteración del cribado en niveles educacionales superiores. No otras significaciones en cuanto al resto de variables.

Conclusión. El cribado a través del Minimental detecta pacientes que requieren un abordaje más preciso de demencia, identificando hasta el 10% de la población mayor asintomática, incrementándose este valor hasta el 15% entre los hipertensos y el 50% con AVC. Recomendamos más estudios para confirmar que trabajar fuera de casa y el nivel educativo pueden actuar como factores protectores.

P18.12 PROGRAMA DE SOPORTE ASISTENCIAL A LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL

M. Llagostera Español, M. Torres Rusiñol, J. Monedero Boado, C. Cámara Contreras, C. Prieto Villanueva y M. León Sanromà

CAP Cornellà de Llobregat (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: mllagostera.cips@gencat.net

Objetivos de la experiencia. -Compartir el paciente en los Centros de Salud (CS) entre profesionales AP y SM para la atención de la SM potenciando las habilidades de AP para mejorar la resolución. -Dar soporte asistencial y formación.

Descripción de la experiencia. El territorio tiene 17 CS, y 3 diferentes proveedores de servicios de SM. 2007: Programa de Soporte en 12 CS, con presencia física semanal en los CS, 6 horas, de psiquiatra, psicólogo y enfermera de SM. Se ceden espacios del CS, se identifica médico y enfermera del CS referentes de SM, para coordinación. Se establecen circuitos, criterios de derivación, calendario de actividades docentes e interconsulta. Se comparte la historia clínica del CS. Para los profesionales de SM se establecen el mismo tipo de visitas que AP, se potencia la interconsulta, visitas conjuntas, de familia, y las de atención grupal. Para la formación se establecen sesiones teóricas, prácticas, de interconsulta (individual, en grupo), y rotación de referentes de AP por servicios de SM. La implantación ha sido muy variable en los CS, por causas múltiples de éstos y de los profesionales de SM. El registro de la actividad ha sido dispar (especialmente de las interconsultas). En adultos, realizadas 624 visitas (psiquiatría, 827 (psicología) y 180 enfermería SM. En infantil, 86 visitas de psicología. La mayoría de CS han realizado 1 sesión semanal de interconsulta. Se han iniciado grupos de pacientes en el 25% de los CS.

Conclusiones. La implantación del programa es progresiva y muestra grandes posibilidades de éxito.

Sesión 19

Jueves, 20 de noviembre. 18.00-19.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Formación e investigación

P19.01 LUCES Y SOMBRA DE LA ROTACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE RESIDENTES DE ESPECIALIDADES DISTINTAS A MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

G. Mora Navarro, E. Cervera Barba, R. Álvarez Nido, A. Garrido Barral, G. García Álvarez y M. Alonso Salazar

UD de MFyC del Área 11 del Servicio Madrileño de Salud. Madrid. Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: gmora.gapm11@salud.madrid.org

Objetivos de la experiencia. Conocer la formación de pregrado de los Médicos Internos Residentes (MIR) de especialidades distintas a Medicina Familiar y Comunitaria que han rotado en Atención Primaria (AP), y su opinión sobre la pertinencia y satisfacción con dicha rotación y sobre su nivel de conocimientos sobre AP.

Descripción de la experiencia. La Resolución Ministerial 15.06.2006 determina que los MIR de 18 especialidades roten en AP. Sólo el 4,5% (10/233) de los MIR de dichas especialidades, susceptibles de rotar en la unidad docente, lo han hecho. A los rotantes, se les pasó una encuesta autoadministrada con preguntas abiertas y cerradas al finalizar la rotación. En pregrado, el 50% (5) habían recibido formación teórico-práctica en AP (todos bastante-muy satisfechos ello y lo consideran necesaria), 10% (1) práctica y 40% (4) ninguna. Con la rotación, se muestran muy satisfechos el 40% (4), 30% (3) bastante y 20% (2) moderadamente. Opinan que es necesaria 60% (6), 10% (1) que no y 20% (2) que debería ser optativa. La mayoría expresa acabar con conocimientos aceptables-buenos sobre aspectos de AP (comunicación médico-paciente, razonamiento clínico, bioética, enfoque integrado, continuidad, atención a la familia y la comunidad) y aceptables-regulares sobre aspectos organizativos y mejora de la calidad.

Conclusiones. Un escaso número de departamentos hospitalarios ha aplicado la resolución. Los MIR rotantes están satisfechos y consideran pertinente la formación sobre AP en pregrado y la rotación durante la residencia. Opinan que sus conocimientos sobre AP son adecuados. Como aspectos positivos de AP destacan el enfoque integral, integrado y longitudinal; como negativo la escasez de recursos (materiales, tiempo, tecnológicos). Parece necesario potenciar la formación de los MIR sobre AP en pregrado y postgrado.

P19.02 GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN UNA UNIDAD DOCENTE

M. Torres Justribó, A. Plana Blanco, V. Laguna Rodríguez, L. Montull Navarro, M. Morcillo Gallego y C. Soler Elcacho

ABS Eixample. Lleida. Cataluña.

Correo electrónico: mtorres.lleida.ics@gencat.cat

Objetivos. Evaluar la satisfacción de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) en cuanto a la acogida y la formación recibida durante el periodo de residencia.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal mediante cuestionario anónimo autoadministrado a los residentes de MFyC al acabar su periodo formativo en junio 2007. Cuestionario con preguntas abiertas en relación a las siguientes variables: conocimientos previos de la Atención Primaria (AP), acogida en el centro de salud, expectativas, necesidades percibidas, déficits detectados, formación, grado de tutorización/apoyo en las guardias y propuestas de cambio.

Resultados. Población estudiada: n = 12,83% mujeres y 17% hombres. El 87,5% tenían conocimientos previos parciales de la AP adquiridos du-

rante la rotación en 6º curso de medicina. El 62,5% están satisfechos con su labor en el centro de salud pero descontentos con las actividades formativas ofertadas por la Unidad Docente en cuanto a frecuencia y distribución de las actividades formativas. El 75% no encontraron dificultades en su integración en el centro de salud pero el 63% manifiestan falta de apoyo y tutorización en las rotaciones hospitalarias, principalmente en las guardias. El 88% consideran que su "utilización" laboral ha sido correcta a lo largo de la residencia y adecuada al rol de personal en formación. El 90% consideran satisfactorio el modelo actual de acogida y no harían cambios.

Conclusión. Las expectativas de los residentes se cumplen, en general, de forma satisfactoria. Es necesario mejorar la planificación de los cursos de formación organizados por la Unidad Docente mediante un programa de sesiones que sea atractivo, en horario compatible, adecuadas al contexto de la AP y que permitan compartir información. Es necesario mejorar el apoyo y tutorización en las rotaciones hospitalarias y en las guardias.

P19.03 OPINIÓN DE LOS USUARIOS ACERCA DE LA PRESENCIA DE RESIDENTES EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

P. Escuer Mateu, M. Torres Justribó, L. Montull Navarro, C. Soler Elcacho, M. Morcillo Gallego y S. Mecerreyres Martín

ABS Eixample. Lleida. Cataluña.

Correo electrónico: mtorres.lleida.ics@gencat.cat

Objetivos. Conocer la opinión de los usuarios acerca de la presencia de médicos internos residentes (MIR) en las consultas de atención primaria.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal en un centro de salud urbano. Se seleccionó por muestreo sistemático 71 pacientes de las consultas de dos tutores de MIR. Se elaboró un cuestionario anónimo estructurado con preguntas cerradas de respuestas alternativas con tres posibles opciones de respuesta. Se recogieron variables socio-demográficas (edad y sexo) y se recogieron datos referentes a la opinión de los pacientes sobre la presencia de los MIR. Las encuestas fueron realizadas indistintamente por el médico o la enfermera en la consulta del médico de familia.

Resultados. Todos los pacientes respondieron al cuestionario: 35% varones y 65% mujeres. La media de edad fue de 54,6 años. El 91% prefiere que le atienda el mismo médico y al 95% no le importa el sexo del médico. El 94% no le molesta la presencia de los MIR en la consulta, el 5% sí, pero la cree necesaria para su formación y el 1% restante le resulta indiferente. El 97% cree que el MIR no entorpece la relación con el médico y el 99% declara que nunca ha dejado de expresar algo importante ante la presencia del residente. El 87% se manifiestan indiferentes ante la pregunta sobre si el paciente debería poder opinar sobre la presencia del residente.

Conclusión. La mayoría de los pacientes considera positiva la presencia de los MIR en las consultas y la cree necesaria para su formación. Nuestros pacientes se muestran mayoritariamente indiferentes en lo que se refiere a "derecho de opinión" sobre la presencia de los residentes.

P19.04 OPINIÓN SOBRE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA. DIFERENCIAS ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, HOSPITAL Y SOCIOSANITARIO

M. Kupperstein, N. Giménez Gómez, E. Jodar Hoste, M. Torres Lou, M. Gavagnach Bellsolà y A. Casagran Borrell

CAP Terrassa Sud; CAP Oest; CAP Rambla; Fundación para la Investigación; Mútua de Terrassa. Terrassa (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: mkupperstein@hotmail.com

Objetivos. La investigación biomédica es una faceta profesional apreciada y necesaria. Objetivo: conocer la opinión sobre investigación de los profesionales sanitarios y sus expectativas. Asimismo analizar las características diferenciales según lugar de trabajo (atención primaria, hospital, sociosanitario) y formación académica (licenciado, diplomado).

Material y métodos. Diseño: cuestionario autocumplimentado. Ámbito de realización: siete centros de salud, un hospital universitario y dos centros sociosanitarios. Criterios de selección: profesionales activos en noviembre 2003. Número de sujetos incluido: 432. Variables: 9 secciones teóricas (opinión, situación personal, beneficios, dificultades, expectativas, importancia, actividad investigadora, sugerencias y datos sociodemográficos) y 60 variables. Métodos de evaluación: Análisis componentes principales.

Resultados. Coeficiente alfa-Cronbach = 0,817. La solución factorial de 5 componentes principales explicó 50% de variancia total. Se repartieron

682 cuestionarios, respondieron 432 profesionales (64%). Mujeres 71%. Edad media 37 años. Ejercicio profesional medio 14 años. Destacó que el 90% reconoció querer investigar, el 88% lo consideró parte de su trabajo y el 51% investigaba. El 49% investigaba al margen de su jornada laboral, siendo esta práctica un 37% más frecuente entre médicos que entre enfermeras (IC95% 28% a 46%). El 39% publicaban en revistas. El 34% tenían proyectos activos. El 85% participaban en congresos y el 50% en actividades docentes. La mayor dificultad fue la presión asistencial. Las propuestas para potenciar la investigación se centraron en aumentar los recursos.

Conclusión. Los profesionales estudiados formaban un colectivo joven, predominantemente femenino y altamente motivado. Sobre la percepción de la investigación, su importancia, dificultades y beneficios influyen tanto el lugar de trabajo como la formación académica.

P19.05 CÓMO EVALUAR AL RESIDENTE. EXPERIENCIA DE UN SISTEMA DE EVALUACIÓN SUMATIVA EN UNA UNIDAD DOCENTE DE MFYC

E. Cervera Barba, S. Garrido Elustondo, A. Nieto Sánchez, J. García Cañete, P. Carreño Freire y M. Álvarez Castillo

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. El MSC propone la Ficha de Evaluación de Rotación como documento para la evaluación sumativa del residente. Los comités de evaluación constatan que dichas Fichas no son válidas para evaluar la competencia y calificación del residente. Para evaluar más objetivamente a cada residente, en nuestra UD incorporamos nuevos indicadores desde hace cuatro años.

Descripción de la experiencia. Cercana la evaluación anual se solicitan las Fichas de Evaluación de las rotaciones y un modelo de Memoria de Actividades y Méritos en el que, visado por el tutor, el residente registra las sesiones impartidas, comunicaciones y publicaciones, y otros méritos del año lectivo. La UD procesa la asistencia a cursos obligatorios y la media de horas mensuales de guardia, para valorar el cumplimiento del programa, en base a percentiles. Los tutores de AP emiten un informe anual para valorar la actitud y los conocimientos-habilidades sobre una escala tipo Likert de cinco opciones, señalando fortalezas y oportunidades de mejora. Los tutores hospitalarios emiten una puntuación en una escala de 1 a 10, en actitud y conocimientos-habilidades. Los residentes de último año pueden cumplimentar una encuesta voluntaria anónima para expresar si considerarían Excelente a algún compañero. En el comité de evaluación se elabora un informe individual sobre el cumplimiento de los diferentes ítems, observaciones y la calificación otorgada. Dicho informe se envía a cada residente al domicilio una vez finalizada la evaluación.

Conclusiones. Las diferentes variables empleadas para la evaluación sumativa ayudan al comité de evaluación a evaluar y calificar con mayor objetividad a cada residente.

P19.06 APRENDIENDO A TOMAR DECISIONES EN MEDICINA DE FAMILIA

L. Balsalobre Arenas, M. Álvarez Villalba, C. Paíno Arteaga y M. del Cura González

CS Mendiguchía Carriche. Leganés (Madrid). Comunidad de Madrid. Correo electrónico: lbalsalobre@hotmail.com

Objetivos de la experiencia. Comunicar una experiencia docente en la rotación del residente de tercer año en el centro de salud. Secundarios: 1) Facilitar el acercamiento al proceso diagnóstico y modelos de toma de decisiones al afrontar problemas de salud. 2) Conocer estrategias para manejar y compartir con el tutor la incertidumbre.

Objetivos de la experiencia. Sesión formativa sobre modelos de toma de decisiones (reconocimiento de patrón, razonamiento inductivo y estrategia hipotética-deductiva), etapas del proceso diagnóstico y manejo de la incertidumbre. Durante dos semanas residente y tutora registraban en una planilla de forma independiente los motivos de consulta, estructurando para cada uno su ubicación en un área clínica, etapa del proceso diagnóstico en el modelo (presentación de síntomas, formación de hipótesis, diagnóstico diferencial, diagnóstico de la enfermedad, pronóstico y plan de actuación), modelo y complejidad en la actuación. Discusión del

proceso, análisis de concordancia y del grado de incertidumbre para finalizar el proceso diagnóstico.

Resultados. Se recogieron 92 motivos de consulta, excluyendo IT, prescripciones o informes de salud. En la distribución por áreas clínicas destacaron problemas infecciosos y osteomusculares, sin embargo el que presentó mayor complejidad en la toma de decisiones fue el área ginecológica. Los modelos de actuación más utilizados fueron el reconocimiento de patrones y estrategia hipotética-deductiva. La concordancia en la toma de decisiones tutor/residente fue alta.

Conclusiones. La estrategia propuesta permite al residente acercarse a modelos de toma de decisiones y herramientas para manejar la incertidumbre y tomar conciencia de lagunas en el conocimiento de ciertos problemas de salud.

P19.07 CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN RESIDENTES DE FAMILIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

M. Deza Pérez, P. Astier Penna, C. Silvestre Bustos, L. Domínguez Barcelona, A. Monreal Hijar y J.A. Martínez Millán

CS Torrero-La Paz. Zaragoza. Aragón. Correo electrónico: carmendeza@comz.org

Objetivos. Determinar la valoración global de la cultura de seguridad del paciente por parte de Médicos Residentes de Medicina de Familia (MIRMF) en el entorno de trabajo de las urgencias hospitalarias de una Comunidad Autónoma (CA).

Material y métodos. Estudio descriptivo por encuesta anónima que valora 12 dimensiones de la calidad de la cultura de seguridad del paciente. Se utiliza el cuestionario HSOPSC de la AHRQ validado en castellano. Población: todos los MIRMF de la CA.

Resultados. Número de respuestas 70 MIRMF (100%) distribuidas: R1 = 23; R2 = 23; R3 = 24. La valoración del nivel de seguridad global ha sido aceptable (53%), pobre (31%) y mala (3%); correspondiendo la valoración más baja a los R2. El 86% del global no ha notificado ningún efecto adverso en el último año. La dimensión mejor valorada es el Trabajo en equipo en el servicio (40% de valoraciones positivas); mientras que la peor valorada es la Comunicación y feedback sobre errores: 13%. Se identifican como áreas de mejora: la Plantilla insuficiente, la Respuesta no punitiva al error y la Percepción global de seguridad y no se ha identificado ningún área fuerte.

Se aprecian diferencias significativas en todas las dimensiones del estudio respecto al estudio FIS 06/1875 realizado a Médicos de Atención Primaria, resultando mejor valoradas todas las dimensiones por parte de estos profesionales, aunque el entorno de trabajo de ambos estudios es diferente.

Conclusiones. Sólo una minoría valora la seguridad global del paciente por encima de aceptable. La pésima valoración de la comunicación y feedback sobre errores muestra una cultura de seguridad inadecuada actualmente.

P19.08 EXPERIENCIA DE COOPERACIÓN ENTRE UNIDADES DOCENTES DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA PARA ALCANZAR SU REACREDITACIÓN

E. Cervera Barba, G. Mora Navarro, M. Sánchez Celaya del Pozo, L. García Olmos, E. Lozano Marín y R. Cañas de Paz

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. Para afrontar el proceso de reacreditación de las Unidades Docentes (UUDD) de una comunidad autónoma (CA), concluido en junio de 2008, los coordinadores de UUDD organizamos una experiencia de trabajo colaborativo, cuyos objetivos eran: -Consensuar líneas estratégicas comunes de mejora para alcanzar los requisitos exigidos. -Elaborar protocolos comunes para los principales procesos organizativos, evaluativos y de acreditación. -Elaborar un plan evaluativo global para todas las UUDD de la CA.

Descripción de la experiencia. El trabajo se organizó en reuniones mensuales desde septiembre 2005, con una primera parte de trabajo por grupos y una posterior puesta en común. Las actividades realizadas fueron: -Estudio inicial para conocer la situación de cumplimiento de requisitos en los centros docentes (participación del 79%). -Diseño de estrategias de mejora y de información de la situación a diferentes organismos oficiales

con capacidad de decisión, gestores, dispositivos docentes y tutores, reclamando su implicación en los procesos de mejora. -Gestión de procesos para implantar la rotación rural y las guardias en Atención Primaria y Emergencias. -Creación de protocolos comunes de acreditación y reacreditación de tutores. -Elaboración de un plan evaluativo global común, con un sistema homogéneo de evaluación a residentes y de encuestas de satisfacción de tutores y residentes. Todo ello fue aprobado por las comisiones asesoras de las UUDD.

Conclusiones. La experiencia ha aumentado la cohesión del grupo de coordinadores, ha supuesto la implantación de procesos comunes, y ha facilitado la tramitación del proceso de reacreditación y la implicación de diferentes actores involucrados para alcanzar los requisitos.

P19.09 PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA COMÚN DE ACREDITACIÓN Y REACREDITACIÓN DE TUTORES DE MFYC EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA CON VARIAS UNIDADES DOCENTES

E. Cervera Barba, A. Garrido Barral, M. Sánchez Celaya del Pozo, G. Mora Navarro, R. Cañas de Paz y J. Abánades Herranz

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. El Programa de la especialidad contempla que la Unidad Docente tenga procesos de acreditación y reacreditación de tutores. Las UUDD de MFyC de la comunidad autónoma quisimos hacer un sistema común para la acreditación y reacreditación de tutores, para homogeneizar criterios y favorecer el reconocimiento del nombramiento entre UUDD y la movilidad de tutores.

Descripción de la experiencia. Se analizaron sistemas de otras comunidades autónomas y de las diferentes UUDD, y los requisitos del Programa. Se definieron los méritos exigibles en las diferentes áreas competenciales del Programa, diferenciando si eran para la acreditación inicial o sucesivas reacreditaciones. Se tuvieron en cuenta las titulaciones, horas de formación, producción científica, méritos como docente, el proyecto docente, el informe del coordinador médico y el compromiso con la organización. Para la reacreditación, además, el cumplimiento de criterios de buena práctica en atención al individuo, la familia y la comunidad, la realización de entrevistas de evaluación formativa con los residentes, y la valoración que ellos hicieron del tutor. Se ponderaron los méritos para establecer un baremo con un punto de corte y mínimos exigidos en determinados méritos. Se elaboraron documentos explicativos, modelos de solicitud y currículum vitae, de autobaremo y de proyecto docente, tanto para la acreditación como para la reacreditación. Los documentos se sometieron a la aprobación de las diferentes comisiones asesoras y al visto bueno del organismo autonómico con competencias en formación postgrado.

Conclusiones. En la actualidad en nuestra autonomía tenemos implantado un sistema común de acreditación y reacreditación de tutores que cumple los objetivos perseguidos.

P19.10 IMPACTO DE UNA SESIÓN CLÍNICA DEL DIAGNÓSTICO DE HIPERPARATIROIDISMO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

E. Rodríguez Soler, M. Vergara Alert, N. Gimferrer Artigas, M. Navarro, M. Meineri y E. Sequeira Aymar

EAP Capse Rosselló. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: erodrigu@clinic.ub.es

Objetivos de la experiencia. Analizar el impacto de una sesión clínica de carácter docente impartida en una centro de Atención Primaria sobre "diagnóstico del Hiperparatiroidismo" valorando los casos nuevos diagnosticados por el médico a partir del día de la formación. Experiencia realizada en dos centros de atención primaria de ámbito urbano con cobertura poblacional de aproximadamente 70.000 habitantes.

Descripción de la experiencia. Se revisa historia clínica de pacientes con antecedente de hiperparatiroidismo en los últimos 8 años, analizando qué profesional ha contribuido en el diagnóstico. Se observa que de los 55 pacientes con hiperparatiroidismo 40 habían sido diagnosticados por reumatólogos, endocrinólogos o médicos externos a su médico de familia. Se prepara e imparte sesión sobre sospecha clínica y diagnóstico del hiperparatiroidismo a los médicos de familia del centro. A los seis meses se re-

coge los nuevos casos y se objetiva un aumento del número de diagnósticos realizados por el propio médico de familia.

Conclusiones. La sesión clínica sobre la detección y diagnóstico del hiperparatiroidismo resultó en un aumento del número de casos diagnosticados por el propio médico de familia.

P19.11 DOCENCIA PARA DISMINUIR LA LISTA DE ESPERA A ESPECIALIZADA

M. Andreu Miralles, S. Bel Pla, A. Cereijo Thomas, O. Domínguez Guillamón, O. Peral Alonso y N. Martín Andrade

ABS Amposta. Amposta (Tarragona). Cataluña.

Correo electrónico: 31170mam@comb.es

Objetivos de la experiencia. Aumentar los conocimientos en dermatología, tanto de médicos de familia como de enfermería. Disminuir con ello la derivación a especializada. Animar a los profesionales de Atención Primaria a empezar a contemplar la posibilidad de realizar cirugía menor en el centro. Diagnosticar más patologías que puede asumir el médico de familia y no tener que derivar, así aumentamos la satisfacción del profesional y del paciente.

Descripción de la experiencia. Viendo el aumento de la lista de espera de nuestra dermatóloga de referencia, la responsable de formación pensó en organizar una Jornada en Dermatología, la primera, con una duración de todo el día, y para incentivar a los profesionales se ha solicitado la acreditación, en esta jornada se cuenta con la intervención de diferentes docentes con amplia experiencia, participa la Dermatóloga de referencia con el tema criterios de derivación, después un taller de lesiones eritematodescamativas, otro tema que es cabello y uñas por su alta frecuencia de consultas, y introducción a la cirugía menor, todo ello por docentes acreditados de la Sociedad Catalana de Medicina de Familia, con casos prácticos y videos, además de examen tipo tests de 30 preguntas con multirrespuesta para la acreditación y un cuestionario de satisfacción sobre la jornada.

Conclusiones. Es una buena manera de incentivar a los profesionales, y disminuir la derivación a especializada y aumentar la satisfacción del paciente, por menor trámites burocráticos administrativos y es tratado por su médico de familia, y del profesional por realizar una medicina integral y más resolutiva.

P19.12 COMPETENCIAS MÉDICAS OPTIMIZACIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

C. Cervantes Guijarro, J. Sevanne, G. Acosta, R. Ordovás y F. Mera Menéndez

Áreas 1, 2 y 7 de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud. Madrid. Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: carmilucervantes@gmail.com

Objetivos de la experiencia. El proceso de aprendizaje en muchas escuelas de medicina, está basado en un sistema predominantemente memorístico, que no ha dado suficiente cabida a la reflexión e incorporación de nuevos campos que permitan acercarnos al entorno del paciente y comprender su problemática social que puede ser generador de patologías. Por este motivo propongo una visión diferente que tiene como objetivo mejorar la relación del médico de familia con el paciente.

Descripción de la experiencia. Las competencias médicas son características individuales que pueden medirse, demostrarse de modo fiable, significativo y ayudar al médico de familia a diferenciar un desempeño excelente de uno adecuado o entre un desarrollo eficaz de uno ineficaz durante la consulta médica. Se ha seguido lineamientos de la Federación Mundial de Escuelas de Medicina y Concilio de Acreditación de Medicina Continuada; para integrar los conocimientos adquiridos durante la carrera de medicina y movilizarlos en situaciones reales. Se realizó una encuesta a un grupo piloto de residentes de familia, para conocer el grado de conocimiento sobre su formación durante su residencia y como aplicarlos en el desarrollo de la consulta, cuyo resultado nos indicó que el conocimiento de las competencias médicas potencia sus habilidades, mejora su perfil profesional y su relación médico-paciente.

Conclusiones. Como conclusión, esta nueva visión de competencias médicas permite aplicar los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera y la residencia, para conseguir un perfil profesional renovado y generar un proceso continuo de aprendizaje para mejorar la relación médico-paciente.

Sesión 20

Jueves, 20 de noviembre. 18.00-19.00 h
Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Salud mental y neurológica**P20.01 EL MÉDICO DE FAMILIA ANTE PACIENTES CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA SEVERA: EXPERIENCIA DE LA ASISTENCIA A UN COLEGIO DE AUTISTAS ADULTOS**

J. Tamarit Torres, V. Martínez Avilés, F. Beltran Riquelme, M. Nieto Sánchez, J. Lafuente y M. Vivancos Albentosa
 CS San Blas. Alicante. Comunidad Valenciana.
 Correo electrónico: tamarit_jostor@gva.es

Objetivos de la experiencia. Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria a personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y a sus familiares, instaurando un programa integral realizado por un equipo multidisciplinar.

Descripción de la experiencia. Diagnóstico precoz. Cuestionario detección de riesgo autismo: CHAT y MCHAT. Atención sanitaria. Unidad de Referencia en el Centro de Salud (CS): -Responsable Unidad (Médico Familia): coordina la Unidad y relaciones con el Colegio y Atención Especializada. -Responsable Atención Cliente: asegura una atención inmediata. -Médico Familia: responsable de la atención continuada del estado de salud. Dependiendo del grado de autonomía del paciente, realiza la atención en el CS o en el Colegio/Residencia de Autistas, desplazándose semanalmente. -Enfermería: un responsable en el Colegio/Residencia que supervisa y coordina con el responsable de la Unidad. -Psiquiatra: responsable de la patología psiquiátrica. -Trabajador Social: interviene en el medio socioambiental y familiar del paciente. -Rehabilitador: preventión terciaria con programas de rehabilitación. Coordinación con Atención Especializada. Responsable en Hospital que coordina los cuidados iniciados en el CS. Por problemas derivados de tratamientos y exploraciones se precisa realizar sedación y se intenta realizar en el mismo acto varias intervenciones. Formación e investigación. Programa de atención a la familia. Apoyo psicológico e información.

Conclusiones. Las personas con TEA no reconocen los síntomas que determinan su estado de salud y no colaboran en las exploraciones físicas. Cualquier intervención se debe realizar como discriminación positiva, a través de programas que compensen al máximo sus carencias y limitaciones.

P20.02 ABORDAJE DE TRASTORNOS MENTALES LEVES DESDE LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

N. García Planas y E. Suárez Magaña
 EAP Capse Casanova. Barcelona. Cataluña.
 Correo electrónico: ngarcia@clinic.ub.es

Objetivos de la experiencia. Crear una propuesta de intervención en la vertiente de cuidados enfermeros dirigido a mejoras en la eficiencia del cuidado de pacientes con trastornos de ansiedad y depresión leve.

Descripción de la experiencia. La ansiedad y las depresiones leves son procesos frecuentes en las consultas de atención primaria y generan un volumen de visitas muy importante produciendo, en ocasiones, desconfort entre el colectivo médico. En ambos diagnósticos el trabajo de enfermería es de gran relevancia por la importancia de los seguimientos y el soporte emocional requerido por este tipo de pacientes. Se desarrolló un plan de cuidados estandarizado para la ansiedad y depresión leve utilizando la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)/Nursing Interventions Classification (NIC)/Nursing Outcomes Classification (NOC) y estructurado en el tiempo en forma de trayectoria clínica.

Conclusiones. El trabajo con planes de cuidados estandarizados asegura las actuaciones comunes a todos los pacientes que presentan estos diagnósticos y facilita los seguimientos de enfermería. Además el control por par-

te de los profesionales de enfermería mejora la accesibilidad de los usuarios a las visitas, permite dedicarles más tiempo y descongestiona las consultas médicas. Los pacientes afectados de estos trastornos han sido seguidos por profesionales de enfermería y han acudido a las consultas médicas únicamente para ajustes de la pauta de medicación o cambios en el tratamiento.

P20.03 CUIDANDO LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE SOPORTE DE SALUD MENTAL EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Leon-Sanromà y B. Agüera

EAP La Gavarra. Cornellà de Llobregat (Barcelona). Cataluña.
 Correo electrónico: 10761mls@comb.es

Objetivos de la experiencia. Acercar los profesionales de Salud Mental (SM) a un EAP, para mejorar sus habilidades y capacidad de resolución, la adecuación de los pacientes derivados y el grado de satisfacción de los profesionales.

Descripción de la experiencia. 4 profesionales de SM (psicólogo infantil, de adultos, psiquiatra, enfermero) desarrollan su tarea en el centro de AP. Ello ha implicado ubicar a estos profesionales tanto en el espacio físico, como en el espacio mental del EAP y buscar la complicidad de los distintos profesionales para resolver las tensiones generadas. Se ha dado especial importancia a la realización de sesiones de todos los profesionales sanitarios tanto de SM como del EAP para coordinarse y profundizar en casos concretos. Ventajas del programa: ambos colectivos (SM y EAP) perciben que se ha facilitado su labor y se ha agilizado proceso de diagnosticar y tratar, sienten a los profesionales del otro colectivo más próximos, y se ha logrado una mayor adecuación de los casos derivados a SM. Dificultades del programa: falta de espacio físico, diferente duración de las consultas en AP y SM, multiplicidad de tareas de los profesionales, no coincidir los profesionales al mismo tiempo (reducciones de jornada, ITs...), rigidez de la historia clínica informatizada.

Conclusiones. Acercar los profesionales de SM y EAP mejora la satisfacción de ambos colectivos y la adecuación de las derivaciones.

P20.04 CEFALEAS TENSIONALES EN INMIGRANTES, ¿MIRAMOS MÁS ALLÁ DE LA CLÍNICA?

R. Bartolomé Resano, F. Bartolomé Resano y M. Bartolomé Resano
 CS Rochapea; CS Villava; CS Ensanche. Pamplona. Navarra.
 Correo electrónico: rbartolomer@telefonica.net

Objetivos. -Identificar si difiere el perfil del paciente con cefalea tensional (CT) inmigrante vs autóctono en cuanto a diagnóstico de patología ansioso-depresiva y sus tratamientos. -Evaluar si la CT se podría usar como marcador depresivo del duelo del inmigrante (síndrome de Ulises).

Material y métodos. -Tipo: casos y controles. -Ámbito: zona de salud urbana de 26.000 habitantes. -Nivel: Atención Primaria. -Sujetos: casos: todos los inmigrantes (I) diagnosticados de CT en los últimos 3 años (n = 71; m = 57; h = 14; edad x = 37,82; s = 14,89). Controles: sujetos autóctonos (A) de la misma edad y sexo con CT elegidos al azar (edad x = 37,85; s = 14,85; homogeneidad con pruebas de normalidad sin diferencias significativas). -Mediciones: consulta retrospectiva de la historia clínica.

Resultados. Diagnósticos y tratamientos evaluados: -Depresión: I: 16,9%; A: 19,7% ($\chi^2 = 0,188$; p < 0,664); ansiedad: I: 21,1%; A: 25,4% ($\chi^2 = 0,355$; p < 0,551); antidepresivos: I: 16,9%; A: 21,1% ($\chi^2 = 0,412$; p < 0,521); ansiolíticos: I: 29,6%; A: 32,4% ($\chi^2 = 0,355$; p < 0,551); tratamiento preventivo para CT: I: 19,7%; A: 21,1% ($\chi^2 = 0,043$; p < 0,835); No se han apreciado diferencias estadísticamente significativas en ningún parámetro evaluado.

Conclusión. -Los pacientes inmigrantes con C.T. son diagnosticados de depresión y ansiedad de forma similar al resto, y llevan el mismo porcentaje de tratamientos antidepresivos y ansiolíticos. Consideramos que hay un infra diagnóstico de procesos depresivos y que prescindimos en general del contexto socio-cultural centrándonos en los aspectos puramente clínicos. -Los inmigrantes con C.T. no reciben tratamiento preventivo con más frecuencia, por lo que en la práctica los tratamos clínicamente de

forma similar. -De momento no podemos precisar la utilidad de la C.T. como marcador de Duelo del inmigrante.

P20.05 ACTITUDES SOBRE LA MIGRAÑA, SU TRATAMIENTO Y REPERCUSIONES, EN PACIENTES MIGRÁNOSOS SEGUIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA. ESTUDIO PALM-AP

V. Utrilla Mainz, J. Matías Guiu, M. Caloto González y G. Nocea Pulfer
Centro médico Cea Bermúdez. Madrid. Comunidad de Madrid.
Correo electrónico: teresa_caloto@merck.com

Objetivos. Describir la percepción que tienen los pacientes migrañosos sobre su enfermedad, el tratamiento y las repercusiones sociales y laborales.
Material y métodos. Estudio observacional transversal. 279 médicos de AP reclutaron pacientes con diagnóstico de migraña. Se recogen variables sociodemográficas, clínicas, de impacto de la migraña y un cuestionario de actitudes sobre la migraña, su tratamiento y repercusiones (respuestas tipo Likert de 5-categorías).

Resultados. Se incluyeron 1.149 pacientes: edad media 40 años, el 76% mujeres y el 71% estudian o trabajan fuera de casa. El 40,7% refieren el dolor asociado a la migraña como grave, el 54% sufren alteraciones importantes de sus actividades debido a la migraña y el 17% no pueden realizarlas. El 90% están de acuerdo en que con migraña no pueden trabajar al mismo nivel; además reduce la calidad de la vida familiar (79%) y de las relaciones sociales (77%). El 74% sienten preocupación de que el tratamiento no sea eficaz, aunque el 66% consideran que, con los tratamientos específicos para la migraña, la vida le ha cambiado considerablemente (89% entre los pacientes que toman triptanes). Además el 71% creen que la migraña no se considera un problema de salud relevante y el 42% dicen no consultar al médico hasta que el dolor es insoportable.

Conclusión. La migraña condiciona la vida familiar, laboral y social de los sujetos que la padecen. La mayoría de los pacientes creen que no se considera una patología relevante y muchos no consultan con el médico.

P20.06 DEPRESIÓN Y RIESGO CARDIOVASCULAR

S. Gómez Pou, C. Cervantes Guijarro, G. Peláez Campos,
L. García González, M. de La Haza Calvo e I. Rodríguez Miñón
CS Villablanca; CS Artilleros; CS La Paz. Madrid. Comunidad de Madrid.
Correo electrónico: anandasil@hotmail.com

Objetivos. Analizar factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes diagnosticados de depresión.

Material y métodos. Tipo de estudio: multicéntrico, descriptivo transversal. Ámbito de estudio: población 3 Centros de Salud. Sujetos: pacientes diagnosticados de depresión (Código P76: clasificación CIAP 2 WONCA, plantilla OMI) entre enero-2005 y diciembre-2007 entre 40 y 65 años. Mediciones: edad, sexo, tensión arterial sistólica (TAS) incluida para cálculo de riesgo cardiovascular (RCV) en SCORE; índice masa corporal (IMC) actividad física, dislipemia (colesterol total < 200 mg/dl, objetivo terapéutico en el manejo de RCV), tabaquismo, diabetes tipo 2 (DM2). Para calcular RCV se utilizó tabla SCORE de las sociedades europeas sobre Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica.

Resultados. Total pacientes: 1335; 352 hombres (26,3%); 983 mujeres (73,5%); 5,6% DM2; 20,6% fumadores; con registro de IMC 29%, de los cuales 26% presentaba normopeso, 47% sobrepeso y 27% obesidad; con registro de colesterol total 61,7% con valores > 200 mg/dl, 50,5% y < 200 mg/dl 48,8%. Con registro de TAS, 80%; > 140 mmHg 10,8% y < 140 mmHg 89,1%. Con registro de actividad física, 32%; si la realizan 51,6% y no lo hacen 48,3%. Con registro de variables para cálculo de RCV con SCORE 221 pacientes (16,5%) 165 mujeres (74,6%), de las cuales un 89,8% presentó RCV \leq 5% y 10% RCV \geq 5%; 56 hombres (25,3%), de los cuales 85,5% presentó RCV \leq 5% y 14,5% RCV \geq 5%.

Conclusión. En la población diagnosticada de depresión (con registro de FRCV), no se estimó un porcentaje elevado de riesgo cardiovascular basado en el sistema SCORE

Un porcentaje elevado de pacientes no tienen registro para cálculo RCV.

Miscelánea

P20.07 ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN CON INDICACIÓN DE DENSITOMETRÍA ÓSEA SEGÚN LOS DIFERENTES CRITERIOS ESTABLECIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA Y CONCORDANCIA CON LA DEXA DE CALCÁNEO

A. Pérez Martín, E. Salvador Chevalier, M. Serrano González,
J. López Lanza, M. Izquierdo Martínez y A. Avellaneda Fernández
CS Los Valles. Mataporquera. Cantabria.
Correo electrónico: alvaroperezma@yahoo.es

Objetivos. Analizar la indicación, en población general de realizar densitometría (dexa) usando escalas basadas en factores de riesgo(FR) y la concordancia entre estas y la realización posterior de una densitometría de calcáneo.

Material y métodos. Estudio de corte transversal de todos los pacientes > 18 años atendidos por cualquier causa en una consulta de Atención Primaria durante 2 semanas (enero 2008). Se han aplicado los criterios de indicación de densitometría de la Organización Mundial de la Salud(OMS),del Comité Internacional de Guías Clínicas en Osteoporosis (CIGCO),de la Agencia de Evaluación de Tecnología Médica de Cataluña (AETM), de National Osteoporosis Foundation (NOF), Age Body Size No Estrogen (ABONE) y Osteoporosis Index of Risk (OSIRIS). Se incluyeron 165 sujetos.

Resultados. La edad media fue de 62,84 (DE: 6,7) años,el 66,1% mujeres. Utilizando criterios OMS la indicación fue del 18,8%,presentando una media de FR de 0,2 (DE: 0,4);con criterios CIGCO fue del 67,9% (media FR: 0,97 (DE: 0,8)),con criterios AETM del 18,8% (media FR elevados: 0,53 (DE: 0,6) y moderados: 1,35 (DE: 1,09)); con NOF del 64,8% (media FR: 0,79 (DE: 0,72)); con ABONE del 58,2% (media FR: 0,86 (DE: 0,6)) y con OSIRIS del 50,3% (media FR: 1,5 (DE: 4,5)). El t-score medio obtenido en calcáneo fue de -0,49 (DE: 1,3), estando el 23,6% en rango osteoporótico. Al comparar la concordancia esta fue pobre para OMS ($k = 0,01$), CIGCO ($k = 0,11$), AETM ($k = 0,06$), NOF ($k = 0,03$) y ABONE ($k = 0,18$) y baja para OSIRIS ($k = 0,25$).

Conclusión. Existe mucha variabilidad en la indicación de densitometría según los diferentes criterios aplicados, siendo los de la OMS y AETM los que clasifican menos candidatos y los de CIGCO, NOF y ABONE los que más. Aproximadamente un 25% de los pacientes que acudieron a consulta tienen riesgo de osteoporosis según la densitometría de calcáneo, siendo la concordancia con todas las escalas muy baja.

P20.08 HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO Y DISLIPEMIAS

M. Frías López, P. Tarraga López y J. Rodríguez Montes
Zonas 5A y 6 de Albacete. Albacete. Castilla-La Mancha.
Correo electrónico: pjtarra@secam.jccm.es

Objetivos. Objetivo: Relación del hipotiroidismo subclínico con la dislipemia, fundamentalmente con la hipercolesterolemia pura.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Muestra de 100 pacientes de manera aleatoria y consecutiva, índice de confianza del 95%, con una edad superior a los 14 años, de las consultas de Atención Primaria en un Centro de Salud urbano. Se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, niveles de TSH, niveles de T4 libre, presencia de anticuerpos antiperóxidasa (ACTPO), alteraciones ecográficas, antecedentes familiares, antecedentes personales de enfermedad cardiovascular, pulmonar, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, sobrepeso/obesidad, enfermedad autoinmune, niveles de colesterol total y sus fracciones HDL-c y LDL-c, tratamiento, derivación a especialista, evolución de los niveles de TSH a los 6 y 24 meses, progresión hacia un hipotiroidismo franco.

Resultados. De los 100 sujetos, 23 (23%) presentaban hipertensión arterial, 13 (13%) diabetes mellitus tipo 2, 40 (40%) hipercolesterolemia y 23 (23%) sobrepeso u obesidad. De los 40 con hipercolesterolemia, 19 (47,5%) además hipertensión arterial. TSH, la media se situó en 6,92 \pm 2,29 5 mU/ml y de T4 libre se situó en 1,16 \pm 0,16 ng/dl. El colesterol total de 200 \pm 35,6 mg/dl, el nivel medio de HDL-c fue de 62,3 \pm 13,86 mg/dl, y el de LDL-c fue de 116,48 \pm 32,8 mg/dl. Se estableció una relación estadísticamente significativa ($p < 0,007$) entre los niveles de TSH y colesterol total, pero no así con los niveles de LDL-c ni HDL-c.

Conclusión. Hay una relación significativa entre los niveles de TSH y el colesterol total.

P20.09 ESTUDIO DE LA INDICACIÓN DE DENSITOMETRÍA ÓSEA SEGÚN LOS DIFERENTES CRITERIOS ESTABLECIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Pérez Martín, V. Pérez Marcide, J. López Lanza, M. Gago Bustamante, M. Izquierdo Martínez y A. Avellaneda Fernández

CS Los Valles. Mataporquera. Cantabria.

Correo electrónico: alvaroperezma@yahoo.es

Objetivos. Estudiar la indicación de realización de densitometría ósea según diferentes escalas basadas en factores de riesgo (FR) en la población que acude a consulta de Atención Primaria.

Material y métodos. Estudio de corte transversal de todos los pacientes atendidos en una consulta de Atención Primaria durante 1 semana (enero 2008). Se han aplicado los criterios de indicación de densitometría (deja) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), del Comité Internacional de Guías Clínicas en Osteoporosis (CIGCO), de la Agencia de Evaluación de Tecnología Médica de Cataluña (AETM), de National Osteoporosis Foundation (NOF), Age Body Size No Estrogen (ABONE) y Osteoporosis Index of Risk (OSIRIS).

Resultados. Se analizaron 101 sujetos (68,3% mujeres), con una edad media de 63,8 (DE 16,4) años. Utilizando criterios de OMS la indicación de dexa fue del 14,9%, con una media de FR de 0,15 (DE 0,35), siendo la toma baja de calcio (7,9%) lo más frecuente; con criterios CIGCO la indicación fue del 70,3% (FR: 1,01 DE 0,8), siendo la edad > 65 (52,5%) y la preocupación por la enfermedad (26,7%) los principales; con criterios AETM tenían indicación 16,8% (FR elevados de 0,56 DE 0,6 y 1,35 DE 1,11 moderados), siendo la edad (44,6%) y la falta de ejercicio (5%) los de riesgo elevado más frecuentes y el sexo femenino (68,3%) y el tabaco (10,9%) los moderados; con NOF tenían indicación el 64,4% (FR: 0,79 DE 0,76), siendo la edad (48,5%) lo principal; con ABONE el 62,4% (FR: 0,92 DE 0,68) y con OSIRIS el 58,4% (FR: 1,04 DE 4,5%).

Conclusión. La variabilidad en la indicación de densitometría según los diferentes criterios aplicados es grande, siendo los de CIGCO los que clasifican más candidatos y los de la OMS y AETM los que menos. La edad y el sexo femenino son los factores de riesgo más frecuentemente presentados.

P20.10 CÁNCER COLORRECTAL: DOS AÑOS DE EXPERIENCIA DEL CIRCUITO DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO

I. Moreno Hernández, S. Canut Caverio, J. Sanabuja i Juncadella y J. Castellví i Suaña

ABS Vilassar de Dalt-Cabrils. Vilassar de Dalt (Barcelona). Cataluña. Correo electrónico: imorenoh.bnm.ics@gencat.net

Objetivos. Conocer los resultados de la utilización del CDR colorrectal (CCR) en atención primaria (AP).

Material y métodos. Descriptivo- retrospectivo de pacientes derivados al CDR de CCR desde la atención primaria entre 2005-2007. Las variables de estudio: edad, sexo, fecha solicitud CDR, médico derivador, fecha realización colonoscopia (COL), inicio primer síntoma, motivo consulta: anemia, rectorragia, cambio ritmo deposicional, abdominalgia, diagnóstico definitivo, concordancia diagnóstica.

Resultados. 57 derivaciones de 312 (18%) (22% en el 2005/13% en 2006). El 89% derivados por médicos de familia, 65% hombres (n = 37/57), edad media 70 años (76 en mujeres, 69 en hombres). Intervalo días entre solicitud CDR -realización COL 9,5 días. El 42% consultan al mes de los síntomas en el 2005 y frente al 11% en el 2006. El 45% de las rectorragias consultan entre 0-15 días. Motivos de consulta: cambio ritmo 38,6%, rectorragia 25% y anemia 35%. Diagnósticos: neoplasia 21% (23% en 2005/17% en 2006), divertículos 26% (39% en 2005/21% en 2006), pólipos 19%, sin patología 32% (38% en 2005/17% en 2006). Concordancia diagnóstica: 21% (23% en 2005/17% en 2006).

Conclusión. Los factores de riesgo asociados al CCR: sexo masculino, edad 70 años, presentar rectorragia y/o anemia. Realización de colonoscopia: demora de 9,5 días. Concordancia diagnóstica del 21%.

P20.11 INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA EN EL PERFIL LIPÍDICO DE LOS PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO

M. Prats Julià y J. Tobías Ferrer

Hospital de Terrassa. Terrassa (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: 29665mpj@comb.es

Objetivos. Detectar diferencias clínicamente relevantes ($\geq 20\%$ en colesterol total (CT) y ≥ 15 mg/dl en cLDL) en el perfil lipídico de los pacientes con hipotiroidismo subclínico después de iniciar tratamiento sustitutivo con levotiroxina.

Material y métodos. Estudio observacional de cohortes históricas con datos apareados. Ámbito: atención primaria. Criterios de selección: pacientes con hipotiroidismo subclínico tratados con levotiroxina. Sujetos: incluidos 127, desestimados 27, estudiados 100. Variables: demográficas y clínicas, datos temporales (de diagnóstico de hipotiroidismo subclínico, de inicio de levotiroxina y de normalización de la TSH), dosis de levotiroxina administrada. Valores de TSH, perfil lipídico e índice de masa corporal al inicio del tratamiento, a los 6-18 meses de tratamiento, en el momento de eutiroidismo y en los últimos 12 meses. Métodos de evaluación de la respuesta: t-Student para datos apareados. Análisis con SPSS.

Resultados. Edad media de 61 ± 15 años, 95% mujeres. Obesidad 40%, hipertensión arterial 39%, dislipemia 37%, diabetes 10%, tabaquismo 7%, enfermedad cardiovascular 6%. No se detectaron diferencias significativas en el CT ni en el cLDL con el tratamiento sustitutivo, pero sí diferencias no significativas: CT: -4 mg/dl ($p = 0,77$) y cLDL: -10 mg/dl ($p = 0,31$) en el momento de eutiroidismo, CT: -10 mg/dl ($p = 0,58$) después de 5 ± 3 años de tratamiento.

Conclusión. El tratamiento sustitutivo del hipotiroidismo subclínico no se traduce en disminuciones clínicamente relevantes del CT, independientemente del valor de TSH previo al tratamiento. Tampoco se traduce en disminuciones clínicamente relevantes de cLDL.

P20.12 EL MAL USO Y EL ABUSO DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Velarde Mayol, O. Hugo Martín del Barco, J. Hidalgo Santos y C. del Castillo Casal

CS de Segovia I, II y III; CS de Cuéllar. Segovia. Castilla y León.

Correo electrónico: cvelardemayol@yahoo.es

Objetivos. Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son de los grupos terapéuticos más prescritos. Su prescripción terapéutica o profiláctica no se corresponde con la prevalencia de las patologías que lo justifican. Objetivo: describir las causas de prescripción y las de uso inadecuado.

Material y métodos. Estudio analítico-descriptivo de utilización de medicamentos. Ámbito: 4 centros de salud. Período: 2006-2007. Muestra: una consulta/centro. Encuesta de prescripción-indicación: octubre-diciembre 2007. Variables: sociosanitarias, IBP: tipos, indicación, tiempo de consumo, prescripción inadecuada. Estadística. Descriptiva, con su intervalo de confianza del 95% [IC95%]. Analítica: t Student, chi-cuadrado, ANOVA; Significativo (ES) $p < 0,05$.

Resultados. Total: 6041 pacientes. 26,9% [IC95% = 25,6-27,9] recibieron IBP. Mujeres: 51,8% [IC95% = 45,1-56,8], edad media 66,2 años DE = 15,5. Media por paciente consumiendo IBP: 20,9 meses. Omeprazol: 84,0% [IC95% = 82,0-85,9]. El 60,6% [IC95% = 53,6-66,4] del grupo omeprazol fue prescrito por atención primaria, restantes IBP por especialistas: 83,0% [IC95% = 72,8-93,1] (diferencias ES $p < 0,0007$ respectivamente). Encuesta: 280 pacientes. Profilaxis: 54,8% [IC95% = 52,4-65,6], Enfermedad 35,3% [IC95% = 27,6-40,4], síntomas sin diagnóstico: 7,7% [IC95% = 2,8-9,2]. La prescripción fue inadecuada en 30,0% [IC95% = 24,6-35,4] con tiempo de consumo injustificado de 15,3 meses (rango 1-80). Ranking: profilaxis mantenida, nunca indicados, sin diagnóstico. No hubo diferencia ES entre los tipos de IBP y su justificación.

Conclusión. 1. Uno de cada 4-5 pacientes recibieron alguna vez IBP. 2. Perfil: mujer de 66 años, con omeprazol durante casi 2 años, prescrito en Atención Primaria para gastroprotección. 3. El 83% de IBP no-omeprazol fue por prescripción inducida. 3. Un 30% de la prescripción estaba injustificada, fundamentalmente por una profilaxis inadecuada, manteniéndose esta prescripción durante más de un año. 4. Es preciso cumplir las guías de práctica clínica para adecuar la prescripción.

Sesión 21

Jueves, 20 de noviembre. 19.00-20.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Formación e investigación

P21.01 UN PROGRAMA PARA ENSEÑAR COMUNICACIÓN CLÍNICA BASADA EN LA PRÁCTICA REAL Y EN LA REFLEXIÓN SOBRE LA MISMA

C. Aguado Taberné, A. Yun Casalilla, M. Amian Novales, F. Sierra Duque, M. Muñoz Álamo y R. Ruiz Moral

UD de MFyC de Córdoba. Córdoba. Andalucía.
Correo electrónico: nicolasaguado@telefonica.net

Objetivos de la experiencia. El aprendizaje de comunicación es eminentemente práctico. En nuestra UD utilizamos con residentes un método PBI basado en enseñanza en pequeños grupos con monitor utilizando grabaciones de consultas reales. El objetivo fue reorientar estos grupos para incorporar al tutor del Residente a sesiones y promover la reflexión sobre la experiencia docente en el residente.

Descripción de la experiencia. Se formaron 7 grupos de 30 tutores y 30 rr. Se programaron 5 sesiones de 2 horas utilizando grabaciones de consultas reales de los residentes utilizando una metodología del tipo Problem Based Interview descrita por Gask mediante la inclusión de guías orientativas sobre habilidades de comunicación (CICAA-PC) para los tutores. Tras cada una de las sesiones el/los residente/s que había/n presentado su entrevista era/n invitado/s a completar una reflexión guiada sobre la comunicación desarrollada con el paciente y sobre la experiencia de aprendizaje tipo portafolio propuesto por CNE. Un número importante de tutores no acuden por motivos de horarios y dispersión geográfica, los que lo hacen y los RR declaran una alta satisfacción. Se aportan comentarios de las reflexiones realizadas por los RR tras las sesiones.

Conclusiones. Conclusiones: Las dificultades logísticas limitan en la práctica el desarrollo de grupos heterogéneos para impartir sesiones de entrevista clínica. Esto resalta la necesidad de realizar una formación de tutores que les permita ofrecer feedback a sus propios RR en entrevista clínica. Su desarrollo con la metodología propuesta genera altos índices de satisfacción y permiten al residente realizar reflexiones de calidad sobre su experiencia práctica.

P21.02 EVALUACIÓN FORMATIVA DE RESIDENTES EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA: PRIORIZACIÓN DE COMPETENCIAS Y DISEÑO DE TAREAS E INDICADORES COMUNES

F. Caballero Martínez, J. Abánades Herranz, P. Doménech Senra, A. Garrido Barral, R. Álvarez Nido y E. Cervera Barba

Ámbito de Atención Primaria Sermas. Madrid. Comunidad de Madrid.
Correo electrónico: jabanades.gapm04@salud.madrid.org

Objetivos de la experiencia. Priorizar aquellas competencias del nuevo Programa de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) que se evaluarán, como mínimo, a todos los médicos residentes de la Comunidad Autónoma (CA). Definir y consensuar los correspondientes indicadores y tareas que permitan su valoración objetiva y homogénea. Garantizar la participación activa de los tutores de todas las Unidades Docentes (UD) de la CA.

Descripción de la experiencia. Se convocó una Jornada de Trabajo para los tutores de MFyC de la CA, organizada por un Comité constituido por Coordinadores de UD, tutores, representantes de la Sociedad Federada a semFYC y de la Dirección General para la Formación Sanitaria de la CA. El Comité eligió a 10 tutores, para liderar el desempeño de 10 grupos de trabajo (76 tutores en total), uno por cada una de las 10 áreas competenciales del Programa. En la Jornada, cada grupo priorizó dos competencias (practicables y medibles en todos los centros docentes de la CA) y definió una metodología concreta para su evaluación objetiva (tareas e indicadores). Tras consenso estructurado grupal, se elevaron las propuestas preliminares de cada grupo para discusión y aprobación en una reunión plenaria con 125 tutores. Tras aprobación por las Comisiones Asesoras se

aplican a partir de 2008. Presentamos las 20 competencias consensuadas como prioritarias y su correspondiente Mapa de Tareas.

Conclusiones. En nuestra CA disponemos de un método unificado de evaluación formativa de residentes, acorde con el nuevo Programa de Medicina Familiar y Comunitaria, consensuado por una amplia representación de tutores y adaptado a las características de nuestro medio.

P21.03 CREACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE UN GRUPO PARA INVESTIGAR EN ENFERMEDADES HEPÁTICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

L. Caballería Rovira, M. Auladell Llorens, P. Torán Monserrat, G. Pera Blanco y L. Muñoz Ortiz

EAP Premià de Mar; Unidad de Soporte a la Investigación del Barcelonès Nord y Maresme. Premià de Mar (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: lcaballeria.bnm.ics@gencat.net

Objetivos de la experiencia. Objetivo: Crear y acreditar un grupo de investigación formado por profesionales de la Atención Primaria del Instituto Catalán de la Salud en la zona del Barcelonès Nord y del Maresme interesados en hacer investigación sobre enfermedades hepáticas.

Descripción de la experiencia. Las líneas de trabajo actuales son: -Consumo de riesgo de alcohol. -Esteatosis hepática no alcohólica (EHNA). -Hepatitis transmisibles. En nuestro ámbito hay 27 equipos que dan una cobertura a una población de 350000 habitantes. En estos momentos hay como mínimo un referente en cada uno de ellos y el grupo lo forman unas 40 personas. Estos referentes participan en la elaboración de los proyectos, en el desarrollo del trabajo de campo y en el análisis final de los resultados. Los proyectos en curso están relacionados con la EHNA; uno sobre prevalencia y factores de riesgo asociados, financiado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETES 2006) del Instituto de Salud Carlos III (PI06/90462) y otro de casos y controles financiado por el FIS 2007(PI070635). También se está llevando a cabo un estudio sobre adecuación y calidad de las ecografías abdominales solicitadas por los profesionales de la atención primaria. Otros proyectos de futuro son la detección oculta del virus de la hepatitis C mediante el análisis de diferentes estrategias, epidemiología de la infección por el virus de la hepatitis E y consumo de alcohol y fármacos en la tercera edad e inmigrantes.

Conclusiones. Conclusiones: Consolidar el grupo para el estudio de dichas enfermedades dada su alta prevalencia en la Atención Primaria.

P21.04 ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE RESIDENTES Y TUTORES: UNA HERRAMIENTA COMÚN PARA LA MEJORA DE LAS UNIDADES DOCENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

R. Álvarez Nido, E. Lozano Marín, P. Doménech Senra, L. García Olmos, F. Caballero Martínez y J. Martín Fernández

Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria del SERMAS. Madrid. Comunidad de Madrid.
Correo electrónico: roalvani@hotmail.com

Objetivos de la experiencia. Consensuar un formato de encuesta de satisfacción para las Unidades Docentes (UDD) de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) de nuestra Comunidad Autónoma (CA) que permita: -Cumplir los Requisitos Generales de Acreditación ministeriales de junio 2005. -Servir de herramienta para el Plan Evaluativo Global. -Comparar las UDD de nuestra CA.

Descripción de la experiencia. Inicialmente se realizó el análisis de la situación de partida mediante el estudio de las diferentes herramientas de evaluación-satisfacción de las UDD. En segundo lugar se revisó la normativa aplicable, las exigencias del nuevo programa de la especialidad y los criterios ministeriales de auditoría de las UDD. Con todo ello se diseñó una encuesta de satisfacción con las siguientes premisas: abarcar globalmente estructura (centro de salud, hospital asociado y UD), recursos (humanos y materiales) y proceso formativo (estancias formativas, atención continuada y formación complementaria); ser unitaria, para residentes de todas las promociones y para tutores, aunque cada uno contesta partes específicas; tener una parte nominal y otra anónima; escala de evaluación igual para todos los ítems (0 a 3); identificación de puntos débiles y fuertes y sugerencias de mejora. Sobre esta propuesta común cada Comisión Asesora podrá ampliar los aspectos que considere necesario.

Conclusiones. Se ha diseñado una herramienta común para las UDD de MFyC de nuestra CA que permitirá evaluarlas, establecer comparaciones

y facilitará la detección de áreas de mejora y la puesta en marcha de medidas correctoras.

P21.05 VALORACIÓN DE LA RELACIÓN RESIDENTE-TUTOR POR LOS RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMILIA

M. Tudela de Gea, I. Reina Nicolás, M. Guillén Torregrosa, A. Cáceres Álvarez, J. Blázquez Álvarez y G. Álvarez Sánchez

Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Murcia.
Correo electrónico: harmonia1982@hotmail.com

Objetivos de la experiencia. Conocer qué opinión tienen los residentes sobre las cualidades del tutor y residente para establecer una buena relación docente. Comparar los resultados con los de la promoción anterior.

Descripción de la experiencia. Estudio cualitativo descriptivo. Se utilizó la técnica de trabajo grupal "tormenta de ideas": cada residente de la promoción 2007-2011 de nuestra Unidad-Docente (30 en total) debía describir un mínimo de tres características deseables para tutor y residente; posteriormente se pusieron en común. Las respuestas se agruparon en los apartados: actitud personal, capacitación clínica y capacitación docente.

Resultados. Respondieron 30 residentes. El número medio de respuestas fue de 3 para tutor y 5 para residente. El ítem más valorado fue el de actitud personal con 12 características para el tutor (46% del total) y 14 para el residente (82%). El apartado clínico obtuvo 5 características para tutor (20%) y 2 para residente (11%). La capacitación docente 9 características para tutor (34%) y 1 para residente (5%). Comparando, la anterior promoción valoró más la actitud personal, tanto del tutor (54% de respuestas), como del residente (79%). La competencia clínica obtuvo un 29% tutor y 8% residente. El nivel docente un 16% para el tutor y el 12% para residente.

Conclusiones. Los resultados en ambos años son similares con pequeñas diferencias. Para ambos lo más valorado es la actitud personal positiva. Para el residente se mantiene el orden de importancia de los ítems valorados; el segundo ítem para tutor es la capacitación docente en esta promoción, y la clínica para la anterior.

P21.06 TALLER DE COMUNICACIÓN Y ENTREVISTA CLÍNICA

M. Berrio Miranda, P. Martín Moreno, M. Rupérez Larrea, A. Sánchez Zafra, A. Sánchez Valencia y M. Ramírez Romero

CS Cartuja; CS Almanjáyar. Granada. Andalucía.
Correo electrónico: correodemigue@hotmail.com

Objetivos de la experiencia. Mejora continuada de los residentes en habilidades comunicacionales.

Descripción de la experiencia. Desde hace 8 años se vienen realizando talleres formativos en habilidades comunicacionales en el centro de salud con periodicidad cada 15 días. Metodología: en primer lugar cada residente se graba en consulta. Tras visualizar este la grabación, elige tres entrevistas y tras reunión con su tutor selecciona cual va a analizar en el taller. El taller tiene una estructura definida siguiendo una metodología PBI modificada. Pueden asistir al taller todos aquellos tutores que se graban habitualmente, además de los residentes. Se inicia con la presentación por parte del moderador, del residente que va a exponer su grabación. Posteriormente el residente argumenta el motivo de elegir esa entrevista y que elementos comunicacionales quiere que se analicen en el taller. Tras visualizar la entrevista en su totalidad, se inicia un debate tanto sobre los aspectos positivos como de aquellos susceptibles de mejora. En caso necesario se visualiza la grabación tantas veces como sea preciso, para aclarar aspectos determinados. El moderador cierra el taller entresacando aspectos importantes de la reunión y conclusiones para la mejora en comunicación.

Conclusiones. Consideramos que los talleres de entrevista son un método útil para la mejora en habilidades comunicacionales de los residentes. Con esta actividad facilitamos el cumplimiento del programa docente de la especialidad. En todas las evaluaciones anuales ha sido la actividad formativa mejor valorada.

P21.07 LA IMPLANTACIÓN DEL NUEVO LIBRO DEL RESIDENTE, ¿QUÉ NOS APORTA?

H. Moreno Martos, A. Vallejo Lorencio y J. García Torrecillas

UD de MFYC de Almería. Almería. Andalucía.
Correo electrónico: partaloa@eresmas.net

Objetivos de la experiencia. -Valorar que aporta la cumplimentación del nuevo libro del residente(R). -Analizar los contenidos de los informes de autorreflexión y guías de competencias.

Descripción de la experiencia. En el 2007 se pone en marcha el nuevo libro del R y la guía de práctica reflexiva para todos los residentes que se incorporaron a la Unidad Docente un total de 17. Al inicio se programan reuniones con R y tutores, a mitad de año se hace un seguimiento de la cumplimentación y al finalizar el año los residentes aportan los diferentes informes de reflexión e informes de las guías de competencias. Las rotaciones realizadas por nuestros residentes han sido Atención Primaria, Medicina Interna y Especialidades Médicas.

Resultados. 128 informes, 66% corresponden a las estancias formativas y 34% a guías de competencias. Los R identifican que les queda por aprender: el 73% hace mención a conocimientos (repasar protocolos, enfermedades, manejo en urgencia), un 54% habilidades (exploración física, pruebas complementarias, técnicas de comunicación), sólo un 13% mencionan toma de decisiones, razonamiento clínico, autonomía, seguridad. La metodología docente que proponen los R es: un 53% proponen autoaprendizaje, realización de sesiones (20%) y búsquedas bibliográficas (20%), 47% aprendizaje en las siguientes estancias formativas (aprendizaje de campo), 9% guardias de urgencias, y 13,3% a través de talleres/cursos.

Conclusiones. El déficit de aprendizaje más detectado por los residentes es en el área de conocimientos. El autoaprendizaje es el método más frecuente que los R proponen para aprender. Estas aportaciones nos orientan sobre el plan de aprendizaje de cada residente, y la planificación de las diferentes actividades docentes de la Unidad.

P21.08 UN PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD DEL PIE DIABÉTICO: UN CAMPO DE MEJORA PARA LA CLÍNICA Y LA DOCENCIA

F. Sangrós González, F. Martín Moreno, E. Abós Olivares, J. Martínez Millán, V. Villar Sabastián y M. Peralta Nadal

CS Torrero-La Paz. Zaragoza. Aragón.
Correo electrónico: sangrconte@telefonica.net

Objetivos de la experiencia. Exponer como un proyecto de mejora de calidad (PMC) al pie diabético, aprobado por la consejería de sanidad en el 2007, ha servido para mejorar los cuidados de salud a nuestros pacientes y la docencia a médicos residentes y de plantilla.

Descripción de la experiencia. La comisión de calidad del centro de salud vertebraó el proyecto en tres fases: 1^a) Preparó un folleto informativo para todos los diabéticos que acudían a consulta médica o de enfermería con consejos de higiene y cuidado de los pies. Al mismo tiempo se impartió educación sanitaria individual. 2^a) Al menos una vez al año se explorarían los pulsos y la sensibilidad con mono-filamento de Semmes-Wesinstein y 3^a) Utilización sistemática del índice tobillo/brazo ITB) en los diabéticos de 50 a 70 años. El proyecto se presentó al personal sanitario del centro. Se realizó una sesión teórica sobre el pie diabético y dos talleres sobre el índice tobillo-brazo. En enero del 2008 se comenzó a realizar ITB. En cinco meses se ha practicado a 56 pacientes (a más del 10% del número de diabéticos esperados en esta edad).

Conclusiones. Un PMC nos ha permitido mejorar los conocimientos teóricos y conseguir que todos los sanitarios del centro de salud realicen sistemáticamente el ITB.

P21.09 ¿SE AGOTAN LOS RESIDENTES?

D. Palacios Martínez, P. Recio Díaz, M. Gutiérrez López, J. Cora Vicente y F.J. Gordillo López

CS Ciudades. Getafe (Madrid). Comunidad de Madrid.
Correo electrónico: drdpalacios@gmail.com

Objetivos. Evaluar la prevalencia del síndrome de burnout entre los residentes de una Unidad Docente de MFYC en Madrid y su evolución a lo largo del período MIR.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal realizado sobre los residentes de MFYC del área, al iniciar su 2º, 3º y 4º año de residencia (n = 51). Se utilizó el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) validado al castellano, autocumplimentado, anónimo, valorando agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP), y realización personal (RP). También se procesaron datos demográficos y año de residencia. Se realizó estadística cualitativa con los datos utilizando SPSS v14.

Resultados. Tasa de respuesta: 80%. Composición de la muestra: R2 = 21,05%; R3 = 42,11%; R4 = 36,84%. Edad media \pm DE (años): 27,76 \pm 1,60. [R2: 26,88 \pm 1,13; R3: 27,19 \pm 1,22 R4: 28,93 \pm 1,59]. Sexo femenino: 86,84%. Variables valoradas mediante el MBI: más del 70% de los residentes presentó puntuaciones moderadas o elevadas para AE y DP. El 50% de los residentes presentó baja RP. El 83,69% de los residentes presentan niveles de AE moderados o elevados. Al comparar dichas subescalas entre los años de residencia, sólo resultó estadísticamente significativo el incremento de los valores obtenidos para AE a lo largo del período MIR (AE elevado en 50% de los R4, con IC 95%).

Conclusión. El síndrome de burnout aparece ya durante el período MIR, con una prevalencia ligeramente superior al 25%. El AE incrementa su frecuencia e intensidad conforme avanza el período MIR.

P21.10 ESTABILIDAD EN LA TIPOLOGÍA DE DISEÑO DE LAS INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS PRESENTADAS EN LAS DIVERSAS EDICIONES DE LOS CONGRESOS SEMFYC

J. Pujol Salud, M. Navarro Giménez, C. Llor Vilà, A. Encinas Piñol, N. Farré Pagés y E. Peñascal Pujol

UD de MFyC de Lleida. Lleida. Cataluña.

Correo electrónico: jpujol.lleida.ics@gencat.cat

Objetivos. Describir los tipos de diseños epidemiológico utilizados en los trabajos de investigación presentados en los congresos semFYC los años 2004, 2005, 2006 y 2007, congresos del XXIV al XXVII.

Material y métodos. Se estudian todos los resúmenes publicados en los libros de ponencias de los congresos indicados y se excluyen los resúmenes correspondientes a comunicaciones de experiencias y a proyectos de investigación. Se analiza, mediante lectura activa, cada resumen de comunicación oral o póster, y se determina el tipo de diseño utilizado en cada trabajo. La determinación y clasificación del tipo de diseño se basa en el texto: Argimon Pallás, J.M.; Jiménez Villa, J. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. 3^a ed. © 2004 - Última reimpresión: 2007. ISBN13: 978848174709-6. Editado por: Elsevier.

Resultados. Se estudiaron 545 comunicaciones orales y 1348 pósters. Se hallaron diseños experimentales en el 22% de las comunicaciones orales y en el 19% de los pósters. De cohortes en el 15% y 12% de comunicaciones y pósters respectivamente. De casos-controles en el 7% y el 6%. Los diseños descriptivos fueron el 57% de las comunicaciones orales y el 62% de los pósters. No se observan variaciones en la tipología de los diseños comparando cada congreso con su precedente y posterior y tampoco comparando el XXIV con el XXVII congreso.

Conclusión. La tipología del diseño epidemiológico de los trabajos de investigación presentados a los congresos semFYC parece consolidada y no presenta evolución en su complejidad en los últimos cuatro años.

P21.11 AVANCES EN LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

M. Rojas Bolaños, G. Cámera Dorantes y A. Ojeda Sosa

Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida (Badajoz). Extremadura.

Correo electrónico: rbojanos@tunku.adyu.mx

Objetivos de la experiencia. Formación de personal competente para aplicar el modelo de atención primaria a la salud con un enfoque multidisciplinario y con perspectiva de género.

Descripción de la experiencia. Durante el 2004 una ONG feminista y dos dependencias educativas -medicina y enfermería técnica- iniciaron un proyecto colaborativo para identificar y analizar los recursos profesionales y personales de sus pasantes, para promover la participación comunitaria en el cuidado de la salud sexual con perspectiva de género y para desempeñarse en un equipo multiprofesional. Y en el personal docente, las competencias para favorecer los aprendizajes para la Promoción de la salud y el trabajo en equipo, contenidos en sus respectivos Perfiles de Egreso. Al identificar que ambos grupos se encontraban en etapa de pre-contemplación respecto a incorporar la perspectiva de género, la experiencia se reorientó básicamente, a favorecer el "aprender haciendo" técnicas y herramientas como el "diagnóstico comunitario participativo" y la "historia de abajo", que facilitaron examinar y reflexionar críticamente sobre las características de su formación -básica, clínica, epidemiológica, en investigación y en extensión- y otras vivencias personales o fa-

miliares, que permitirán o no un adecuado desempeño durante la pasantía.

Conclusiones. El ejercicio permitió compartir saberes -formales e informales- y reconocer la necesidad de desarrollar habilidades para la participación comunitaria eficaz, pero no modificó sus actitudes hacia la perspectiva de Género al considerar que la formación ética es suficiente, pese a sus contradicciones cuando justifican episodios de violencia institucional durante la atención a sexo-servidoras y/o a pacientes con VIH/SIDA, información importante para la evaluación curricular.

Sesión 22

Jueves, 20 de noviembre. 19.00-20.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Miscelánea

P22.01 PREVALENCIA EN POBLACIÓN ADULTA DE MALABSORCIÓN DE LACTOSA CON EL TEST DE METANO E HIDRÓGENO EN AIRE ESPIRADO

M. Grau Carod, A. Romagosa Pérez-Portabella, H. Segurola Gurrutxaga, S. Lancho Lancho, C. Casellas Montagut y M. González Solanellas

CAP Dr. Lluís Sayé. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: graucarod@msn.com

Objetivos. Determinar la prevalencia de malabsorción de lactosa con el test de metano-hidrógeno en aire espirado.

Material y métodos. Estudio transversal descriptivo, realizado en un centro de salud de barrio socio-deprimido con alto porcentaje de inmigración. Muestreo aleatorio de población atendida entre 19-44 años. Exclusión: embarazo/lactancia, enfermedad malabsortiva. Se incluyeron 150 individuos, respondieron 103, exclusión/abandono 47. Variables: edad, sexo, país de procedencia, consumo semanal habitual de lácteos medido por el cuestionario de frecuencia alimentaria, presencia de síntomas digestivos tras ingesta de lácteos, resultado del test de metano-hidrógeno en aire espirado. Análisis estadístico: Chi-cuadrado, ANOVA/t-Student; considerando significación estadística $p < 0,05$.

Resultados. n: 103, edad media 33,6 años (DE: 7,06), 58,3% mujeres, 61,2% inmigrantes (57% Asia, 27% América, 9,5% resto-Europa, 6,3% África). 89,2% leve o ninguna barrera idiomática. 89,2% consumían habitualmente lácteos. Media de raciones de lácteos/semanas: 11,28 (DE: 5,67); 30,6% consumen las raciones recomendadas, el 64,3% menos de las recomendadas y un 5,1% en exceso. Resultado del test: 43,7% positivo, de éstos 57,8% sólo a metano, 22,2% sólo a hidrógeno y 20% a ambos. 69,5% no síntomas digestivos tras ingesta de lácteos, 2,1% tenía dolor abdominal, 5,2% diarrea, 18,6% flatulencias, 13,4% distensión abdominal, 4,1% urgencia para defecar. No encontramos diferencias significativas entre las variables estudiadas en función de los diferentes resultados del test (negativo, positivo-metano, positivo-hidrógeno y positivo-ambos).

Conclusión. La prevalencia de malabsorción intestinal es considerablemente mayor si determinamos los dos gases y no sólo hidrógeno como es habitual. No hemos encontrado relación entre las diferentes variables estudiadas y el resultado del test.

P22.02 CALIDAD EN EL DIAGNÓSTICO Y GASTO GENERADO EN TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS PRIMARIA, EN DOS CENTROS DE SALUD

A. Revuelta Alonso, E. Tañá Merino y D. Martín Acicoya

EAP Calesas, EAP Comillas. Madrid. Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: arevuelta@ono.com

Objetivos. Valorar en dos Centros de Salud (CS) la calidad del diagnóstico y tratamiento de la Osteoporosis (OP) según criterios de la OMS. El gasto farmacéutico derivado de su tratamiento y el impacto que supondría sobre dicho gasto de la adecuación del tratamiento a las recomendaciones.

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo transversal. Ámbito de estudio: dos CS urbanos con una población de 50.000 usuarios. Sujetos: usuarios con el código CIAP de osteoporosis en su historia clínica. Criterios de exclusión: la redefinición del episodio con otro diagnóstico. Mediciones: cálculo del tamaño muestral n = 670. Se recogió la edad, sexo, índice de masa corporal, factores de riesgo para OP, T score y tratamiento.

Resultados. Mujeres: 95,57% (IC95%: 93-97), edad media: 69,77 (DE ± 10,7), (IC95%: 68,8-70,7). Diagnóstico correcto de OP: 22,5% (IC95%: 18,8-26,1), el de osteopenia: 9,8% (IC95%: 7,2-12,3) y sin criterios suficientes para llegar al diagnóstico: 67,6% (IC95%: 60-73). T Score presente en la historia en un 38,2% (IC95%: 34,0-42,4).

Conclusión. En la mayoría de los pacientes con episodio de osteoporosis, no aparecen datos que justifiquen dicho diagnóstico, ni el tratamiento. Un 9% de los pacientes con osteoporosis no reciben tratamiento y la mayoría de los pacientes sin osteoporosis sí lo reciben. Se genera un gasto global de 664.378€. Del que sólo el 22,5% sería justificable. Se necesita mejorar el conocimiento de los médicos de familia sobre los criterios diagnósticos y de tratamiento, de la osteoporosis y mejorar el registro en la Historia.

P22.03 SEGUIMIENTO DE PACIENTES DERIVADOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA PARA UN ESTUDIO DE ANEMIA

A. Encinas Piñol, F. Nicolás Sánchez, R. Sarrat Nuevo, M. González Santiveri, J. Pujol Salud y E. Peñascal Pujol

ABS Bordeta-Magraners. Lleida. Cataluña.

Correo electrónico: aencinas@comill.cat

Objetivos. Análisis de la causa de anemia derivadas de las consultas de Atención Primaria.

Material y métodos. Estudio: descriptivo transversal. Ámbito: pacientes mayores de 15 años derivados de áreas urbana y rural. Sujetos: muestra exhaustiva desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2007. Mediciones e intervenciones. Procesamiento mediante SPSS 12.0®. Para resultados: a) cuantitativos media y desviación estándar (IC 95%). b) resultados cualitativos: porcentaje e IC 95%.

Resultados. N: 46. Hombres 18 (39,1%), mujeres 28 (60,9%). Edad media 72 años (menor 32, mayor 87). Síntomas frecuentes: astenia 39,1%, palidez 19,6%, diarrea 13%, pérdida de peso 45,7%, respuesta a hierro oral 2,2%, consumo de AINES 37%, gastrectomizados 2,2%. Se realizaron: gastroscopia 67,4%, colonoscopia 69,4%, tránsito intestinal 13%. Análisis: hemoglobina 10,2 (DE: 1,18), hematocrito 33% (DE: 3,19), VCM 81 (DE 14,6), ferritina 180 (DE: 315), vitamina B12 379 (DE: 290), folatos 20 (DE: 11), transferrina 233 (DE: 87,9), INR 1,19 (DE: 0,5), calcio 9,1 (DE: 0,43), proteínas totales 7 (DE: 0,84), albúmina 3,5 (DE: 0,59), colesterol 161 (DE: 31,5), CEA 276 (DE: 823). Linfocitosis intraepitelial y anticuerpos gliadina concurrieron en 3 casos. Diagnósticos: no filiada 10, anemia de trastorno crónico 7, neoplasia 10, arteritis de la temporal 2, gastro-duodenal 10, varices esofágicas 1, linfocitosis intraepitelial 3, anemia perniciosa 1, insuficiencia renal crónica 1.

Conclusión. Las causas de anemia son diversas. Gran porcentaje de paciente sin diagnóstico etiológico. La neoplasia representa un porcentaje significativo. La anemia asociada a enfermedades inflamatorias es infrecuente. Tener en cuenta el déficit de absorción de hierro.

P22.04 RENDIMIENTO DEL MÉDICO DE FAMILIA EN LA ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL. ¿INDISPENSABLE OFTALMÓLOGO DE PRESENCIA FÍSICA?

F. González Márquez, F. Varela Ruiz, R. López Mancilla, M. Rodríguez Álvarez y M. Martínez Laserna

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla). Andalucía.
Correo electrónico: florenciogonzalezmarquez@gmail.com

Objetivos. Evaluar el rendimiento del Médico de Familia, en la atención oftalmológica de Urgencias, en un Hospital comarcal.

Material y métodos. Estudiamos los pacientes oftalmológicos, valorados en el SCCU de un Hospital Comarcal, atendido por médicos de familia, donde el Oftalmólogo está localizado, desde enero a mayo de 2008. Analizamos los diagnósticos más frecuentes al alta, el destino final de los pacientes, cuantos precisan ser valorados por el oftalmólogo localizado, y cuantos pueden demorar dicha valoración.

Resultados. Atendimos 1.182 pacientes por patología oftalmológica de 31.561 pacientes totales (3,74%). Los diagnósticos más frecuentes al alta fueron: infecciones (38,9%), cuerpos extraños (22,6%), úlceras corneales (11,9%), queratitis (8,5%), contusión ojo (4,7%), trastorno visión (3,5%), hemorragia ocular (3,2%), diplopía (1,4%) y glaucoma (0,8%). El destino final a alta fue: ingreso (0,3%), fuga (0,9%), traslado (0,3%) y alta (98,6%), derivándose a consultas de revisión de Urgencias de Oftalmología el 21% con una demora media de 7,6 días. Los motivos de derivación fueron: patología infecciosa (71%), úlceras corneales (55%), disminución agudeza visual (54%), cuerpos extraños (29%), queratitis-uveitis (19%), traumatismo-contusión ocular (7%), hemorragia ocular (6%) y glaucoma (5%).

Conclusión. No consideramos imprescindible un oftalmólogo de presencia física en un SCCU de un Hospital comarcal, si conseguimos 2 condicionantes: 1) Médicos de Familia con formación en atención oftalmológica en urgencias, con material adecuado para esta valoración; 2) Posibilidad de valoración oftalmológica en los días siguientes.

P22.05 PRINCIPALES MOTIVOS QUE DIFICULTAN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PARA LA OSTEOPOROSIS SEGÚN EL TIEMPO DESDE LA INDICACIÓN DEL MISMO (ESTUDIO ADHOS)

S. Sitjar Martínez de Sas, J. Combalía Romera y M. Ferrer Pérez

CAP Les Corts; Departamento Médico, Procter & Gamble Pharmaceuticals, Adknoma Health Research. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: mirleferrer@adknoma.com

Objetivos. Conocer los principales motivos que dificultan la adherencia al tratamiento con bifosfonatos (BF) en función del tiempo desde su prescripción.

Material y métodos. Estudio transversal, multicéntrico realizado en atención primaria (AP) en mujeres posmenopáusicas con diagnóstico de osteoporosis y en tratamiento con bifosfonatos (BF) al menos durante los 6 meses previos, en dos tipos de pacientes: no persistentes con el tratamiento (NP) y persistentes no cumplidoras según Morisky-Green (PNC).

Resultados. 422 médicos de AP reclutaron 1.756 pacientes valorables, 675 NP y 1.066 PNC. La edad media fue 66,3 años (DE = 9,1), y mayoritariamente eran residentes en área urbana (61,0%), vivían acompañadas (81,3%) y tenían estudios primarios (54,8%). La edad media al diagnóstico de osteoporosis era de 60,7 años (DE = 8,5), el 40,5% de las pacientes había presentado alguna fractura previa y el tiempo transcurrido desde la prescripción del BF era entre 1 y 5 años. El motivo más señalado en ambos grupos fue: "cansancio de tomar la medicación" (48,9% en NP vs 38,3% en PNC; p < 0,05). Para este motivo y el señalado como "la enfermedad es propia de la edad", se observó una relación directa entre el porcentaje de pacientes NP y PNC y el tiempo transcurrido desde la prescripción del BF (prueba Chi-cuadrado; p < 0,05).

Conclusión. El cansancio del tratamiento es el principal motivo de abandono y mal cumplimiento de los BF, independientemente del tiempo desde su prescripción.

P22.06 CIRUGÍA UNGUEAL EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA EN DOS CENTROS DE SALUD; UNA EXPERIENCIA DE CUATRO AÑOS Y MEDIO

F. Díaz Gallego, C. Hernández Sanz, R. Segura Borras, D. Niño Sintes, J. Casermeiro Cortes y C. Rueda

CAP Larrard. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: 30947fdg@comb.es

Objetivos. Describir la actividad en cirugía ungueal (CU) desde el 2003 en un servicio de cirugía menor (SCM) ambulatoria en dos centros de salud (CS).

Material y métodos. 2003; inicio SCM en dos CS urbanos. El responsable del servicio es un médico de familia del equipo experto en cirugía. Total intervenciones SCM 1.337; de las cuales CU 128 (9,5%): -Onicodistrofias 76 (59,3%; edad media 69): tipo intervención: extirpación total uña. Cultivo uña: 50% positivo para micosis (Candida, fusarium, trycophyton). Complicaciones postoperatorias: 1 caso infección leve. -Uña incarna- tata 52 (40,7%; edad media 38): tipo intervención: 70% extirpación parcial lateral de uña, del rodete homolateral y legrado matriz; 20% extirpación total de la uña, de uno o ambos rodetes y legrado matriz; 30% otros. Complicaciones postoperatorias: 2 casos de hemorragia leve y 3 casos de infección leve.

Resultados. Costes de CU según SLT/483/2005: Atención primaria (AP): 11.520€. Hospital segundo nivel: 18.752€. Hospital de tercer nivel: 26.777€. Porcentaje de ahorro: 62,7% y 132,4% respectivamente.

Conclusión. Los problemas ungueales tienen una alta prevalencia entre la población general y son un frecuente motivo de consulta en AP. Un elevado porcentaje no puede solucionarse de forma puramente médica y necesita de pequeñas intervenciones para hacerlo; en este estudio descriptivo se objetiva que es factible asumirlo en la consulta de atención primaria, con escasas complicaciones postoperatorias y un menor coste en comparación con las mismas intervenciones a nivel hospitalario, disminuyendo listas de espera.

P22.07 CIRUGÍA MENOR EN DOS CENTROS DE SALUD: UNA EXPERIENCIA DE CUATRO AÑOS Y MEDIO. ESTUDIO DE CALIDAD

F. Díaz Gallego, S. Barro Lugo, D. Niño Sintes, C. Hernández Sanz, R. Segura Borras y B. del Amo Monleón

CAP Larrard. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 30947fdg@comb.es

Objetivos. Describir la actividad y calidad de un servicio de cirugía menor (CM) en dos centros de salud (CS).

Material y métodos. Descriptivo retrospectivo. 2003: apertura servicio CM en dos CS urbanos dirigido por un médico de familia experto en CM. Criterios de inclusión: todos los pacientes intervenidos (798) y todas las intervenciones realizadas (1.337) entre octubre 2003-mayo 2008. Variables: Nombre, edad, sexo, diagnóstico preoperatorio, número de intervenciones quirúrgicas (IQ) por paciente, tipo de intervención, complicaciones postoperatorias (CPO), resultado anatomía patológica (AP), correlación clínico patológica (CCP) y coste intervenciones en diferentes ámbitos (SLT/483/2005). Encuesta de satisfacción del usuario (ESU) (muestra aleatoria de pacientes).

Resultados. Pacientes intervenidos: 798; 376 hombres (47%, 422 mujeres (53%). Intervenciones realizadas: 1.337. IQ por paciente: 1 IQ 614 (76,9%); 2 IQ 82 (10,2%); ≥ 3 IQ 102 (12,7%), edad media: 52 años. Rango: 14-86. Diagnósticos: 244 acrocordones (18,2%); 304 Quistes epidérmicos (22,7%); 109 queratosis seborreicas (8,15%); 128 Cirugía ungueal (9,4%); 145 nevus (10,8%); 35 lipomas (2,6%); 78 fibromas (5,8%); 44 dermatofibromas (3,2%). 250 Otros (18%). Exérésis con bisturí eléctrico: 284 pacientes (35,5%). CPO: 3%. CCP: 85% (literatura 80%). Coste total CAP: 120.330€. Hospital Comarcal: 195870 E; Hospital 3^{er} nivel: 279.700,4€.

Porcentaje de ahorro: 62,77% y 132,44% respectivamente. ESU: 95% satisfechos.

Conclusión. Se demuestra la utilidad de la CM en atención primaria acercando esta técnica a la población y manteniendo buenos niveles de calidad y satisfacción entre los usuarios. Se produce un gran ahorro respecto a las mismas técnicas a nivel hospitalario, disminuyendo las listas de espera.

P22.08 ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS EN EL PACIENTE CON DIABETES TIPO 2

M. Fuentes Riaza, M. Sarlat Ribas, A. Bonillo Gómez, E. Raidó Quintana, S. Moreno Gutiérrez y A. Abilla Lumbiarres

CAP Consell de Cent, CAP Magoria. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: mfrfuentes@yahoo.es

Objetivos. Evaluar los problemas dermatológicos reconocidos como lesiones predisponentes a pie diabético en los pacientes diabéticos tipo dos y conocer el tipo de tratamiento que se realiza. Valorar necesidad de derivación.

Material y métodos. Estudio transversal descriptivo por 5 médicos de familia durante un período de 30 días Población: todos los diabéticos tipo II > 18 años que se visitaron por cualquier motivo en el período de inclusión. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, patología dermatológica (onícomicosis, paroniquia, tinea pedis, hiperqueratosis, úlcera neuropática, gangrena). Tipo tratamiento: antibiótico oral/tópico/antifúngicos oral/tópico combinaciones y otros. Derivaciones: podología/traumatología y otros.

Resultados. Se hizo revisión física de los pies a 119 pacientes diagnosticados de DMII. Edad media 71años, DE 10,66. Mujeres 62,18%. Prevalencia onícomicosis (35%) paroniquia (6,72%) tinea pedis (11,75%) hiperqueratosis (43,69%) úlcera neuropática (3,36%), gangrena (0%). El

61,34% de los pacientes no recibieron tratamiento. De los tratados 63,04% recibió antifúngico tópico para las uñas. 4,34% antifúngico tópico para la piel. 10,86% antifúngico tópico combinado para uñas y piel. Tras la visita se derivó a un 29,41% de los pacientes. El 85,72% al podólogo y el 14,28 al dermatólogo.

Conclusión. -Onícomicosis y tinea pedis son las principales lesiones dermatológicas encontradas en los pies diabéticos seguidas de la hiperqueratosis. -La mayoría de los casos se resuelven en la consulta del médico general prescribiendo tratamiento tópico fungico. -La derivación más frecuente es al podólogo.

P22.09 EFECTIVIDAD Y SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO EN PACIENTES ESPAÑOLES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL: RESULTADOS DEL ESTUDIO EDOS

A. Martín Morales, P. Gutiérrez, V. Chantada, F. Meijide, E. Muñoz y J. Casariego

Servicio de Urología del Hospital Carlos Haya. Málaga. Andalucía.

Correo electrónico: emateu@infocuencia.com

Objetivos. Analizar la efectividad y la satisfacción con el tratamiento en pacientes con disfunción eréctil (DE).

Material y métodos. EDOS es un estudio observacional, Europeo, de 6 meses de duración que analiza variables asociadas a la DE en la práctica clínica habitual. Se evaluaron varones ≥ 18 años que iniciaron o cambiaron su tratamiento para la DE (tadalafilo, sildenafilo, o vardenafilo) en una visita basal, a los 3 y 6 meses. La efectividad y la satisfacción se analizaron con cuestionarios estándares. Presentamos los datos de los pacientes españoles que permanecieron con el mismo tratamiento durante el estudio.

Resultados. Se evaluaron 1.030 pacientes. De éstos, 541 mantuvieron el tratamiento (tadalafilo: 62,7%, sildenafilo: 14,8%, vardenafilo: 14,6%, otros tratamientos: 7,9%). El tiempo medio [DE] entre la toma del medicamento y la relación sexual fue significativamente mayor en los pacientes con tadalafilo (15,7 [1,5] horas) versus sildenafilo (2,1 [2,8]) y vardenafilo (6,9 [2,7]). A los 3 meses, una proporción significativamente mayor de pacientes experimentó una mejoría en la erección con tadalafilo (Cuestionario de evaluación global, GAQ: 96,5% tadalafilo, 85,7% sildenafilo y 87,2% vardenafilo). También se observó una mayor satisfacción con el tratamiento (Inventario de satisfacción con el tratamiento para la DE, EDITS: 84,2% tadalafilo, 75% sildenafilo y 76% vardenafilo). Sin embargo, estas diferencias no fueron significativas a los 6 meses.

Conclusión. Se observaron niveles altos de efectividad y de satisfacción con todos los inhibidores de PDE5. La disociación temporal entre la toma del medicamento y la actividad sexual fue más pronunciada en pacientes con tadalafilo.

P22.10 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: ¿LA GRAN OLVIDADA?

M. Soler Vila, E. Caramés Durán, I. García Bayo, E. Barrau Calvo, M. Cañas Nebrera y C. Mariscal Belvís

ABS Gavà-2. Gavà (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: 26788igb@comb.es

Objetivos. Identificar a los pacientes con insuficiencia renal (IR) crónica, verificar su posible infradiagnóstico y conocer su comorbilidad.

Material y métodos. Estudio retrospectivo sobre población atendida en un Centro de Atención Primaria. Se registraron datos de la totalidad de pacientes a quienes se solicitó algún perfil analítico con valoración de función renal desde junio 2007 hasta marzo 2008. La IR se definió por un filtrado glomerular (FG) según la ecuación MDRD inferior a 60 ml/min/1,73 m². Se obtuvieron datos demográficos, factores de riesgo y comorbilidad cardiovascular. Se excluyeron los menores de 15 años y los pacientes a quienes no se pudo aplicar el cálculo de la ecuación (embarazo, IR aguda, hepatopatía grave).

Resultados. De los 3.409 pacientes estudiados, 353 (10,35%) presentan un FG inferior a 60 (IR crónica, estadios 3-5), con una edad media de 74,5 \pm 10,6 años, 62% son mujeres. En 251 (71%) no constaba el diagnóstico de IR en la historia clínica, y sólo habían sido diagnosticados 102 (28,9%). El 75% de los pacientes con IR son hipertensos, 31% diabéticos, 55% dislipémicos y 11% obesos. La prevalencia de enfermedad cardiovascular es del 25,9% (15% cardiopatía isquémica, 6,8% enfermedad cerebrovascular y 4,1% arteriopatía periférica).

Conclusión. Existe una prevalencia importante de IR en pacientes a los que se realiza una analítica por cualquier motivo en Atención Primaria. Este nivel asistencial es el idóneo para efectuar un diagnóstico temprano. Esto permitiría modificar los factores de riesgo cardiovascular asociados y retardar el progreso de la enfermedad renal.

P22.11 OSTEOPOROSIS: ¿QUÉ ESTAMOS HACIENDO?

G. Ferriz Villanueva, M. Rojas Blanc, N. Riera Nadal, E. Martín Gracia, C. Riera Nadal y V. Liste Salvador

CAP Sagrada Família. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: gemma.ferriz@sanitatintegral.org

Objetivos. Análisis de los pacientes en tratamiento antiresortivo crónico (PTAC), origen, adecuación del mismo y coste anual farmacológico (CAF) que genera.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal en un centro de salud urbano (población adulta atendida 13341). Periodo: enero-mayo 2008. Revisión de una muestra de 203 PTAC (37,8% del total PTAC). Variables analizadas: edad, sexo, diagnóstico asociado al tratamiento (DAT), médico prescriptor (MP), registro densitometría ósea (DMO), control bianual densitométrico (CBD), tratamiento antiresortivo (TAR) y CAF generado. Se valoró la adecuación o no del tratamiento y el coste generado por la no adecuación.

Resultados. 92,6% mujeres. Edad media 70,16a (IC95% 68,74-71,57). DAT: osteoporosis: 57,6%, osteoporosis grave (con fractura asociada): 8,9%, osteopenia: 11,5%, osteopenia con fractura asociada: 1%, Otros: 2%. No tenían diagnóstico asociado: 18,9%. MP: 30% reumatólogo; 26, 12% médico familia; 22,18% traumatólogo; 9,8% ginecólogo; 2,9% otros. No constaba el médico prescriptor: 8,86%. Según historia clínica informática (HC) en el 41,38% de los PTAC no constaba DMO y el 37,8% de los que sí la tenían documentada no siguieron controles bianuales. TAR más frecuente: alendronato 58,62%, reciben suplemento calcio (SC): 82,75%. CAF total: 204.142,68#. CAF (antiresortivo) medio: 432,64 (IC95% 365,82-499,46), CAF (antiresortivo+SC) medio: 44,11 (IC95% 474,51-613,71). Según HC, el 44,8% de los TAR no eran adecuados (64,1% sin diagnóstico registrado, 35,9% no indicados), pautados por reumatólogo (34,06%), traumatólogo (28,57%), MF (8,79%), ginecólogo (7,69%), otros (20,89%). CAF medio tratamiento no adecuado: 487,09 (IC95% 452,75-521,8).

Conclusión. La osteoporosis y su tratamiento abarcan diferentes especialidades pero no la tenemos bien filiada, tratada ni controlada. Casi la mitad de nuestros pacientes reciben tratamiento sin estar adecuado, con un alto coste farmacológico anual, si bien el MF es el que presenta mayor adecuación en el tratamiento en nuestro estudio.

P22.12 INMIGRACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA BASADA EN LA NO EVIDENCIA: 10 CONCLUSIONES DE REFLEXIÓN

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 de la experiencia. La inmigración forma una gran parte de las consultas diarias de la Atención Primaria. Sin embargo, la revisión bibliográfica nos demuestra que los programas de salud en este colectivo están insuficientemente evaluados.

Descripción de la experiencia. En nuestro centro de Atención Primaria, debido al gran número de pacientes de origen inmigrante de recién llegada, tenemos experiencia en el plan de receptividad de inmigrantes que implementamos hace tres años para mejorar la asistencia. En este campo, hemos probado las charlas informativas, los mediadores de salud, los servicios de traducción, etc. El tiempo nos ha llevado a encontrar algunos problemas que no hemos sido capaces de resolver. También hemos reflexionado sobre las diferencias entre los inmigrantes y los autóctonos en cuanto al gasto sanitario, las incapacidades laborales, la utilización de servicios, etc. Los subsaharianos tardan mucho en obtener su tarjeta sanitaria porque no tienen pasaporte. La mayoría de enfermedades son similares a las de nuestra población autóctona joven. Pero... los profesionales tienen claras las desigualdades en la doble cobertura sanitaria? ¿Son relevantes en nuestro ámbito las enfermedades importadas? Si la mayoría de problemas son sociales, ¿por qué no buscamos las soluciones en nuestra

sociedad? ¿Se adaptan los protocolos de los inmigrantes a las necesidades reales?

Conclusiones. El fenómeno inmigratorio es un hecho social suficientemente importante como para que la Atención Primaria tenga un papel reflexivo activo, y que su opinión basada en la experiencia quede reflejada a la hora de colaborar en el diseño de las políticas sanitarias de nuestro país.

Sesión 23

Viernes, 21 de noviembre. 09.00-10.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Gestión clínica y calidad

P23.01 VALORACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

G. Florensa Rex, R. Cruz Hidalgo, E. Blat Guimara, B. de Andrés Beuter, J. Sotoca Momblona y B. de Pedro Elvira

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: geflorensa@hotmail.com

Objetivos. Conocer la satisfacción de los pacientes atendidos por las enfermeras de un centro de salud.

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo transversal. Ámbito: Centro de salud urbano (CS). Sujetos: muestra aleatoria de 205 pacientes mayores de 15 años que acudieron al CS o fueron visitados por la enfermera en su domicilio, durante enero y febrero de 2008. Medidas: se administra el cuestionario validado "Dimensiones sobre la calidad percibida modelo Servqual cuestionario Amable". Consta de 11 preguntas sobre las dimensiones: Accesibilidad, capacidad de respuesta, fiabilidad, comunicación, cortesía, competencia, seguridad, credibilidad y tangibilidad, el cual se valora con la escala Likert entendiendo 1 puntuación mínima 5 máxima. Variables estudiadas: edad, sexo, atención en consulta o en el domicilio y resultado del cuestionario.

Resultados. La edad media es de 59,11 años (DE 19,5), con una proporción de mujeres del 60,5%. El origen de las encuestas es del 10,7% de los pacientes atendidos en el domicilio y el 89,3% de los pacientes atendidos en las consultas de enfermería. La media de la calidad percibida por los pacientes según el modelo Servqual fue de 4,49 (accesibilidad 4,44, capacidad de respuesta 4,53, fiabilidad 4,68, comunicación 4,65, cortesía 4,6, competencia 4,63, seguridad 4,62, credibilidad 4,62 y tangibilidad 4,61).

Conclusión. Los resultados obtenidos muestran una satisfacción muy elevada de todas las dimensiones estudiadas en la encuesta.

P23.02 SISTEMAS DE INFORMACIÓN: UNA PRIMARIA INNOVADORA

G. Piera Losa, E. Sánchez Fontcuberta, X. Morell Vilaseca, E. Sequeira Aymar y M. Pinyol

EAP Capse Rosselló. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: gpiera@clinic.ub.es

Objetivos de la experiencia. Formar un equipo multidisciplinar para canalizar los objetivos estratégicos definidos por dirección y dar respuesta a las necesidades de información de los profesionales de tres equipos de primaria de un área urbana que da cobertura sanitaria a 100.000 habitantes.

Descripción de la experiencia. En 2007 se libera de labor asistencial a una enfermera con conocimientos en informática, gestión en calidad e investigación para facilitar la información a los profesionales de los resultados de los indicadores de la parte variable. Éstos se extraen, se analizan y se ordenan en una base de datos que permite también informar a gerencia de los resultados de indicadores de gestión. Colabora en la extracción de datos para trabajos de investigación. Posteriormente se constituye un equipo con un responsable de sistemas, un informático, un médico de familia, una enfermera y un administrativo. Se define la estrategia, la gestión y desarrollo de los sistemas de información. En 2008 asumen la transformación del programa informático asistencial

existente a una aplicación en entorno web (unificar bases de datos de los tres centros, posibilitar conexión desde los domicilios...). Se responsabilizan de los proyectos de Historia Clínica compartida entre primaria y hospital. Automatización del cuadro de mandos con los indicadores de gestión necesarios.

Conclusiones. La apuesta firme de gerencia por un equipo multidisciplinar de soporte a los profesionales asistenciales en tecnología de la información, ha permitido dar respuesta a las peticiones de información para la mejora asistencial y de gestión. Asimismo la nueva infraestructura facilita la comunicación y la comparación con otros centros.

P23.03 EVALUACIÓN DE LA DISPOSICIÓN A PAGAR DEL USUARIO DE LA CONSULTA DEL MÉDICO DE FAMILIA

J. Martín Fernández, T. Gómez Gascón, J. Domínguez Bidagor, M. Beamud Lagos, Y. Martínez Mateo y M. del Cura González

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

Correo electrónico: jmartinefe1@hotmail.com

Objetivos. Conocer el valor económico que atribuye el usuario de las consultas de medicina de familia del sistema público de salud a este servicio.

Material y métodos. Diseño: estudio transversal de evaluación económica, con el método de valoración contingente. Sujetos: se entrevistaron 450 usuarios de 6 centros de salud, distribuidos por sus rentas medias disponibles. Variables: se recogieron la disposición a pagar (DAP), variables demográficas, variables relacionadas con el uso del servicio (número de visitas/año, tiempo de espera en consulta, relación con su médico), con la necesidad (número de enfermedades crónicas, ingresos, calidad de vida, EuroQoL-5D), con la percepción del riesgo, con la posición socioeconómica (ocupación, grupo laboral, nivel de estudios) y con los ingresos (renta familiar ajustada, RFA). Estrategia de análisis: el modelo se validó mediante la técnica de análisis discriminante.

Resultados. La mediana de DAP fue de 18 euros, (rango intercuartil 8-28 euros). Un 7% de los pacientes (33/450) no presentó ninguna DAP ("cerro protestas"). La capacidad discriminativa del modelo fue baja (λ Wilks 0,876) pero congruente con el marco teórico. Los factores relacionados con una mayor DAP fueron: una mayor RFA, un nivel de estudios superior, una mejor relación con el MF, y un mayor tiempo de espera en consulta. La capacidad de clasificación para 4 grupos (DAP: 0-10€, 11-20€, 21-30€, > 40€), fue del 40,3%.

Conclusión. La DAP expresada por los pacientes de las consultas de AP se puede situar alrededor de 18 euros y se asocia con la situación socioeconómica y con la relación con el MF.

P23.04 LA CONSULTA BURECRÁTICA COMO HERRAMIENTA PARA DISMINUIR LA PRESIÓN ASISTENCIAL

D. Martínez Laguna, C. Mayorgas Mayorga, F. Cos Claramunt, A. Gutiérrez Sánchez, D. Figueiras Molina y M. Barbosa Monroy

CAP Sant Martí de Provençals. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: 34859dml@comb.es

Objetivos de la experiencia. Realizar una prueba piloto de la implementación de la consulta burocrática como herramienta para disminuir la presión asistencial en las consultas de atención primaria.

Descripción de la experiencia. Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar formado por médicos, enfermeras y administrativos para identificar todas aquellos motivos de consulta que no requieren de visita médica: incidencias en recetas crónicas, solicitud de traslados hospitalarios en transporte colectivo, solicitud de informes médicos, recetas de los servicios de urgencias, petición de copia de la historia clínica, recogida de informes de alta de rehabilitación y de balneoterapia. Se establecen dos circuitos: ordinario (el trámite se puede demorar una semana) donde el administrativo recoge la solicitud y el profesional la realiza durante el día de visitas domiciliarias y urgente (el trámite se ha de solucionar el mismo día) donde el administrativo durante el día contacta con el médico que soluciona la consulta. Durante el pilotaje se identifican las siguientes incidencias: falta de implicación y conocimiento por parte de todos los administrativos, la existencia de un call-center externo dificulta la implantación total del sistema, el usuario muchas veces es rea-

cio a comentar al administrativo su motivo de consulta o simplemente quiere ser visitado.

Conclusiones. Son necesarios sistemas de información y publicitación de la consulta burocrática. Todo el personal asistencial y administrativo se ha de implicar. Durante el pilotaje ha supuesto una reducción media de 7-10 consultas/semana.

P23.05 EL TELÉFONO EN LA CONSULTA MÉDICA

J. Thalamas Atienza, I. Lizaso Uhera, J. Bustu Sagrado, J. Iruretagoyena Amiano, M. Benito Galarraga y M. Urreiztieta Diaz

CS de Lezo. Guipúzcoa. País Vasco.

Correo electrónico: thalamas@apge.osakidetza.net

Objetivos. Estudio de los motivos de demanda telefónica así como que características tienen estas personas que utilizan con mayor frecuencia la consulta telefónica (edad, sexo, presentan pluripatologías, están polimedicados), y en qué momento de la semana, así como en qué momento de nuestra jornada laboral se ve nuestra agenda más afectada.

Material y métodos. Estudio descriptivo prospectivo durante el periodo entre enero a marzo 2006, analizando los motivos de consulta de 3 médicos y 1 pediatra de una población semirural (8.600 personas). Análisis de la demanda telefónica, tipo de consulta, días de la semana y hora de la jornada laboral. Estudio estadístico mediante el programa SPSS 13.

Resultados. Analizando las 336 consultas telefónicas recibidas observamos que las mujeres (64%) son más demandantes con una media de 54 años. El día de mayor presión telefónica es el miércoles (25,6%) en contra de otros estudios y en la franja horaria de 8:00 a 10:59 (57,7%). En contra de lo esperado no son los crónicos domiciliarios los más demandantes (11,3%) y tampoco el padecer pluripatologías (25,7%). Sólo un 2,7% fueron consultas telefónicas médicas urgentes. El médico es la figura principal de la resolución de las consultas (83%) frente a la consulta administrativa o de enfermería.

Conclusión. La utilidad de resolución de consultas telefónicas en el momento es alto y necesario, pero siendo conscientes de la carga de trabajo extra que supone y de la necesidad de una correcta organización dentro de agenda médica y con el inconveniente de la interrupción de la consulta.

P23.06 CONSULTAMOS INTERNET O AL MÉDICO

N. Campodon Tuneu, R. Pou Vila, C. Gutiérrez Aparcero, M. Benítez Camps y N. Esgueva de Haro

EAP Gòtic. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: ncampodon@yahoo.es

Objetivos. -Caracterizar los hábitos de consulta en internet de la población atendida en un EAP urbano. -Conocer si consultan información sanitaria.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal mediante encuestas auto-administradas a 200 pacientes que acudieron a una consulta de atención primaria entre febrero-marzo de 2008. Las variables fueron: edad, sexo, nacionalidad, nivel educativo, actividad laboral, presencia de hijos, enfermedad crónica, utilización de internet, consulta información sanitaria y si ésta se comenta con el médico.

Resultados. De los encuestados, utilizaron habitualmente internet 108 pacientes (56,8%), con mayor frecuencia hombres ($p = 0,031$), menores de 50 años ($p < 0,001$), no europeos ($p = 0,002$), universitarios ($p < 0,001$), trabajadores ($p < 0,001$), sin hijos ($p = 0,002$) y no afectos de enfermedad crónica ($p < 0,001$). Al analizar el tipo de información consultada, 58 pacientes (54,7%) buscaron información sanitaria, con mayor frecuencia mujeres ($p = 0,088$), mayores de 50 años ($p = 0,937$), europeos ($p < 0,001$), universitarios ($p = 0,616$), sin actividad laboral ($p = 0,844$), con hijos ($p = 0,084$) y afectos de enfermedad crónica ($p = 0,416$). 24 pacientes (42,9%) comentaron esta información con su médico.

Conclusión. La mitad de la población encuestada utilizó internet y de ella, la mitad para buscar información sanitaria. Menos de la mitad de los que buscaron información sanitaria la comentaron con su médico. Se observaron perfiles distintos entre los usuarios habituales de internet y los que lo utilizaron como fuente de información médica.

P23.07 ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS CONSENSUADOS PARA LA PRESCRIPCIÓN COLABORATIVA DE ENFERMERÍA EN DETERMINADAS PATOLOGÍAS AGUDAS

F. Gavilán Martínez, M. Piqueras Garré, M. Sabariego Manjón, S. Martínez Gálvez, J. Català Coll y C. Celadrán Campo

CAP Riera; CAP Lloreda; CAP Apenins-Montigalà; CAP Morera; CAP Montgat. Badalona (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: fernandogavilan@hotmail.com

Objetivos de la experiencia. Elaboración de protocolos consensuados para la prescripción colaborativa de enfermería en determinadas patologías agudas. Desarrollar la profesión de enfermería en la atención a las personas en situaciones específicas consensuadas con medicina. Mejorar la accesibilidad en las consultas de AP y disminuir la presión asistencial. Dar una respuesta a las demandas agudas de salud.

Descripción de la experiencia. Con esta experiencia pretendemos mejorar la eficacia en la gestión de la consulta de enfermería dentro de un marco jurídico correcto y en el entorno de sus competencias profesionales. Dentro de las diferentes posibilidades de prescripción por enfermería, creemos que la que más encajaría en nuestro sistema es la “prescripción colaborativa mediante protocolo”. En colaboración medicina-enfermería, y basándonos en diagnósticos NANDA, hemos realizado protocolos de actuación consensuados para abordar demandas de salud relacionadas con: diarrea aguda del adulto (alteraciones de la eliminación); infección urinaria no complicada (alteraciones de la eliminación); catarro de vías altas (limpieza ineficaz de la vía aérea); alteraciones del estado de ánimo. En los casos descritos, el médico estaría como figura de apoyo para la resolución de dudas y realizar posibles prescripciones cuando no pudiesen ser realizadas por enfermería.

Conclusiones. Con esta experiencia haríamos factible la incorporación de enfermería a la primera línea de la demanda asistencial, de forma progresiva, con la formación adecuada y dentro del ámbito de sus competencias. Diferentes estudios apoyan la posibilidad de la prescripción colaborativa por parte de enfermería, suponiendo un respaldo legal para esta actividad.

P23.08 VALORACIÓN QUE LOS SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALAMANCA REALIZAN DE LA INFORMATIZACIÓN DE SUS CONSULTAS

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

CS San Juan. Salamanca. Castilla y León.
Correo electrónico: jumonlu@yahoo.es

Objetivos. Evaluar la percepción que los sanitarios de AP tienen de la informatización de sus consultas.

Material y métodos. Encuesta autoaplicada realizada a 206 sanitarios del ámbito provincial urbano-rural de Salamanca.

Resultados. En torno a la mitad de los profesionales (51%) está satisfecho de la informatización, siendo el grado de satisfacción global moderado (media 3,57, IC 95% 3,48-3,67, rango de muy mala 1 a muy buena 5), tal que recomendarían a sus familiares que acudieran a una consulta de AP informatizada (56,2%). Desde una perspectiva más cualitativa la positividad se centra en las tareas burocráticas (96,4%) y en el seguimiento clínico (71,4%) y en mucho menor grado en el aspecto relacional con los pacientes (42,1%). Un 20,6% de los sanitarios se declara insatisfecho de la informatización, y en un 11,7% la consideran perjudicial. Una amplia mayoría (84,9%) creen que se centra en aspectos de gestión y vigilancia de los sanitarios. Si pudieran elegir, la mayor parte informatizarían de nuevo sus consultas (56,2%), pero en un 29,1% lo condicionarían a la existencia de un programa de gestión más adecuado. De hecho, el programa de gestión es la única variable que marca diferencias significativas en el grado de satisfacción, siendo mejor para el OMI que para MEDORA, $p < 0,001$.

Conclusión. La valoración global de la informatización de las consultas por los sanitarios de AP de Salamanca es moderadamente positiva, centrándose sobre todo en relación con aspectos burocráticos y de seguimiento clínico. En este sentido, se enfatiza la importancia dada al programa de gestión.

P23.09 PREVALENCIA DE BURNOUT EN MÉDICOS CATALANES

R. Mourelle Varela, C. Molina Guasch, J. Menéndez Puigallí, E. Martín Correa, R. Llorens Vercher y E. Ropero Jiménez

Autónomo (no centro salud) en Santa Coloma de Gramanet. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: r.mourelle@gmail.com

Objetivos. Conocer la prevalencia de burnout en el personal facultativo de atención primaria (AP), 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 familia de los 6 centros de Atención Primaria de titularidad pública (ICS) de Santa Coloma de Gramanet, zona urbana de clase social media baja en la provincia de Barcelona. Mediciones principales: se administró cuestionario anónimo autoadministrado estructurado en dos cuestionarios: datos sociodemográficos y laborales, y Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS).

Resultados. Tasa de respuesta del 53%, 66% mujeres, con edad media de 41,7 años, de los cuales 53,12% eran interinos, con 13,5 años trabajados de media, 36,06 pacientes vistos al día y 37,86 horas semanales trabajadas. Afectado por burnout 69,4% de facultativos, 8,3% nivel muy elevado (siendo todos ellos varones). Buena correlación entre subescalas (CE, DP, RP y VI, DE y AB) y burnout. Baja estabilidad laboral (34,37% con plaza en propiedad). Baja satisfacción laboral, 22% de encuestados habían considerado abandonar su trabajo. No se hallaron diferencias significativas de prevalencia de burnout en función de características sociodemográficas. Asociación estadísticamente significativa entre desgaste profesional y número de pacientes vistos al día, haber pensado abandonar su trabajo, número de horas trabajadas y turno tarde.

Conclusión. Existe prevalencia de niveles medios-altos de burnout que están relacionados con factores modificables como número de pacientes vistos, número de horas de ejercicio profesional semanales y trabajar en turno de tarde.

P23.10 ANÁLISIS DEL PERFIL DE PRESCRIPCIÓN Y GASTO FARMACÉUTICO DURANTE EL AÑO 2006 DE LOS ARAGONESES DE 15 A 39 AÑOS, COMPARANDO POBLACIÓN AUTÓCTONA E INMIGRANTE

L. Gimeno Feliu, J. Armesto Gómez y R. Macipe Costa

CS San Pablo; CS Fuentes de Ebro, sector Zaragoza II, Servicio de Farmacia. Zaragoza. Aragón.

Correo electrónico: lugifel@gmail.com

Objetivos. Analizar los principales grupos terapéuticos prescritos a la población aragonesa entre 15 y 39 años. Conocer los fármacos que más gasto generan. Comparar las diferencias entre población autóctona e inmigrante respecto a los dos objetivos anteriores.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de consumo farmacéutico. Se analizaron los patrones de consumo farmacéutico de la población entre 15 y 39 años de Aragón, tanto autóctona como inmigrante, durante el año 2006, a partir de los datos de la base de datos de farmacia del Servicio Aragonés de la Salud. Las variables medidas fueron DHD (dosis/1000 habitantes/día) de cada grupo terapéutico y gasto de cada fármaco por persona y año.

Resultados. Se analizaron un total de 1.941.285 recetas sobre una población de referencia de 447.744 personas (71.264 eran inmigrantes). Los cinco grupos terapéuticos más prescritos por orden decreciente (en DHD) fueron sistema nervioso, respiratorio, digestivo-metabolismo, musculosquelético y antiinfecciosos. En cuanto al gasto, los fármacos que más gasto generaron en orden decreciente fueron: risperidona, olanzapina, topiramato, amoxicilina+clavulanico, ibuprofeno, paroxetina, venlafaxina, lamotrigina, formoterol asociado a otros antiasmáticos y quetiapina. El consumo medio de los autóctonos es muy superior al de los inmigrantes en todos los grupos terapéuticos (un 95% mayor en DHD) y en el coste de los fármacos (un 156% mayor). Se analizan los grupos en que existen mayores diferencias, destacando los psicofármacos.

Conclusión. Los adultos autóctonos tienen un consumo en DHD y un gasto medio en fármacos significativamente superior al de los inmigrantes.

P23.11 PRESCRIPCIÓN DE 9 FÁRMACOS DE NUEVA INTRODUCCIÓN EN NAVARRA. UN ESTUDIO DE SU DIFUSIÓN TEMPORAL

J. Garjón Parra, J. Loayssa Lara, I. Vergara Fernández, B. Azaola Estévez y A. Azparrén Andía

Centros de salud, Servicio de Farmacia, Unidad de Evaluación de Calidad Asistencial, Dirección de Atención Primaria Navarra. Navarra.

Correo electrónico: jloayssal@papps.org

Objetivos. Determinar como la prescripción de 9 principios activos de reciente comercialización, seleccionados por poseer indicaciones no restringidas, se han difundido entre los médicos de familia (MF) y especialistas de Navarra.

Material y métodos. Diseño: descriptivo transversal. Emplazamiento: Atención primaria y especializada. Participantes: recetas facturadas prescritas por los médicos de Navarra clasificados por especialidad desde la fecha de comercialización del fármaco al 31-12-07. Mediciones: evolución mensual del número de envases de cada fármaco y del número de médicos que lo prescriben por especialidad y la media de envases/médico en las distintas especialidades.

Resultados. Tiotropio se difunde con mayor rapidez y alcanza el mayor número de médicos prescriptores (334), mientras olmesartán el menor (76). El etoricoxib experimenta un estancamiento de numero de prescriptores los primeros 24 meses. El máximo de prescriptores se alcanza en un tiempo que varía entre 13 y 32 meses. Todos los fármacos tienen los primeros meses una media de recetas por médico mayor en especializada especialmente la duloxetina, pregabalina y la levocetirizina que también lo tienen en términos absolutos.

Conclusión. A pesar de que la mayoría de los principios activos estudiados se encuentran en la categoría C de innovación terapéutica alcanzan un nivel considerable de difusión. La utilidad percibida, la cantidad y efectividad de las alternativas terapéuticas previas y el riesgo percibido del fármaco son factores que pueden condicionar la difusión de un principio activo. Se aprecia una posible inducción a la prescripción del MF desde especializada que es diferente en cada fármaco en dependencia de sus características.

P23.12 INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA: UN BUSCADOR "INDEPENDIENTE" PARA LA CONSULTA

E. Barrera Linares, C. Calvo Pita y R. Bravo Toledo

Gerencia de Atención Primaria del Área 10 de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud; Servei de Salut de Les Illes Balears. Getafe (Madrid), Palma de Mallorca. Comunidad de Madrid, Illes Balears.

Correo electrónico: ernestobarrera@gmail.com

Objetivos de la experiencia. Desarrollar una aplicación informática que permita recuperar desde la consulta del médico de atención primaria información farmacoterapéutica de calidad e independiente del entorno promocional de la industria farmacéutica.

Descripción de la experiencia. Se elabora una web (<http://informacionfarmacoterapeutica.googlepages.com>) que aloja un motor de búsqueda personalizado, construido con la herramienta gratuita Google Co-op (http://www.google.com/coop/cse?cx=017503224239761697087%3Akl-ly1j8_a). El buscador realiza la búsqueda en páginas Web seleccionadas por ofrecer información de calidad, preferiblemente en castellano y orientada a la farmacoterapéutica en atención primaria. En su mayoría pertenecen a organismos públicos y se evita explícitamente la publicidad. Hasta septiembre de 2008 contiene 106 sitios web, estando en permanente actualización. El buscador clasifica los resultados en categorías o "etiquetas": 1) alertas de seguridad, 2) código ATC y valor de la dosis diaria definida (DDD) 3) boletines farmacoterapéuticos, 4) Crítica a la publicidad sobre medicamentos, 5) informes de evaluación 6) información sobre reacciones adversas y farmacovigilancia, 7) fichas técnicas, 8) guías farmacoterapéuticas, 9) información a pacientes y 10) autorizaciones de nuevos medicamentos y nuevas indicaciones clínicas. Creado en noviembre de 2007, ha registrado más de 14.000 búsquedas (hasta septiembre de 2008) procedentes de más de 25 países desde que se dio a conocer su existencia, en enero de 2008. Se han dado de alta 6 colaboradores en el buscador, lo que ha permitido enriquecer su diseño con aportaciones de profesionales médicos y farmacéuticos.

Conclusiones. Disponemos de un buscador útil y sencillo para la consulta, que ofrece de forma inmediata información farmacoterapéutica de calidad. La elevada utilización sugiere su buena aceptación.

Sesión 24

Viernes, 21 de noviembre. 09.00-10.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Proyectos de investigación

P24.01 PROYECTO EDUCACIONAL DE INTERVENCIÓN SOBRE ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA EN ESCOLARES

A. Romero Noreña, T. Lorente Aznar, M. Rodríguez Torrente, J. Fuertes Fernández-Espinar, G. González García, G. Rodríguez Martínez y Grupo Investigación PIANO

CS Santo Grial; CS Sabinánigo; UD de MFyC de Huesca; CS Perpetuo Socorro; Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Huesca, Zaragoza. Aragón. Correo electrónico: arromeron@salud.aragon.es

Objetivos. La prevalencia de obesidad y sobrepeso infantil es elevada y está aumentando progresivamente. El objetivo fundamental del proyecto es desarrollar, aplicar y evaluar una propuesta de intervención educacional, centrada en el ámbito escolar y planificada desde atención primaria, que incida en la promoción de hábitos alimentarios saludables y el aumento de actividad física, intentando conseguir una mejora en la composición corporal y reducción de la prevalencia de obesidad y sobrepeso de los escolares.

Material y métodos. Estudio experimental controlado en tres colegios urbanos, con un tamaño muestral de 412 niños de 2º, 3º y 4º de Primaria. Se realiza una valoración de la composición corporal mediante antropometría (peso, talla, perímetro cintura, perímetro cadera y pliegues cutáneos) y un cuestionario de hábitos alimentarios, actividad física y factores socioeconómicos. Durante el curso se desarrolla la intervención educacional centrada en el ámbito escolar mediante sesiones informativas a niños y familiares, y actividades prácticas que refuerzan los conceptos teóricos. Está prevista una reevaluación de parámetros antropométricos, actitudes dietéticas y hábitos de actividad física tras un año de intervención, comparándose con las obtenidas previamente. Un análisis estadístico de las variables revelará datos de la composición corporal, actividad física y hábitos alimentarios de nuestros escolares y determinará si nuestra intervención educacional ha inducido cambios en algunos de los aspectos estudiados. Dentro de las limitaciones del estudio un reto importante será el de tipo logístico, para la captación y seguimiento de una amplia muestra de niños y sus familias, así como la variabilidad intra e interobservador en la antropometría. Es necesario controlar posibles sesgos de selección y el cegamiento en la recogida de variables y en el análisis de los datos.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Nuestro proyecto aplica un programa de intervención para favorecer la adquisición de unos hábitos alimentarios saludables y promocionar la actividad física en escolares. Si se comprueba la efectividad del programa de intervención, se podrá utilizar éste en futuras campañas de prevención de la obesidad en la edad infantil, respondiendo así a la creciente demanda, por parte de las instituciones sanitarias y de la propia sociedad.

Aspectos éticos-legales. El estudio se lleva a cabo siguiendo las normas deontológicas de la Declaración de Helsinki y las Normas de Buena Práctica Clínica. Antes del comienzo del estudio se solicitó consentimiento informado individual a niños y padres. La información generada en este ensayo será considerada estrictamente confidencial. El proyecto investigador ha sido sometido al Comité Ético de Investigación Clínica autonómico.

P24.02 ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA ENTRE DOS CENTROS DE SALUD EUROPEOS

M. Martínez Gandolfi, M. Martínez Solórzano, F. Gómez y J. Cordero Guevara

CS Miranda Oeste. Miranda de Ebro (Burgos). Castilla y León. Correo electrónico: alejandritamartinezgandolfi@hotmail.com

El proyecto de investigación involucra a dos países, España y Portugal. El centro de salud Español se ubica en la ciudad de Miranda de Ebro, en la

Comunidad de Castilla y León. El centro de salud portugués se halla en la ciudad portuguesa Lagoa. El estudio comparará la forma en que los médicos de familia de ambos países ejecutan los procesos clínicos según la cartera de servicios del sistema de salud al que pertenece.

Objetivos. Identificar diferencias y similitudes de la gestión sanitaria en consultas de atención primaria, en España y Portugal durante un mismo período.

Material y métodos. Las variables se analizarán teniendo en cuenta tres parámetros comparativos: 1) Variables en relación a la gestión clínica, 2) Variables en relación a la labor médica en la consulta y 3) Variables en relación a los pacientes. Tipo de estudio observacional, transversal y comparativo entre ambos centros. Ámbito del estudio: Centro de Salud de Miranda Oeste, y Centro de Salud de Lagoa (Portugal). Sujetos: todos los pacientes atendidos en la consulta del centro de salud portugués y español y los que demanden atención domiciliaria durante 2 semanas de julio del año 2008 según tiempo definido por el programa Hipócrates de Intercambio Internacional. Criterios de inclusión/exclusión/muestreo: los datos se obtendrán del sistema de registro de cada uno de los Centros de Salud, así como de entrevistas con los profesionales para aquella información no recogida en dichos sistemas. Los datos se procesarán en una hoja de cálculo (Excel) y analizarán con el programa estadístico SPSS. Análisis estadístico: Los test paramétricos a utilizar según las variables serán la t de Student para relacionar una variable cuantitativa y una cualitativa con 2 categorías. Las variables cuantitativas se correlacionarán con el test Correlación/regresión y las variables cualitativas con 2 categorías se analizarán teniendo en cuenta χ^2 de Pearson. Se utilizará el ANOVA o análisis de la varianza para comparación de medias, el cual generará un análisis de varianza de un factor para una variable dependiente cuantitativa respecto a una única variable de factor (la variable independiente). El nivel de significación establecido será del 5% y los intervalos de confianza serán del 95%. Inconvenientes-limitaciones: se prevé un sesgo en la observación debido a la coincidencia con período estival y el número de desplazados (turistas) incrementará el cupo y las demandas de atención continuada.

Aplicabilidad de los resultados esperados. La realización del proyecto posibilitará, el reconocimiento de los factores positivos y negativos que presentan ambos sistemas de salud. En este sentido es factible consolidar propuestas con el fin de mejorar y perfeccionar el sistema de salud español mediante la comparación con otros sistemas de salud. Este estudio ofrecerá una excelente oportunidad tanto para médicos de atención primaria y gestores, para abordar con éxito los retos de la atención primaria en beneficio del paciente a través de los estudios comparativos.

P24.03 FORMACIÓN EN PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS: EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UN PROGRAMA FORMATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Gavilán Moral, A. Villafaina Barroso, M. Gómez Santano, E. Usano Santamaría, B. Sánchez Montero y M. Bravo Cañadas

UD de la Gerencia del Área de Salud de Plasencia. Cáceres. Extremadura.

Correo electrónico: enrique.gavilan.moral@gmail.com

Objetivos. Conocer si la formación en Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE) para la evaluación de intervenciones farmacológicas, mejora la actitud, habilidades y conocimientos en PCBE de los profesionales sanitarios de un Área de Salud. Evaluar el impacto sobre la calidad de la prescripción farmacológica.

Material y métodos. Diseño: estudio cuasiexperimental antes-después. Nivel de asistencia: Atención Primaria. Criterios de selección: médicos de familia, pediatras y farmacéuticos de Atención Primaria de un área de salud. Muestreo consecutivo (voluntarios). Intervenciones: se realizarán en dos fases: en la primera (formativa), se llevará a cabo un seminario teórico-práctico de formación básica en PCBE y varias ediciones de talleres específicos sobre búsquedas eficientes de evidencias, epidemiología clínica y estadística aplicada y lectura crítica de literatura biocientífica, así como un sistema de tutoría y asesoramiento sobre cuestiones metodológicas. La segunda fase (actualización) comenzaría creando un “banco de preguntas clínicas”, siguiendo el esquema PICO, a partir de las dudas de los propios profesionales en la práctica clínica sobre la efectividad de las intervenciones farmacológicas. A partir de dichas preguntas, se llevarán a cabo sesiones de actualización clínica basadas en la evidencia en cada equipo del área. Mediciones: las habilidades, conocimientos y actitudes hacia la PCBE se me-

dirán a través de la traducción al castellano del cuestionario Critical Appraisal Skills Programme Workshop Evaluation Questionnaire. El impacto sobre la calidad de la prescripción de los facultativos se evaluará a partir de una serie de indicadores. Las mediciones se efectuarán antes, a los seis meses y al final del programa formativo. Análisis estadístico: para el análisis descriptivo de variables cuantitativas se calcularán los estadísticos de tendencia central y de dispersión. Para variables cualitativas se calcularán las frecuencias absolutas y relativas de cada categoría. Para la estadística inferencial usaremos el análisis de la varianza de una vía (ANOVA) (variables cuantitativas) y el test de Chi-cuadrado (cualitativas). Limitaciones: sesgo de selección al ser la participación voluntaria. La existencia de otras ofertas formativas en PCBE puede actuar como factor de confusión. La evaluación de la calidad de prescripción es sólo aplicable a los facultativos, no teniendo previsto ninguna fórmula para evaluar el impacto de la formación sobre la actividad clínica de los profesionales.

Aplicabilidad de los resultados esperados. La intervención se espera mejore la comprensión sobre métodos científicos y bioestadísticos, aumente la capacidad de los profesionales para utilizar eficientemente fuentes de información científica y mejore las habilidades de lectura crítica. Todo ello podría contribuir a que la actualización de los profesionales (autoformación, sesiones clínicas, cursos) se base en actuaciones que hayan demostrado ser eficientes.

Aspectos éticos-legales. Se informará a los profesionales de los objetivos del programa formativo y de los métodos de evaluación del mismo. La participación será voluntaria. Se extenderán las medidas para garantizar la confidencialidad y el anonimato de los datos a evaluar. La intervención no implica ningún riesgo potencial para la salud e integridad de los participantes. Al finalizar el programa formativo se les notificarán individualmente los resultados a los profesionales que así lo deseen.

P24.04 DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA DE EXTREMIDADES INFERIORES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

B. Oliva Fanlo, J. Boronat Moreiro, C. Gadea Ruiz y Grupo Clínico Asociado Enfermedades Cardiovasculares RedIAPP

CS Calvià; CS S'Arenal de Palma. Calvià, Palma de Mallorca. Illes Balears. Correo electrónico: bolivaf@gmail.com

Objetivos. Estudiar la validez de la clínica (cuestionario de Edimburgo), la exploración física, el índice tobillo-brazo (ITB) y la pulsioximetría, solas o asociadas, para el diagnóstico de enfermedad arterial periférica de EEII (EAP) en DM. Estudiar la validez de exploración física, ITB y pulsioximetría en pacientes asintomáticos. Estudiar las 4 pruebas en pacientes DM con y sin neuropatía periférica. Estimar la prevalencia de EAP en DM en nuestro entorno.

Material y métodos. Estudio de pruebas diagnósticas CS Calvià. Selección: pacientes DM sin diagnóstico previo de EAP. Muestreo: aleatorio simple. Análisis estadístico: en DM (y en los subgrupos: asintomáticos, DM con y sin neuropatía periférica) se calculará: Sensibilidad, Especificidad, VPP, VPN de cuestionario de Edimburgo, palpación de pulsos, ITB y pulsioximetría, así como de las combinaciones de dichas pruebas. Prevalencia de EAP en nuestra muestra. Mediciones: datos epidemiológicos, antecedentes personales, cuestionario de Edimburgo, palpación de pulsos, ITB, pulsioximetría, presencia de neuropatía (ICDF), análisis cualitativo de la onda Doppler (prueba estándar). Limitaciones: mediciones realizadas por observadores distintos (médicos de familia, enfermeras y residentes de familia) a los que se instruirá en las técnicas a realizar. La prueba-oro ha sido utilizada en revistas de prestigio (Arch Int Med).

Aplicabilidad de los resultados esperados. Conocer cuáles son las pruebas o conjunto de pruebas más rentables para el cribaje de EAP en DM de entre las disponibles en Atención Primaria.

Aspectos éticos-legales. Consentimiento informado oral y escrito sobre las pruebas a realizar, su aplicabilidad y su uso en este estudio.

P24.05 ANCIANOS CON FRAGILIDAD PSÍQUICA EN LA COMUNIDAD. MODELOS PREDICTIVOS PARA EL DESARROLLO DE PSICOPATOLOGÍA EN LA VEJEZ (PSICOTARD II)

T. Lorente Aznar, F. Olivera Pueyo, S. Benabarre Ciria, M. Rodríguez Torrente, M. Casado Ortiz y G. Bernués Sanz

UD de MFyC de Huesca. Huesca. Aragón. Correo electrónico: tlorente@teleline.es

Objetivos. Estimar la incidencia de trastornos mentales en mayores de 64 años de la comunidad: depresión, ansiedad, deterioro cognoscitivo y trastornos psicóticos. Detectar factores predictores de psicopatología de aparición tardía, cuantificando su efecto ajustado para cada una de las psicopatologías. Diseñar modelos predictivos y de cuantificación del riesgo individual de presentar psicopatología tardía en función de la agregación personal de los distintos factores predictivos.

Material y métodos. Estudio observacional prospectivo. Será estudiada una cohorte de ancianos libres de enfermedad mental. Se trata de los pacientes estudiados en el proyecto PSICOTARD (PI 042546), un estudio de prevalencia de psicopatología en ancianos. Fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio sistemático. El marco muestral fué la base de datos de la Tarjeta Sanitaria Individual. El tamaño de la muestra se calculó en base a prevalencias del 25%, para resultados con precisiones del 5%. Resultó un tamaño de 293 participantes. Mediciones: los participantes serán reevaluados 3 años después del estudio inicial, para detectar aparición de psicopatología de inicio en ese periodo. Variables predictivas: edad, sexo, estado civil, índice acumulativo de enfermedad, nivel de escolarización, etnia, Índice de Barthel, viudedad, alteraciones sensoriales, aislamiento social, mala salud autopercibida, cambio reciente de domicilio. Variables desenlace: presencia de depresión (escala de depresión geriátrica de Yesavage), deterioro cognoscitivo (Mini-examen cognoscitivo de Lobo). Ansiedad: subescala de Ansiedad de Golberg. Ideación paranoide, presencia de alucinaciones u otros delirios (Escala de Cambridge, CAMDEX). Prevención de sesgos: se emplean test diagnósticos de comprobada validez y fiabilidad. Distintos talleres y sesiones sirvieron para entrenar a los investigadores, unificar criterios y resolver dudas. Se pilotó el cuaderno de vaciado de datos sobre pacientes reales. Los mismos profesionales que realizaron la valoración inicial, reevaluarán a los mismos participantes unos años después, de forma que se maximiza la fiabilidad intraobservador. Prevención de pérdidas mediante seguimiento cercano de los participantes, visitas domiciliarias cuando sea preciso, controles telefónicos periódicos y presencia de un becario con funciones de coordinación y enlace. Previsión del análisis estadístico: estimación de incidencias y de los factores relacionados con la aparición de las psicopatologías mediante pruebas bivariadas de contrastes de hipótesis. Se diseñarán modelos de regresión logística para determinar factores que puedan considerarse relacionados con cada patología, independientemente de los demás, así como la magnitud de su efecto. Para evaluar la capacidad predictiva de los distintos modelos se realizarán las pruebas de bondad de ajuste de Hosmer-Leweslow de los modelos multivariantes resultantes y se calcularán indicadores de validez: sensibilidad, especificidad, valores predictivos y razones de probabilidad.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Detectar la importancia de los factores predictivos para el desarrollo de trastornos mentales supondría conocer el riesgo de una persona mayor para el desarrollo de psicopatología en un futuro inmediato. Sobre estos pacientes podríamos diseñar estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento tempranos y planes específicos de cuidados, implicando a los equipos de atención primaria y a los recursos socio-sanitarios de la comunidad.

Aspectos éticos-legales. No se realizan intervenciones farmacológicas ni de ningún otro tipo. Todos los participantes fueron informados del objetivo y de las características del estudio, y aceptaron su participación mediante documento de consentimiento informado.

P24.06 MINIENSAYOS EN UN CENTRO DE SALUD: NOS PREPARAMOS PARA ATENDER LAS EMERGENCIAS SANITARIAS

S. Muñoz Gómez, B. Casabella Abril, M. García Ortega, M. Trenchs Rodríguez, E. Sofit Morán y S. Delgado Girón

CS Drassanes (equipo Raval Sud-SAP Litoral). Barcelona, Cataluña.
Correo electrónico: bcasabellaa@meditex.es

Objetivos. Probar la eficacia de una serie de intervenciones cortas tipo ensayo-formación en la atención a las emergencias sanitarias (EMS) de un Centro de Salud (CS).

Material y métodos. Diseño, lugar de realización y marco o nivel de atención sanitaria, criterios de selección, muestreo, análisis estadístico, mediciones e intervenciones, limitaciones del estudio. Estudio de intervención educativa. CS urbano de estructura vertical (8 plantas); Atención Primaria. Participantes: profesionales sanitarios de guardia en el CS el día del ensayo; personal no sanitario que detecta la EMS. 1-2 Controladores. Material: 1. Plan de EMS; 2. Organigrama de los ensayos; 3. Instrumentos de medida: a) Encuesta de opinión/conocimientos; b) Plantilla de cri-

terios de estructura/recursos (33 ítems; escala Likert 1-3); c) Plantilla de valoración de tiempos de sucesos esenciales en el paro cardiorrespiratorio (7 ítems); d) Plantilla de valoración de sucesos en EMS sin paro cardiorrespiratorio (20 ítems, escala 1-3); e) Plantilla de análisis de averías (28 ítems, escala 1-3); f) Mini encuesta de opinión post ensayo para participantes (6 ítems); 4. Base de datos. 5. Hoja descriptiva de escenarios clínicos: aspecto ensayado, gravedad 1-4, complejidad 1-3, objetivos docentes, planificación y Guía de Procedimiento sistematizada. 4. Maniquí/paciente. Procedimiento y recogida de datos. 1 mes antes: consentimiento al personal ("mini ensayos de EMS a realizar próximamente") y cumplimiento de la encuesta de opinión/conocimientos. Formación de media hora al personal no sanitario. Se realizará 1 mini ensayo quincenal hasta un total de 6 (de complejidad creciente y duración inferior a 15 minutos, incluyendo correcciones y formación). Estos mismos escenarios, variando el orden, se repetirán con los mismos participantes y similares condiciones durante los 4 meses siguientes. Los dinamizadores seguirán la Guía de procedimiento. Al final: Encuesta de opinión. Evaluación a mitad y final del periodo. Análisis estadístico: programa estadístico SPSS para Windows versión 15. Análisis descriptivo y comparativo de las dos series de ensayos. Prueba t para datos apareados. Concordancia Kappa entre variables cualitativas y coeficiente de correlación intraclass para cuantitativas. Limitaciones del estudio. La falta de instrumentos de medida adecuados nos ha llevado a elaborarlos fusionando modelos empresariales con registros de calidad asistencial sanitarios y adaptarlos al CS con ayuda de un profesional con experiencia en validación de instrumentos. No está clara con qué periodicidad realizar los simulacros para una buena retención de habilidades. La expectativa del personal de poder verse implicados en los ensayos podría reducir su espontaneidad de actuación pero favorecerá la aceptabilidad futura. No hemos encontrado estudios similares para comparar nuestros resultados.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Si demostramos mejora y satisfacción en los parámetros evaluados, probablemente, un modelo de intervención educativo sencillo, implementado por y para el equipo, que integre actuación y formación simultáneas a modo de "ensayo teatral" resulte más factible, útil y aparentemente más eficiente que realizar simulacros y formación externos no simultáneos. En los CS de estructura horizontal su implementación se vería simplificada. Creemos conveniente profundizar en futuros estudios basados en el modelo mini ensayos e introducir la video grabación para facilitar su análisis retrospectivo.

Aspectos éticos-legales. Consentimiento informado. Pendiente de aprobación del Comité de Ética e Investigación de referencia.

P24.07 PRESIÓN ASISTENCIAL: REPERCUSIONES ÉTICAS Y CLÍNICAS

M.J. Pereda Riguera y L. Martín Vallejo

CS Dr. Trueta, Área 8; Gerencia de Atención Primaria de Burgos.
Madrid, Burgos. Comunidad de Madrid, Castilla y León.
Correo electrónico: lmvallejo@gmail.com

Objetivos. Evaluar las implicaciones éticas derivadas del exceso de presión asistencial. Específicos: evaluar la relación entre la presión asistencial y la realización de actividades preventivas. Conocer la opinión de los profesionales respecto a la influencia de la presión asistencial en el desempeño profesional.

Material y métodos. Estudio: descriptivo transversal. Ámbito de estudio: Burgos capital y Área 8 AP de Madrid. Sujetos: médicos de AP Burgos y Área 8 de Madrid. Usuarios entre 15 y 64 años con TSI. Variables demográficas, actividades PAPPS. Criterios de inclusión/exclusión/muestreo: Burgos: 404 usuarios de 15 a 64 años del área 8 de Madrid. Madrid: todos los usuarios de 15 a 64 años del Área 8 de AP Madrid. Variables: demográficas (edad, sexo, años ejercicio profesional, antigüedad en el puesto de trabajo, presión asistencial media, etc.). Actividades preventivas a estudiar: hombres: despistaje HTA, colesterol, hábito tabáquico, obesidad, alcohol. Mujeres: las mismas, más despistaje de Ca cérvix y mama. Mediciones e intervenciones: cuestionario ad hoc a todos los médicos de EAP seleccionados. Revisión registros de los cupos seleccionados. Análisis estadístico: descriptivo para cada variable seleccionada. Correlación entre presión media asistencial y cumplimentación en historia de actividades preventivas. Nivel de significación 0,05 y los intervalos de confianza con un nivel 95%. El análisis estadístico se realizará con un paquete estadístico SPSS versión 14.0.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Los resultados obtenidos permitirán conocer los problemas derivados del exceso de presión asistencial, y

establecer una comparativa entre 2 comunidades, y relacionar otros posibles factores influyentes en la práctica clínica o si por el contrario existe una semejanza derivada de la misma causa (el exceso de PA). Nos permitirá además analizar las consecuencias de esta situación sobre uno de los pilares de la Atención Primaria, las Actividades Preventivas, no sólo por estar incluidas en Cartera de Servicios, sino desde la perspectiva ética del compromiso con la salud de los pacientes.

Aspectos éticos-legales. La información se recogerá de los registros asegurando la confidencialidad de los mismos. El proyecto ha sido Conforme por el CEIC del Hospital General Yagüe.

P24.08 EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN DOMICILIARIA PARA REDUCIR ERRORES DE MEDICACIÓN EN PACIENTES POLIMEDICADOS MAYORES DE 65 AÑOS

*A. Rubio Rodríguez, J. González Lama, L. Péruela de Torres,
C. Péruela de Torres, A. Pérez Trujillo, L. Pulido Ortega y Grupo EM-AP
UD de MFyC de Córdoba. Córdoba. Andalucía.
Correo electrónico: langel.perula.sspa@juntadeandalucia.es*

Objetivos. Demostrar que una breve intervención estandarizada domiciliaria dirigida a pacientes polimedidos mayores de 65 años, consigue disminuir los errores en la medicación y el incumplimiento terapéutico.

Material y métodos. Tipo de estudio: cuasiexperimental (antes-después), abierto, y multicéntrico. Ámbito: 10 Centros de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud ubicados en una provincia. Se prevé que participen 12 médicos de familia y 6 enfermeras. Sujetos: Criterios de inclusión: > 65 años, de ambos性s, polimedidos, con algún error en la medicación, que acepten participar. Criterios de exclusión: alto deterioro cognitivo, enfermedad neurológica o psíquica invalidante, ACV grave en los últimos 6 meses, inmovilizados o con un índice de Barthel inferior a 90 puntos, incapaces para realizar ABVD, pacientes que estén a cargo de un cuidador. Muestreo: deseamos detectar una diferencia del 10% de reducción en el porcentaje de incumplimiento terapéutico (42,5%), para un error alfa del 5% y un error beta del 20%, una hipótesis unilateral y una tasa de pérdidas del 15%, se necesitarían reclutar 162 sujetos. Se prevé que cada investigador reclute 10-11 pacientes de su cupo. Mediciones e intervenciones: plan de formación de los profesionales: taller sobre Seguridad del paciente y entrevista motivacional. Pacientes: basada en la entrevista motivacional y en el establecimiento de estrategias que actúen sobre las barreras principales. Mediciones: -Variables dependientes: errores en la medicación y adherencia al tratamiento (test de Haynes-Sackett y Morisky-Green). -Variables independientes: del Centro de Salud, del profesional, del paciente: variables sociodemográficas, clínicas y asistenciales: morbilidad, estado funcional (Pfeiffer) y ABVD. Datos farmacoterapéuticos. Análisis estadístico: t de Student para datos apareados o test de Wilcoxon (promedio de errores de medicación antes-después de la intervención). Test de McNemar (porcentaje de pacientes con errores de medicación pre-postintervención). Para comprobar la relación entre los factores pronósticos o de riesgo y los errores de medicación, ajustando por las variables contundentes: análisis de regresión lineal múltiple. Limitaciones: El tipo de diseño empleado: descartamos la posibilidad de contar con un grupo control por razones éticas, ya que el criterio de entrada es el de presentar algún error de medicación y ello nos obliga a tener que intervenir. Su carácter abierto: no es posible enmascarar la intervención, y tanto los pacientes como los profesionales conocerán los pormenores de la misma (efecto Hawthorne).

Aplicabilidad de los resultados esperados. Mejorar la seguridad del paciente, su patología y su calidad de vida. Menor demanda por problemas derivados de la toma inadecuada de los fármacos.

Aspectos éticos-legales. Se hará de acuerdo con la legislación vigente y las directrices de BPC de la ICH y la Declaración de Helsinki. Consentimiento informado. Proyecto aprobado por un Comité de Ética de Investigación Clínica.

P24.09 IMPACTO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y PERFIL CLÍNICO DEL PACIENTE TERMINAL EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA

*A. Mezquita Pérez y M. Cabrera López
CS La Campana; CS El Porvenir; CS El Greco; CS Montequinto.
Sevilla. Andalucía.
Correo electrónico: anamezquitaperez@telefonica.net*

Objetivos. Identificar la población diana tributaria de recibir Cuidados Paliativos en el área correspondiente a los distintos centros de salud participantes. Analizar la incidencia y prevalencia de los pacientes en situación terminal tanto oncológicos como no oncológicos. Evaluar las características clínico evolutivas de los pacientes en situación terminal. Describir características comunes y diferenciales en cuanto al manejo de los pacientes terminales con enfermedad oncológica y no oncológica. Evaluar la efectividad de los criterios de la NHO para establecer los criterios de terminalidad en los pacientes no oncológicos. Analizar el consumo de recursos (atenciones urgentes, atenciones programadas en consultas y hospitalizaciones), de los pacientes terminales durante el tiempo estudiado.

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional de todos los pacientes que fueron atendidos en los centros de salud durante los meses de febrero-abril del 2007. Fueron estratificados en tres categorías: se consideraron pacientes paliativos oncológicos en situación terminal (grupo PLO) a aquellos pacientes con enfermedad de origen tumoral avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado. El grupo de pacientes con enfermedad terminal no oncológica (grupo PLNO) vendrá definida, además, por la presencia de fracaso orgánico y deterioro progresivo irreversible. Se han analizado solamente por su mayor prevalencia, los pacientes con enfermedad cardiaca, respiratoria, renal y/o hepática que cumplan los criterios de terminalidad. Los que no cumplían criterios de inclusión en las cohortes anteriores se consideraron generales (grupo GE). Primera fase del estudio (febrero-abril 2008), se analizaron de forma global las siguientes variables: edad, sexo, tipo (oncológica y no oncológica) que determina terminalidad, tipo de tumor en caso, las características clínico evolutivas y la limitación funcional, basal (la que el paciente tenía inicialmente, en el momento de ser incluido en el programa), la calidad de vida, la supervivencia, el consumo de recursos que precisaron estos pacientes, durante un período en total de doce meses desde que se inició el estudio. Segunda fase (mayo 2008-febrero 2009), se medirá la evolución clínica de dichos pacientes volviendo a recoger las mismas variables en todos los grupos a los tres y seis meses. Criterios de inclusión son: -Paciente oncológico que reúna los criterios de Terminalidad; -Pacientes con enfermedad cardiaca, respiratoria, renal y/o hepática que cumplan los criterios de terminalidad según la National Hospice Organization (1999). Para las comparaciones se utilizarán los test estadísticos de Chi cuadrado y de Fisher, el ANOVA y test post-hoc (Tukey y T3-Dunnett) y el de Kruskal Wallis (para limitación funcional). El dintel de significación estadística se estableció para una $p < 0,05$.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Buen comienzo para la implantación de los cuidados paliativos en todos los sectores o zonas comarcas basándose no sólo en las necesidades, sino también en la factibilidad de los profesionales es el de conocer qué población estimada es susceptible de recibir cuidados paliativos y qué características presenta dicha población.

Aspectos éticos-legales. Aplicabilidad en el desarrollo de medidas éticas y mejora en resolución de futuros problemas legales que las situaciones de terminalidad pueden plantear.

P24.10 ESTUDIO INMUNOLÓGICO Y ADECUACIÓN VACUNAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

*C. Molina Guasch, R. Mourelle Varela, E. Fernández Pérez,
J. Valero Rodríguez, E. Martín Correa y E. Ramírez Moreno
ABS 4 Riu Nord-Riu Sud. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: r.mourelle@gmail.com*

Objetivos. Conocer el estado inmunitario de la población atendida en centro de salud, así como el estado vacunal de la misma, en población autóctona y en población inmigrante en función de sus características sociodemográficas. Adecuación de registro vacunal y de diagnósticos en hoja de monitorización de historia informática e-cap.

Material y métodos. Diseño: estudio observacional, transversal y descriptivo. Lugar de realización: Centro de salud de Santa Coloma de Gramenet, una población urbana de clase social media-baja en la provincia de Barcelona con alto porcentaje de población inmigrante. Marco o nivel de atención sanitaria: Atención Primaria. Criterios de selección: población atendida en centro de atención primaria que demanda asistencia por cualquier motivo, a la que se ofrece la realización de analítica dentro del programa de PAPPS informándose de la inclusión en estudio con solici-

tud de las serologías estudiadas. Criterios exclusión: edad < 18 años; pacientes atómicos e institucionalizados; pacientes que no den consentimiento para inclusión en el estudio; pacientes con analítica realizada según protocolos de PAPPS en los tiempos por este marcados; pacientes en tratamiento por hepatitis crónica. Muestreo: simple. Análisis estadístico: estudio de prevalencia de positividad en serologías estudiadas para población autóctona en inmigrante en función de sus diferentes características sociodemográficas. Mediciones e intervenciones: estudio de prevalencia de serologías de hepatitis (A, B y C), lúes, VIH, rubeola. Estudio de registro vacunal y de diagnósticos en hoja de monitorización de historia informática e-cap. Realización en función de resultados obtenidos en cumplimentación de registro vacunal de protocolo para actualización de dichos registros, así como del calendario vacunal consensuado con resto de equipo de atención primaria. Realización de protocolo consensuado con resto de equipo de atención primaria, con pautas de actuación para determinación de estado inmunitario, registro y actualización del mismo en población inmigrante. Solicitud de inclusión de determinación de diferentes serologías hasta el momento ausentes en peticiones de laboratorio. Limitaciones del estudio: imposibilidad de estudio completo de estado inmunitario de la población atendida ante imposibilidad de solicitud de determinadas serologías que se pretendían estudiar. Acceso a población no demandante de atención: desconocimiento por parte de población autóctona, y en mayor medida en la inmigrante de su estado vacunal.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Comentado en apartado mediciones e intervenciones.

Aspectos éticos-legales. Solicitud consentimiento informado oral para petición analítica de serologías. Dificultad en población inmigrante para explicar procedimiento derivado de barrera idiomática y la intervención de terceras personas (traductores).

P24.11 ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE SEDACIÓN PALLIATIVA

M. Sánchez Correas e IPALEx (Grupo de Investigación Multicéntrica del Programa Regional de Cuidados Paliativos del Servicio Extremeño de Salud)

Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Badajoz. Badajoz. Extremadura. Correo electrónico: masanchezc@papps.org

Objetivos. El objetivo principal de este estudio es mejorar la obtención de datos de estudios previos que permitan una mejor caracterización de la frecuencia de la sedación paliativa y mediante un estudio multicéntrico regional proporcionar un amplio entendimiento de las circunstancias que conducen a la decisión de su uso y conocer el grado de cumplimiento de las condiciones éticas de adecuada utilización, así como los tipos de fármacos empleados y sus resultados. Otros objetivos secundarios son: -Conocer si lo que está sucediendo en Extremadura en relación a la aplicación de la sedación como herramienta paliativa, se asemeja a experiencias previas publicadas. -Detectar si existen diferencias llamativas en su utilización entre los equipos de las distintas áreas de salud del programa regional de Cuidados Paliativos. -Evaluar existencia de diferencias dependiendo del lugar de aplicación (ámbito domiciliario vs hospitalario).

Material y métodos. Estudio multicéntrico regional, observacional descriptivo, longitudinal, en los 8 equipos de soporte de Cuidados Paliativos de Extremadura sobre sedación paliativa. Se definirá anticipadamente la definición operativa de Sedación Paliativa y se distribuirá a todos los equipos modelo de recogida de datos donde habrá de recogerse, en caso de que se precise sedación, el motivo de la misma, el tipo de consentimiento, el lugar, el fármaco y dosis utilizada, si es intermitente o continua, su duración, y algunas medidas de resultado (necesidad o no de dosis extras, de modificación de dosis, nivel de sedación...). Además se reflejarán datos sociodemográficos, así como el diagnóstico principal de todos los pacientes fallecidos incluidos en programa de atención de los equipos de Cuidados Paliativos (ESCPs) durante el periodo de estudio (6 meses).

Aplicabilidad de los resultados esperados. Con los datos que se obtengan tendremos una aproximación de lo que está sucediendo en Extremadura en relación a la aplicación de la sedación como herramienta paliativa, si se asemeja a experiencias previas publicadas y si existen diferencias llamativas en su utilización entre los equipos de las distintas áreas de salud del programa regional de Cuidados Paliativos. Se proporcionará además un amplio entendimiento de las circunstancias que conducen a la decisión de su uso y conoceremos el grado de cumplimiento de las condiciones éticas

de adecuada utilización, así como los tipos de fármacos empleados y sus resultados.

Aspectos éticos-legales. El proyecto habrá de ser evaluado y permitido por el comité de ética regional y/o del Área de Salud al que pertenece el investigador principal.

P24.12 USO DE LA PULSIOXIMETRÍA AMBULATORIA COMO FACTOR PREDICTIVO DE INGRESO HOSPITALARIO

F. Gutiérrez Navi, R. León Gallo, M.D. Reina, M. Villarrubí, G. Pérez y M. Vila

ABS 4 Riu Nord-Riu Sud. Santa Coloma de Gramanet (Barcelona). Cataluña. Correo electrónico: fresdik@yahoo.com

La pulsioximetría ha demostrado ser un método efectivo para conocer la situación gasométrica de pacientes en situación de compromiso respiratorio y presentar buenas correlaciones con gasometrías posteriores. El uso ampliamente difundido de la pulsioximetría a nivel de la práctica clínica hospitalaria contrasta con el poco uso de dicho recurso a nivel de atención primaria y la escasa bibliografía encontrada al respecto. La pulsioximetría es un método de fácil realización e incruento que aporta información de especial relevancia en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que debido a fenómenos de tolerancia, aceptan la disnea, tos y taquipnea como síntomas habituales de su vida cotidiana.

Objetivos. 1-Determinar la relación de valores alterados de saturación parcial de oxígeno (SpaO₂), mediante pulsioximetría ambulatoria en pacientes EPOC, con ingresos hospitalarios subsiguientes. 2- Determinar la prevalencia de pacientes EPOC cuyo motivo de consulta no está relacionado con síntomas de su enfermedad, que presentan valores alterados de SpaO₂. 3-Comparar valores alterados de SpaO₂ con otros signos de insuficiencia respiratoria (disnea, taquipnea, tiraje) como factor predictivo de ingreso hospitalario.

Material y métodos. -Diseño: estudio longitudinal descriptivo. -Ámbito: centro de atención primaria urbano. -Población de estudio: pacientes EPOC codificados como J44 (CIM-10) en la historia clínica informatizada (e-CAP), atendidos en la consulta de urgencias de 11 facultativos del equipo de salud; criterio de exclusión: EPOC en situación de IRC en tratamiento con oxigenoterapia domiciliaria. Tamaño muestral (alfa: 5%; precisión + 5%; proporción: 3%): 45 casos. Técnica de muestreo: probabilidad consecutivo. -Variables: edad, sexo, frecuencia respiratoria, hipofonesis, tiraje intercostal, valor pulsioximetría, motivo consulta, derivación hospitalaria, ingreso hospitalario. -Recogida de datos: se recogerán datos y se realizará exploración respiratoria a todos los EPOC atendidos y necesarios, entre noviembre de 2008 y febrero de 2009. Según las medidas de SpaO₂ y según datos de la exploración respiratoria se asumirá el seguimiento de dicho paciente a nivel de atención primaria o se derivará al hospital de referencia. Posteriormente, se analizará si ha habido ingreso hospitalario. -Análisis estadístico: análisis univariado descriptivo: frecuencias, media y desviación estándar, y prevalencia de EPOC con valores alterados SpaO₂. Se calculará la t Student y la odds ratio (IC 95%) para comparar valores SpaO₂ e ingreso hospitalario. Y se determinará y comparará el valor predictivo positivo y negativo de la pulsioximetría y de los signos de insuficiencia respiratoria como criterios de ingreso hospitalario.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Realizar pulsioximetría en la práctica clínica diaria a todo paciente EPOC para adecuar las derivaciones hospitalarias y detectar pacientes EPOC en situación de insuficiencia respiratoria que pasan inadvertidos por fenómenos de tolerancia a la disnea.

Aspectos éticos-legales. Consentimiento informado oral.

Sesión 25

Viernes, 21 de noviembre. 09.00-10.00 h
Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Enfermedades infecciosas**P25.01 RABIA, UNA VIGILANCIA PROACTIVA EN EL TERRITORIO**

D. Castrillejo Pérez, A. Gómez Anés, J. Burillo Téllez, J. Ruiz Olivares, L. Hermoso Castro y N. Martínez Ladaña

Dirección General de Sanidad y Consumo. Consejería de Bienestar Social y Sanidad. Melilla.

Correo electrónico: d.castrillejo@telefonica.net

Objetivos. Conocer los datos referidos a tratamientos antirrábicos postexposición en el territorio. Revisar pautas de actuación tras exposición.

Material y métodos. Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se analizaron los datos del registro sanitario antirrábico, veterinario y médico de 2002 a 2007.

Resultados. La media anual de los tratamientos iniciados en este periodo es de 58. Finalizan el mismo el 80,5%. La relación es de 2:1 varón/mujer, encontrando casos en todos los grupos de edad. Los animales agresores fueron en un 66,2% perros, de los cuales un 41% estaban vacunados frente a la rabia, y un 25% de gatos, estando vacunados el 6%. En el año 2002 en nuestro territorio hay cinco casos de rabia en perros y otro en caballo, en 2003, 2004 y 2005 en cada uno hay un caso de rabia en perro.

Conclusión. La proximidad de países con rabia endémica y frontera directa, la llegada de viajeros y migrantes procedentes de áreas enzooticas y la posibilidad de introducción de animales infectados significan que el riesgo de rabia humana sigue presente entre nosotros. La labor que desde la Atención Primaria de Salud se desarrolla para la remisión y tratamiento postexposición es fundamental.

P25.02 PRESENCIA DE BLEE EN ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE ITU EN NIÑOS EN UNA ÁREA DE SALUD

M. Porras Guerra, E. Sánchez Casado, M. Bernad Vallés, M. Asensio Calle, A. Funcia Barrueco y M. Velasco Marcos

Hospital Universitario de Salamanca; CS de San Juan. Salamanca. Castilla y León.

Correo electrónico: isabelporras@yahoo.es

Objetivos. Determinar la presencia de cepas productoras de BLEE (beta-lactamases de espectro extendido) en patógenos productores de ITU en la población pediátrica de Salamanca durante los años 2005-2006.

Material y métodos. Se identificaron patógenos más frecuentes causantes de ITU en niños. Se realizó antibiograma para sensibilidad y presencia de BLEE. Identificación y antibiograma se realizó por el método WIDER I. Se consideró cepas posibles productoras de BLEE, las que presentaban en el antibiograma una CMI para cefotaxima y/o ceftazidima mayor o igual a 2.

Resultados. 35.072 muestras; 7.743 positivas. 10,4% pacientes pediátricos. Del hospital 268, el resto de Atención Primaria. Los patógenos más frecuentes: *E. coli* (61%), *Proteus* sp (12,6%) y *Klebsiella* sp (9,2%). La resistencia: 63% amoxicilina, 11,1% amoxicilina-clavulánico, 13,3% cefuroxima y 28,1% cotrimoxazol. La resistencia es similar en A.P. y en hospital para amoxicilina y cefuroxima y el doble para amoxicilina-clavulánico y gentamicina (22% en hospital frente al 11% en A.P. y 7,8% frente al 3,9% de ambulatorio respectivamente). Cepas posibles productoras de BLEE, un 4,2% del total: *E. coli* 2%, *Klebsiella* sp 17,6% y *Proteus* sp 4,9%. Negativo en *Proteus* sp hospitalarios. *E. coli* más cepas BLEE en muestras comunitarias y *Klebsiella* sp mayor en hospital. BLEEs comunitarias 57,1% frente al 42,9% de hospitalarias.

Conclusión. Presencia BLEE en *Klebsiella* sp muy elevada (46,4%). Presencia BLEE mayor en cepas ambulatorias (57,1%) quizás por prescripción de tratamiento sin antibiograma previo. En pediatría, la presencia de BLEE es similar a población adulta (4%), ligeramente superior en ambulatorio.

P25.03 ACINETOBACTER BAUMANNII MULTIRRESISTENTE EN EL HOSPITAL, DE MOMENTO... SENSIBLE EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Porras Guerra, E. Sánchez Casado, M. Bernad Vallés, A. Funcia Barrueco, R. Rojo Chico y R. Fernández Ovejero

Hospital Universitario de Salamanca; CS de San Juan. Salamanca. Castilla y León.

Correo electrónico: isabelporras@yahoo.es

Objetivos. Determinar la sensibilidad de cepas de *A. baumannii* aisladas en muestras procedentes tanto de pacientes de la comunidad como hospitalizados.

Material y métodos. A partir de cepas de *A. baumannii* aisladas en muestras de pacientes ambulatorios y hospitalizados durante 3 años. Se realizó antibiograma para determinar sensibilidad de las cepas a los antibióticos empleados con más frecuencia. Identificación y sensibilidad se realizó por el sistema WIDER I.

Resultados. Se aislaron 269 cepas. Procedían de abscesos, aspirados bronquiales, catéteres, drenajes, escaras, esputos, heridas, líquidos, orinas, hemocultivos, y úlceras. Comunitarias el 14,12%, de orinas 50%, úlceras 18,4% y escaras 10,5%. Resistencia en cepas ambulatorias: 70,1% para amoxicilina, 57,9% amoxicilina-clavulánico, 89,5% cefuroxima y cefotaxima, 86% fosfomicina, 52% cotrimoxazol, 36,8% fluorquinolonas, 10,5% gentamicina, tobramicina y amicacina y 2,6% presentaban resistencia a imipenem, meropenem y piperacilina/tazobactam. 162 presentan multirresistencia (resistentes a los antibióticos estudiados o sólo sensibles a colistina). Las cepas resistentes procedían de hospitalizados: medicina interna (36,4%), cirugía (12,1%), UCI (10,8%) y hematología (5,2%). Resistentes a colistina 3,3%. En la comunidad, 18,4% de cepas resistentes a colistina frente al 0,84% del hospital.

Conclusión. La multirresistencia es, de momento, exclusiva del hospital. Las cepas comunitarias no son multirresistentes pero presentan elevada resistencia a B-lactámicos, cefalosporinas, cotrimoxazol y quinolonas. La resistencia a colistina, (tratamiento de elección) presenta mayor resistencia en cepas comunitarias. Un tratamiento correcto (antibiótico, dosis, duración, cumplimiento) e higiene adecuada en la manipulación de enfermos es fundamental para evitar la multirresistencia del germe que está aumentando su frecuencia en ambos ámbitos.

P25.04 PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN ADULTOS CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

J. del Pozo Niubó, B. Persiva Saura, M. Monedero Mira, M. Battalla Sales, R. Tena Barreda y A. Masoliver Forés

CS Rafalafena. Castellón. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: jaumedelpozo@hotmail.com

Objetivos. Describir la prevalencia de faringoamigdalitis agudas (FAA) y el patrón de prescripción antibiótica en la población adulta (> 14 años) en un centro de salud urbano.

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo transversal. Ámbito: Atención Primaria. Centro de Salud urbano. Criterios de selección: pacientes > 14 años diagnosticados de FAA en nueve cupos/consultas de centro de salud en el año 2007. N° sujetos incluidos: total de FAA para cálculo de prevalencia. Realización de estudio piloto para conocer la variabilidad del% de prescripción antibiótica y poder calcular así el tamaño de la muestra (N). Se han aplicado técnicas de muestreo aleatorio estratificado. Variables estudiadas: edad, sexo, prescripción o no de antibiótico; alergia a penicilinas; tipo de antibiótico prescrito; antibiótico de elección o alternativa.

Resultados. Población de estudio: total de FAA: 1427; prevalencia FAA 9,64%; edad 37,48 ± 1,86; sexo: hombre 43,3% ± 5,6%, mujer 56,7% ± 5,6%. Tamaño de la muestra N: 300; % prescripción antibiótica: 55,33% ± 5,63%; patrón de prescripción: penicilina 10,2% ± 4,6%, amoxicilina 26,3% ± 6,7%, amoxicilina-clavulánico 31,7% ± 7,1%, cefuroxima 12% ± 4,9%, macrólidos 17,4% ± 5,7%, otros 1,8%. Únicamente dos pacientes alérgicos a penicilina recibieron tratamiento antibiótico (macrólidos).

Conclusión. El% de prescripción antibiótica en FAA en adultos supera la prevalencia teórica de etiología bacteriana en FAA (5-15%). Existe una infratratización de los antibióticos considerados de 1ª elección (penicilina) o alternativos (amoxicilina) y, en contraposición, una excesiva prescripción de antibióticos de amplio espectro (amoxicilina-clavulánico, cefuroxima) y de macrólidos.

P25.05 VARICELA, UNA ENFERMEDAD PREVENIBLE

R. Vilchez Ortiga, C. de Ugarte Hernández, M. Campillo Páez,
Y. Santamaría Calvo, A. Vigil-Escalera Villaamil y J. Lesmes González
CS Potes, Área 11. Madrid. Comunidad de Madrid.
Correo electrónico: tcampillos@netscape.net

Objetivos. Describir las características de los ingresos por varicela en un hospital universitario madrileño en el periodo 2003-2005.

Material y métodos. Estudio retrospectivo transversal. Ámbito de realización: Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. Criterios de inclusión: todos los pacientes ingresados con el diagnóstico principal de varicela en este hospital entre 2003-2005. Sujetos incluidos: 143. Variables de estudio: edad, sexo, embarazo y edad gestacional, país de origen, servicio de ingreso, días de ingreso, días de aislamiento, tratamiento, complicaciones, antecedentes de vacunación y factores de riesgo.

Resultados. Del total de EDOs de varicela en el área sanitaria 11 de Madrid en el periodo 2003-2005 (13922), ingresan 143 personas (7,4%), 90 de ellas mujeres, y de éstas 52 embarazadas; máxima incidencia en los primeros años de vida y un pico entre los 21-36 años. La mayoría (72%) son autóctonas de España. El principal servicio de ingreso es la unidad de infecciones pediátricas, seguidas de obstetricia. La mayoría ingresa en primavera e invierno y se instaura tratamiento en el 82% de los casos con antivirales y medidas sintomáticas. La principal complicación en niños es el impétigo, seguido de la celulitis y en adultos la neumonía varicelosa. El principal factor de riesgo es la inmunosupresión.

Conclusión. La varicela es una enfermedad que precisa el ingreso en el 7,4% de los afectados. Destacar las mujeres en edad fértil, no inmunizadas frente a esta enfermedad, que contraen la varicela durante el embarazo, esto obliga a plantearse el screening preconcepcional desde las consultas de atención primaria. Ningún ingresado refiere antecedente vacunal.

P25.06 DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

G. Falcó Faydella, A. Estafanell Celma, M. Ruiz Durán,
P. Grimaldo Casanova, A. Bautista Puente e I. Arteaga Pillasagua
CAP Sant Miquel. Granollers (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: 36474gff@comb.es

La enfermedad de Chagas o Tripanosomiasis americana es una zoonosis endémica en el continente americano. Las principales vías de transmisión son: la vectorial en países endémicos, la transfusional y la vertical en nuestro medio. El diagnóstico en atención primaria se realiza mediante análisis de sangre detectando anticuerpos IgG Trypanosoma cruzi. Para el estudio de extensión en la fase crónica se recomienda electrocardiograma (ECG), placa de tórax (Rx) y ecocardiografía.

Objetivos. Conocer la prevalencia de infección por Trypanosoma cruzi en pacientes procedentes de países latinoamericanos.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Recogida de datos abril 2007-mayo 2008 en un centro urbano. Detección oportunista solicitando análisis de sangre con serología T. cruzi. Nuestro laboratorio de referencia utiliza el método ELISA. Variables: edad, sexo, país de procedencia, serología, ECG, ecocardiograma, Rx tórax, derivación a Unidad Medicina Tropical/servicio Medicina Interna.

Resultados. Muestra de 53 pacientes, 85% mujeres, edad media 31,09 años, país de origen: Bolivia 85%, Paraguay 1,8%, Chile 1,8%, Ecuador 1,8%, desconocido 9,4%. Serología T. cruzi: positiva 49% (26/53), negativa 41,5% (22/53), no presentada 9,4% (5/53). Se realizó ECG 80,77% (21/26), ecocardiograma 30,76% (8/26) Rx tórax 11,53% (3/26) y derivación a especialista 42,3% (11/26).

Conclusión. La infección por T. cruzi la encontramos en el 49% de los pacientes estudiados. La mayoría de las pacientes son mujeres en edad fértil siendo muy importante el seguimiento durante el embarazo y el estudio posterior al recién nacido. Estamos desarrollando con nuestro hospital de referencia el circuito para el estudio de la enfermedad de Chagas y la indicación de tratamiento.

P25.07 UTILIDAD DE LA TIRA REACTIVA DE ORINA, SEDIMENTO Y MICROSCOPIA DE CONTRASTE DE FASES EN EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN DE ORINA

C. Llor Vilà, A. Alfaro, N. Sierra, S. Hernández, L. Bascuas y R. Antón
CS Jaume I. Tarragona. Cataluña.
Correo electrónico: carles.llor@urv.cat

Objetivos. Conocer la correlación existente de la tira reactiva de orina, del sedimento y de la microscopía en el diagnóstico de la infección de orina. **Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo realizado en cuatro consultas de atención primaria. Se reclutaron consecutivamente mujeres con síntomas de infección de orina (al menos disuria y polaquíuria) excluyéndose embarazadas y pielonefritis. Variables: sedimento, urinocultivo, tira reactiva (nitratos, sangre, leucocitos, proteínas) y análisis microscópico. Se consideró infección con un recuento > 1.000 ufc/ml. Se utilizó microscopio de contraste de fases y fue siempre el mismo investigador el que procedía a su lectura, siendo ciego a las otras variables.

Resultados. Se reclutaron 92 mujeres de las cuales se obtuvo información completa en 79 casos (85,9%). Se demostró la presencia de infección por urinocultivo en 36 casos (45,6%), siendo el germe más frecuente Escherichia coli (en 26 casos). La infección de orina obtuvo la mayor correlación con la lectura microscópica ($r: 0,745$; $p < 0,001$), seguido de la positividad del sedimento ($r: 0,351$; $p < 0,01$). La combinación de elementos de la tira de orina que mejor predijo la infección urinaria fue la presencia de leucocituria o nitratos ($r: 0,344$; $p < 0,01$).

Conclusión. En menos de la mitad de las ocasiones las mujeres con síntomas de infección de orina la presentan en realidad. Tanto el sedimento como la tira reactiva de orina predicen mal la presencia de infección de orina; en cambio, la microscopía de contraste de fases se erige como la mejor prueba para predecir la presencia o ausencia de infección de orina.

P25.08 ¿QUÉ SABE NUESTRA POBLACIÓN SOBRE ANTIBIÓTICOS?

M. Batalla Sales, M. Monedero Mira, J. del Pozo Niubó y B. Persiva Saura
CS Rafalafena. Castellón. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: mbatalla@ono.com

Objetivos. Estudiar, mediante encuesta, el nivel de conocimientos sobre antibióticos de la población que acude a un centro de salud. Estratificar resultados por, edad, sexo y nivel de instrucción.

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo transversal. Ámbito: Atención Primaria. CS Urbano. Criterios de selección: población $>$ de 14 años, que acude a dos consultas de atención primaria por cualquier motivo durante los meses de abril y mayo de 2008. Número de sujetos incluidos: (N) aleatorización de los días de recogida y las personas encuestadas mediante sorteo. Variables estudiadas: edad, sexo, nivel instrucción. Encuesta compuesta por 5 preguntas, sobre conocimientos de antibióticos (anb).

Resultados. Población total = 3200; N = 328; Sexo: 211 mujeres, 117 hombres; Edad: 15 a 44 a = 125, 45 a 64 = 124, $>$ 65 años = 79. Nivel instrucción: sin estudios = 28, primarios = 120, secundarios = 98, universitarios = 82. Receta necesaria para prescripción anb: 92,6% (92,70 \pm 2,81). Utiliza anb para gripe o catarro: siempre 10% (10 \pm 3,25) algunas veces: 38,7% (38,70 \pm 5,27) nunca: 51,2% (51,21 \pm 5,40). Utilidad anb en infecciones víricas: 22,8% (22,86 \pm 4,5), en infecciones bacterianas: 25,9% (25,91 \pm 4,74) cualquier infección: 51,2% (51,21 \pm 5,40). Bien informados sobre antibióticos: 53,9% (53,96 \pm 5,39) mal informados: 46% (46,03 \pm 5,39). Fuente información: médico: 55,79% (55,79 \pm 5,37); prospecto: 24,38% (24,39 \pm 4,64); farmacéutico: 13,10% (13,10 \pm 3,65) amigos, familiares: 2,1% (2,10 \pm 1,56) otras vías: 4,5% (4,26 \pm 2,18). Según nivel de instrucción los mayores consumidores de anb para gripe o catarro son los universitarios: 71,8% (\pm 9,72); $p = 0,003$.

Conclusión. Casi la mitad de la población utiliza antibióticos para gripe o catarro, independientemente del nivel de instrucción. Una mayoría desconoce la diferencia entre infecciones víricas y bacterianas, pero dicen estar bien informados. La fuente de información principal es médico y prospecto.

P25.09 LA INMUNIZACIÓN EN LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

S. Bartolomé Mateu, N. Farran Torres, A. Mari López, C. Moreno Castillón y N. Torra Solé

ABS Balafia-Pardinyes; ABS Bordeta. Lleida. Cataluña.
Correo electrónico: karolmc23@hotmail.com

Objetivos. Determinar la vacunación en pacientes con insuficiencia renal crónica frente al virus de la hepatitis B, pneumococo y virus Haemophilus influenzae. Determinar la correcta vacunación no-sistématica en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) grado III o inferior, de acuerdo con el manual de vacunación de Cataluña de 2006 y el documento de consenso sobre la enfermedad renal crónica de la Sociedad Española de Nefrología.

Material y métodos. Estudio transversal y descriptivo, realizado en pacientes con IRC en dos Áreas Básicas de Salud urbanas. Pacientes vivos codificados como afectados de IRC en el seguimiento clínico informatizado en marzo de 2008.

Resultados. Prevalencia encontrada 0,4 por mil. Sólo se encontraron 23 pacientes afectos de IRC. 2 pacientes (9%) vacunados para *Haemophilus influenzae* y 21 (91%) no vacunados. Inmunizados para el Pneumococo, 14 pacientes (60%) y no inmunizados 9 (40%) de los cuales 2 (9%) no fueron vacunados por decisión propia del paciente. Frente al virus de la hepatitis B, se hallaron 2 pacientes (9%) inmunizados y 21 (91%) no vacunados. Ningún paciente presentaba correcta inmunización frente a las tres vacunas según los manuales consultados.

Conclusión. Aunque la muestra del estudio es de pequeño tamaño, sólo la inmunización frente a Pneumococo presenta tasas superiores al 50%, sin que se haya encontrado ningún paciente que se encuentre correctamente inmunizado según el manual de vacunación de Cataluña. Creemos que sería necesario realizar un estudio con mayor muestra poblacional y realizar campañas de concienciación a los profesionales sanitarios ante la inmunización de estos pacientes.

P25.10 PATRÓN EPIDEMIOLÓGICO DE LA BRUCELOSIS EN UN ÁREA DE SALUD

P. Vaca Macho, R. Mata Ayuso, A. Arias Senso, E. Bravo Martín, N. Sánchez Santos

Dirección de la Gerencia del Área de Salud Don Benito, Servicio Extremeño de Salud. Don Benito (Badajoz). Extremadura.

Correo electrónico: adolfo.arias@ses.juntaex.es

Objetivos. Estudiar la evolución de la incidencia de brucelosis y el patrón epidemiológico en un Área de Salud de Extremadura durante el periodo 1998-2007.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo realizado con las notificaciones realizadas al sistema de información EDO durante el periodo 1998-2007. Se calculan incidencias acumuladas por 100.000 habitantes sobre datos de población por TSI. Las variables cualitativas se calcularon en porcentajes por categoría. Los criterios diagnósticos utilizados fueron: aislamiento de *Brucella* en muestras biológicas, clínica compatible y título de seroaglutinación en tubo (SAT) $> 1/160$ ó clínica compatible, antecedente epidemiológico y título de COOMBS que cuadriplicaba el título de SAT. Las variables estudiadas fueron: año de declaración, género, edad, profesión, clínica, ingreso, brucelosis anterior, zona de salud, factor de riesgo y profesión. El análisis de los datos se realizó mediante Access y Excel.

Resultados. La incidencia acumulada durante el periodo 1998-2007 fue 85,86 ? 100.000 habitantes, siendo mayor en 1998 (21,46 ? 100.000 habitantes).

El grupo de edad más frecuente fue: 25-44 años (40,32%).

La edad media fue 40,08 años; DE: 16,76. Relación hombre-mujer: 4/1.

Profesión más frecuente: ganadero (32,26%).

Padecimiento de brucelosis anterior: 16,13%. Ingresaron en hospital 13,71%. El factor de riesgo más implicado: contacto habitual con animales (80,65%).

Conclusión. Existe tendencia descendente en la incidencia de brucelosis.

Es más frecuente en ganaderos por lo que incidiremos en este colectivo intensificando las medidas de protección contra esta infección.

P25.11 EFECTIVIDAD DE LA VACUNA ANTINEUMOCÓCICA POLISACÁRIDA EN LA PREVENCIÓN DE NEUMONÍAS NO BACTERIÉMICAS: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

A. Vila Córcoles, C. de Diego Cabanes, E. Salsench Serrano, O. Ochoa Gondar, V. Arija Val y Grupo de Estudio EPIVAC

SAP Tarragona-Valls. Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: cintadc@tinet.org

Objetivos. Evaluar la efectividad clínica de la vacuna antineumocócica polisacárida 23-valente para prevenir neumonía neumocócica no bacteriémica en adultos de mediana edad y personas mayores con o sin factores de riesgo.

Material y métodos. Estudio de casos y controles, de base poblacional, que incluyó 210 pacientes mayores de 50 años que habían sufrido una neumonía neumocócica no bacteriémica (30 tratados ambulatoriamente y 180 hospitalizados) entre enero 2002 y mayo 2007 en la región sanitaria de Tarragona. Por cada caso se incluyeron 2 controles ambulatorios (seleccionados aleatoriamente desde los Centros de Atención Primaria en los que cada paciente caso estaba registrado) tras emparejamiento por

municipio, edad, sexo y comorbilidad principal. Mediante regresión logística condicional se calcularon odds ratios (OR), y la efectividad vacunal fue estimada como (1-OR) ? 100.

Resultados. Globalmente, la efectividad vacunal cruda fue del 38% (OR: 0,62; IC 95%: 0,42-0,91; $p = 0,013$), mientras que la efectividad ajustada fue del 42% (OR: 0,58; IC 95%: 0,39-0,86; $p = 0,007$). Por grupos de edad, no observamos un efecto protector en población 50-64 años (OR: 1,08; IC 95%: 0,38-2,97; $p = 0,873$), mientras que un significativo efecto del 39% (OR: 0,61; IC 95%: 0,41-0,91; $p = 0,011$) fue observado en el conjunto de la población mayor de 65 años.

Conclusión. La vacuna antineumocócica es moderadamente efectiva en las personas mayores de 65 años (con o sin factores de riesgo). Sin embargo, en adultos más jóvenes (con menor riesgo de infección) no se observó beneficio significativo, sugiriendo mantener la actual cifra de 65 años como límite para la vacunación poblacional sistemática.

P25.12 DERMATOSIS INFECCIOSAS EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA INFANTIL

I. Casado Sánchez y B. Ortiz Navarro

CS Puerto de la Torre; Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga. Andalucía. Correo electrónico: isabel_casanz@hotmail.com

Objetivos. Estudiar asociación existente entre infecciones cutáneas (bacterianas, virales o fúngicas) y pacientes con dermatitis atópica infantil. Determinar agentes etiológicos causantes de infecciones cutáneas en pacientes con dermatitis atópica.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo transversal. 72 pacientes atópicos seleccionados por muestra aleatoria simple, entre diciembre 2006 y mayo 2007. En urgencias pediátricas hospital materno-infantil, consulta dermatología pediátrica hospital materno-infantil, consulta dermatología hospital civil y consulta pediatría centro de salud puerto de la torre. Criterios de inclusión: pacientes entre 1º meses de vida y 14 años de edad, con criterios distribución y morfología típica (compromiso extensor y facial/respeta regiones inguinales y axilares). Presencia prurito. Padecer dermatitis crónica o crónicamente recidivante. Historia personal o familiar de atopias (rinoconjuntivitis alérgica, asma). Presencia xerosis. Tendencia infecciones cutáneas (*S. aureus* y herpes simples). Variables del estudio: edad y sexo. Dermatitis atópica (manifestaciones típicas o atípicas). Infecciones cutáneas asociadas. Infecciones bacterianas (*Estafilococo aureus*). Infecciones micóticas (*M. furfur*). Infecciones víricas (*molluscum contagiosum, VHS*). Enfermedades asociadas atopía (rinoconjuntivitis alérgica, asma). Tratamientos con corticoides tópicos y/o sistémicos. Tratamientos con antibióticos tópicos y/o sistémicos. Tratamientos con inmunomoduladores tópicos (tacrolimus y/o pimecrolimus). Motivo de consulta. Ingreso hospitalario.

Resultados. Edad media 5,25 años. Distribución por sexos 50%. Infecciones cutáneas: 22,2% en niños y 11,1% en niñas. Edad media aparición infecciones: 7,83 años. 95,84% infecciones bacterianas si uso corticoides y antibióticos tópicos; 20,83% si uso IMD tópicos. 11,1% infecciones micóticas si uso antibióticos tópicos. 66,63% infecciones víricas si uso IMD tópicos.

Conclusión. Disminución de infecciones bacterianas en pacientes que emplearon IMD tópicos, pero favorecidas por el uso de corticoides tópicos y/o ATB tópicos. Infecciones micóticas predominaron en pacientes que emplearon ATB tópicos. Infecciones víricas aumentaron en pacientes que hacían uso de ATB tópicos y/o IMD tópicos.

Sesión 26

Viernes, 21 de noviembre. 10.00-11.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Gestión clínica y calidad

P26.01 CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD RURAL. ESTUDIO DESCRIPTIVO Y CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA

E. Ché Hidalgo, P. Requejo Brita-Paja, Y. Olaizola Nogales y S. Mamani Palomino

CS de Condado de Treviño. Treviño (Burgos). Castilla y León. Correo electrónico: elichehi@hotmail.com

Objetivos. Presentar los resultados de la cirugía menor (CM) en un centro rural (CR) analizando la concordancia entre diagnóstico prequirúrgico y anatomo patológico.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Población diana: pacientes adscritos al centro: 1970. Población estudio: pacientes intervenidos entre 1-6-06 a 31-12-07: 119. Soporte documental: registro específico CM del centro. Variables estudiadas: sexo, edad, nº intervenciones, diagnóstico preoperatorio, envío a anatomía-patológica, diagnóstico anatomo patológico. Las variables categóricas se describen como porcentajes con intervalos de confianza (IC) del 95%, las cuantitativas como media e IC-95%. Prueba de concordancia: índice de Kappa (IK).

Resultados. Sexo: mujeres 47,92% (IC 95%: 34,74-59,38). Edad media 53,24 años (IC 95%: 50,18 a 56,30). Intervenciones: 138. Diagnósticos prequirúrgicos: nevus: 19,57% (IC: 12,90-26,24). Queratosis actínica: 4,35% (IC: 1,08-7,62). Queratosis seborreica: 26,09% (IC: 18,77-33,41). Quistes epidermoides: 13,04% (IC: 7,43-18,65). Verruga: 7,25% (IC: 2,99-11,51). Fibroma péndulo: 15,22% (IC: 9,26-21,18). Cirugía uña: 4,35% (IC 1,08-7,62). Ca. basocelular: 1,45% (IC: 0-3,48). Otros tumores benignos: 2,17% (IC: 0 a 4,40). Sin diagnóstico: 1,45% (IC: 0-3,48). Otras: 5,07% (IC: 1,43-8,71). Diagnósticos histológico: nevus melanocítico: 27,96% (IC: 18,83-27,09). Q. seborreica: 17,20% (IC: 9,57-24,83). Quiste epidérmico: 19,35% (IC: 11,38-27,32). Verruga vulgar: 4,30% (IC: 0,32-8,28). Fibroma blando: 19,35% (IC: 11,38-18,43). Otras: 11,83% (IC: 5,23-18,43). Correlación IK: 0,70.

Conclusión. Los resultados son similares a otros estudios publicados: se remitieron a anatomo patológica 67,39% en los márgenes de lo considerado aceptable en la literatura (O'Cathain et al, Mc.Wilian et al, Jorge Estopa et al: 60-80%). El IK similar al obtenidas por P.J. Talega: 66%; J.F. Menarquez: 68,85% aunque inferior al de Arrivas (80%). Apuntamos coincidiendo con J.F. Menarquez y Gallego Ruiz la dificultad de comparar estos resultados pues están influidos por factores como: tipo de lesiones, técnica, criterio de envío a AP de cada EAP.

P26.02 MOTIVOS DE CONSULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Casanovas Fuster, R. Isern Alibés, I. González Saavedra,

A. Herrera Ruiz, E. Roig Pitarch y N. López Pareja

CAP Maragall. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: evitarop@hotmail.com

Objetivos. Describir los motivos de consulta, tipo de patología, derivaciones y exploraciones complementarias (EC) generadas en cinco consultas de un equipo de atención primaria (EAP) y diferencias según sexo.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Recogimos las visitas realizadas durante 13 días por cinco médicos de un EAP urbano que atiende 1.650 pacientes/médico (24% > 65 años). Analizamos edad, sexo, número y características de motivos de consulta, derivaciones y EC generadas, y diferencias según sexo.

Resultados. 1582 visitas programadas: 979 mujeres (62%), 603 hombres (38%). Media de edad 56,5. 1124 (71%) cita concertada (CC) y 458 (29%) espontánea (CE). La ratio CC/CE fue significativamente mayor en mujeres (74%/26%) vs hombres (66,5%/33,5%), ($p = 0,002$). Acudieron 1428 pacientes (93,6%) por 2.222 motivos de consulta (media 1,56). 878 (61,5%) por uno, 398 (27,8%) por 2 y 152 (10,7%) por ≥ 3 , sin diferencias entre sexos. Correspondieron: 559 (25,1%) patología aguda; 624 (28,1%) patología crónica; 982 (44,2%) burocracia/recetas y 57 (2,6%) actividades preventivas. Las 3 patologías más frecuentes fueron: osteomuscular (22,7%), infecciosa (17,2%) y metabólica (hipertensión/dislipemia/diabetes) (16%). La psiquiátrica (ratio mujer/hombre 77,5%/22,5%, $p < 0,001$) y endocrinológica (84,6%/15,4%, $p = 0,015$) fueron más frecuentes en mujeres y cardiovascular (ratio hombre/mujer 54,4%/45,6%, $p = 0,03$) y metabólica (44,2%/55,8%, $p = 0,046$) en hombres. No solicitamos ninguna EC a 1203 (84,2%) pacientes, una a 191 (13,4%) y ≥ 2 a 34 (2,4%). No generamos ninguna derivación en 1260 (88,2%) pacientes. En 153 (10,7%) una y en 15 (1%) ≥ 2 . No hubo diferencias por sexo en el número de EC, ni de derivaciones.

Conclusión. Casi 1/3 de visitas no fueron concertadas previamente. 38,5% de los pacientes acudieron por más de 1 motivo de consulta. Más del 80% de visitas no generaron derivaciones ni EC. Las mujeres consultaron más en CC y por patología psiquiátrica y endocrinológica; y los hombres cardiovascular y metabólica.

P26.03 ESTUDIO COMPARATIVO DEL GRADO DE AGOTAMIENTO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y LOS PROFESIONALES DE LA EDUCACIÓN

M. Argila Vicente, L. Roig Remon, C. Fernández, S. Escribano y M. Árteaga Salinas

ABS La Garriga. La Garriga (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: 31540lrr@comb.es

Objetivos. -Conocer el grado de Burnout de los profesionales sanitarios y de los profesionales de la educación. -Comparar el grado de Burnout de ambos colectivos. -Detectar indicadores sociodemográficos y laborales de susceptibilidad al síndrome.

Material y métodos. -Diseño: estudio descriptivo transversal. -Ámbito: semi rural. -Sujetos: trabajadores de centro de atención primaria y de escuela de la misma población. -Variables: -Indicadores sociodemográficos: edad, sexo, estado civil e hijos. -Indicadores laborales: profesión, lugar de trabajo, turnicidad y años de antigüedad. -Puntuación y gradación de: escala de agotamiento emocional (AE); escala de despersonalización (DP); escala de realización personal (RP); síndrome burnout (AE + DP > 33 puntos). -Intervención: cuestionario "Escala de Maslach" autoadministrada.

Resultados. 42 respuestas (26 ABS/16 escuela). En ABS: 73% mujeres, antigüedad 9,4 años y 84,6% sanitarios. En escuela: 62,5% mujeres, antigüedad 9,8 años y 81,25% profesores. Comparando puntuaciones por escalas: sanitarios: AE: 23,68 (medio)/DP: 6,55 (medio)/RP: 36,77 (medio); profesores: AE: 17,92 (bajo)/DP: 3,07 (bajo)/RP: 38,61 (medio); existe burnout en el 34,62% de sanitarios y en el 12,5% de profesores.

Conclusiones. Los profesionales sanitarios estamos más quemados que los profesores, tanto en la escala de despersonalización como en la escala de agotamiento emocional, no existiendo diferencia en el grado de realización personal entre ambos colectivos. Existe mayor porcentaje de síndrome de burnout entre los sanitarios que entre los profesores.

P26.04 PRESCRIPCIÓN INDUCIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Lladó Puigdemont, A. Picas Jufresa, C. Mallorquí Beltran, M. Mas Marquès, P. Pérez Muñoz y J. Buñuel Álvarez

EAP Girona-4. Girona. Cataluña.

Correo electrónico: alicia.llado@gmail.com

Objetivos. Principal: Determinar el porcentaje y procedencia de la prescripción inducida (PI). Secundarios: porcentaje de informes remitidos; grado de conformidad entre médico de Atención Primaria (AP) y médico prescriptor; evaluación de la calidad de la PI.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Emplazamiento: Centro de Salud. Criterios de inclusión: Prescripciones solicitadas por pacientes > 15 años (periodo: 04/04/05 -17/05/05). Criterios de exclusión: prescripciones solicitadas en periodo de urgencias o por pacientes desplazados. Mediciones-Intervenciones: PI: especialidad farmacéutica no prescrita por profesionales del centro; procedencia de la prescripción (pública, privada, automedicación); diagnóstico; grado de acuerdo; informe acompañante; duración del tratamiento (agudo: < dos meses/ crónico: > 2 meses); calidad de la prescripción (Estándar de calidad de la prescripción (EQPF)). Tamaño muestral: n = 385 (error alfa: 5%, precisión: 5%, prevalencia: 50%-máxima indeterminación-).

Resultados. Porcentaje de PI: 18,3% (IC95%: 14,4%-22,2%). Procedencia: privada: 33,8% (IC95%: 29%-38,5%); consultas externas: 30,2% (IC95%: 25,6%-34,7%); urgencias: 7,4% (IC95%: 4,8%-10%); alta hospitalaria: 5,7% (IC95%: 3,4%-8%); automedicación: 11,4% (IC95%: 8,23%-14,5%). El 67,4% (IC95%: 62,7%-72%) de los pacientes no aportó informe del responsable de la prescripción. Existió acuerdo entre los médicos AP/prescriptor en el 70,6% (IC95%: 66,1%-75,1%) de los casos y en el 4,9% (IC95%: 2,7%-7,5%) el médico de AP cambió la PI. El 50,5% (IC95%: 45,5%-55,5%) de las prescripciones fueron tratamientos crónicos. En relación a los EQPF, el 20,5% de las prescripciones fueron EFG.

Conclusión. El porcentaje de PI es más bajo en comparación con otros estudios. Sin embargo, la mitad es crónica, incidiendo en la prescripción del médico de AP, contabilizándose como propia prescripción ajena. Esto puede generar conflictos al no corresponder en ocasiones la PI con los fármacos recomendados por la institución sanitaria.

P26.05 PACIENTES HIPERFRECUENTADORES EN ATENCIÓN DOMICILIARIA AGUDA

S. Moreno Escribá, E. Guarné Vidal, S. Rivas Zuazo, M. Aballí Acosta, R. Badia Casas y X. Siberá Areste

CAP Larrard. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: sonietat77@hotmail.com

Objetivos. Mostrar los principales motivos de consulta de las visitas domiciliarias agudas en pacientes hiperfrequentadores y su resolución. Describir las características del paciente hiperfrequentador.

Material y métodos. Estudio Descriptivo Retrospectivo en dos Centros de Salud informátizados de área urbana, población adscrita 43437 habitantes, que incluye los 128 pacientes mayores de 14 años que solicitaron tres o más visitas domiciliarias agudas en día laborable (1/1/07-31/12/07). Se recogieron: datos sociodemográficos, patología crónica, seguimiento dentro del Programa de Atención Domiciliaria (ATDOM), motivo y resolución de la visita. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS.

Resultados. 128 pacientes, 88 mujeres (68,2%), 40 hombres (32%). Mediana de edad 81,23 ± 12,18 años. Patología crónica más prevalente: cardiovascular (79%) y osteomuscular (62,8%). 66% incluidos en ATDOM. Hubo 603 motivos de consulta, los más frecuentes fueron: cuadros respiratorios de vías bajas (20%) y patología osteomuscular (19%). Resolución domiciliaria 72%, telefónica 21% y traslado hospitalario 7%. Las mujeres solicitaron una media de 4,88 ± 2,1 visitas domiciliarias agudas y los hombres 4,35 ± 1,6. La patología crónica más prevalente fue la cardiovascular en ambos grupos. El principal motivo de consulta en mujeres fue el osteomuscular y en hombres los cuadros respiratorios de vías bajas.

Conclusión. El motivo de consulta más frecuente fue el de vías respiratorias bajas. El 7% de las visitas domiciliarias requirieron traslado hospitalario. El paciente hiperfrequentador más prevalente fue: mujer mayor de 80 años con antecedentes de patología cardiovascular, incluida en el programa ATDOM, que consultó por patología osteomuscular. Se diseñará un plan de actuación para disminuir la hiperfrecuentación domiciliaria.

P26.06 IMPACTO DESDE LA IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO: VISION DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

J. Torne Cachot, C. Gallardo Sánchez, M. Perona Pagán, G. Puig Ponsico, D. Altafaja Albert y J. Baucells Azcona

Hospital Residencia Sant Camil; CAP Cunit. Sant Pere de Ribes (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: 34702daa@comb.es

Objetivos. Analizar los resultados y características de los casos derivados desde Atención Primaria (AP) a una Unidad de Diagnóstico Rápido (UDR).

Material y métodos. Estudio observacional prospectivo. UDR de un hospital comarcal. Pacientes derivados desde AP a la UDR por sospecha de enfermedad grave desde su implantación (18 meses). Criterios de exclusión: no consentimiento del paciente, limitaciones de desplazamiento al hospital, síntomas que indicasen una evolución desfavorable a corto plazo. Variables analizadas: sexo, edad, motivo de consulta, demora de la 1^a visita, adecuación de la derivación, intervalo diagnóstico, diagnóstico final y ahorro de ingreso.

Resultados. Se registraron 565 pacientes de los que 237 (42%) procedían de AP, de éstos, un 57,8% eran hombres con edad media de 63,2 ± 16,8 años. Los motivos de consulta: sospecha neo colorrectal (19%), sd. constitucional (13%), alteraciones radiológicas sospechosas de malignidad (11,3%), anemia (9,7%), sospecha neo mama (6%), adenopatías (2,5%), disfagia (2,5%), otras (16,8%). La 1^a visita se demoró 4,8 días. Los diagnósticos finales: enfermedades del sistema digestivo (34,5%), respiratorio (16%), hepatobiliar-páncreas (13,5%), piel y tejido subcutáneo (6,7%), infecciosas (5%), sangre (5%), riñón-tracto urinario (4,2%), ORL (2,5%), endocrinología-nutrición (2,1%), mentales (1,6%), otros (8,4%). El intervalo diagnóstico fue de 8,8 días. En 68 casos (28,6%) el diagnóstico final fue de neoplasia. La adecuación de la derivación realizada desde primaria fue del 85,2%. No se requirió ingreso en el 50,63% de casos.

Conclusión. 1) El médico de familia es un buen predictor de sospecha de enfermedad grave con una alta adecuación en sus derivaciones. 2) Se evitan demoras en el diagnóstico sin requerir ingreso en la mitad de los casos. 3) Se diagnostican un número importante de neoplasias siendo las más frecuentes la colorrectal y pulmonar.

P26.07 EVOLUCIÓN DE LA VALORACIÓN GLOBAL QUE LOS SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA HACEN DE LA INFORMÁTICA EN SUS CONSULTAS

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

CS San Juan. Salamanca. Castilla y León.

Correo electrónico: mercedes.bernad@comsalamanca.es

Objetivos. Conocer la evolución de la valoración global que los sanitarios de Atención Primaria (AP) hacen del uso de la informática en sus consultas.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de encuesta autoaplicada en abril 2008 a 206 sanitarios. El ámbito del estudio es AP rural y urbana. Los sanitarios encuestados son enfermería, médicos de familia y pediatras que utilizan ordenadores con dos sistemas informáticos diferentes. Análisis estadístico SPSS.

Resultados. La predisposición previa al uso de ordenadores entre ellos era favorable (67,3%) aunque partían de conocimientos de informática medios (46,3%) y escasos (38%). Actualmente la satisfacción global es elevada (mucha 4,9%, bastante 46,1%), en parte por la influencia global en el trabajo y la atención a los pacientes (muy beneficiosa 39,5%, beneficiosa 40%). Pero su estado de ánimo actual respecto a la informatización es "esto funciona regular" para el 54,9%. A pesar de ello, la mayoría colo- carían ordenadores en las consultas (56,2%) y el 41,4% lo vincularían a mejoras en el programa. No encontramos diferencias significativas en estas valoraciones por la variables sociodemográficas y laborales, excepto por el tipo de programa que utilizan.

Conclusión. Aun cuando se trata de una muestra, podemos concluir que los sanitarios aceptan y asumen la necesidad de ordenadores en las consultas. Sus expectativas favorables que eran elevadas, se han convertido en satisfacción global moderada y muchos piden adaptaciones, para mejorar el ánimo actual sobre la informatización. Por último, las diferencias encontradas entre los sistemas informáticos podrían deberse, entre otras, a la diferencia en el tiempo de implantación ambos programas.

P26.08 TOMA DE DECISIONES EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DESDE LA ÉTICA CLÍNICA

M. Vilarrubí Estrella

ABS-4 de Santa Coloma de Gramenet. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 12658mve@comb.es

Objetivos de la experiencia. Análisis de un conflicto y toma de decisiones en un equipo de Atención Primaria desde la ética asistencial.

Descripción de la experiencia. En un equipo de Atención Primaria integrado por 12 médicos generales y 3 pediatras, se plantea cómo reorganizar las guardias de los sábados. Se propone hacer una rueda única en que cada profesional, independientemente de su especialidad, atienda todas las urgencias, sea de pediatría o de adulto. Uno de los profesionales no está de acuerdo con esta propuesta, por razones de objeción de conciencia. A través de un caso paradigmático, se puede analizar alguno de los problemas que pueden surgir en la práctica y su visión desde la ética asistencial. Cuestiones que planteó el caso: ¿Qué valores debían ser tenidos en cuenta y cuáles debía prevalecer? ¿La relación de confianza médico-paciente cómo se veía afectada? ¿Se debía asumir una responsabilidad en la práctica asistencial condicionada por razones organizativas y de gestión?

Conclusiones. -En todos los casos se buscó el bien del paciente, respetando los principios éticos básicos. -Mejoraron las relaciones interprofesionales. -Se respetó la responsabilidad en el acto asistencial, por encima de los propios intereses, con coherencia ética. -Mejoraron los conocimientos, habilidades y actitudes en el equipo. -La deliberación y el juicio ponderado sirvió como metodología para encontrar opciones ante el problema planteado, más allá de la intuición. -El diálogo permitió ver puntos de vista distintos. -Se minimizó el problema y se pudo satisfacer a la mayoría de los implicados. -Su ejecución fue factible.

P26.09 GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

A. Pereira Rosalén, M. Terés Benjumeda, S. Castellano Sánchez, E. Suárez Magaña, M. Domínguez Vilchez y X. Vilaplana Vilaplana

EAP Capse Casanova. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: pereira@clinic.ub.es

Objetivos de la experiencia. Nuestro centro está constituido por dos Equipos de Atención Primaria de una zona urbana que atiende a 70.467 habitantes, trabajan 107 profesionales y aproximadamente 40 suplentes. Disponemos de un Plan de Calidad basado en la Gestión por Procesos. Desde el proceso "Incorporar y Administrar Recursos Humanos", debido a la ausencia de un registro único, detectamos la existencia de un elevado número de incidencias en absentismo. Su resolución generaba sensación de desorden y dificultad de comunicación entre los profesionales, responsables y departamento de contratación y nóminas. Era necesario disponer de una herramienta informática de registro para obtener información y realizar el seguimiento y análisis apropiados de la gestión de recursos humanos.

Descripción de la experiencia. Se diseñó y creó una base de datos en aplicativo ACCES para el registro de datos personales de los profesionales de plantilla y suplentes, de ausencias (datos de solicitud, motivo y duración) y de coberturas. Se establecieron indicadores de resultado: número de ausencias profesionales y motivo, porcentaje de coberturas y porcentaje de las solicitudes de días o permisos fuera de normativa. Se realizó la explotación de datos definidos para cada centro, por categorías profesionales y por fechas, en un año.

Conclusiones. El sistema de registro creado nos ha permitido obtener la información necesaria para la realización de un seguimiento y análisis en la gestión de recursos humanos y a la vez transmitir esta información a todos los profesionales de la organización.

P26.10 ¡BIENVENIDOS A NUESTRO CAP!

A. Pereira Rosalén, A. Terés Benjumeda, E. Suárez Magaña, S. Castellano Sánchez, A. Lastres Juan y R. Segarra López

EAP Capse Casanova. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: pereira@clinic.ub.es

Objetivos de la experiencia. Nuestro centro está constituido por dos equipos de atención primaria que atienden una población de 70.467 habitantes de una zona urbana. Cuenta con 107 profesionales en plantilla y 30 suplentes. Es frecuente incorporar nuevos profesionales a nuestra organización para cubrir ausencias o por necesidades puntuales. Nuestro objetivo fue elaborar un documento que recogiese la información necesaria para facilitar el proceso de integración de estos profesionales.

Descripción de la experiencia. Un grupo de trabajo, formado por profesionales de diferentes categorías enumeró los aspectos claves sobre la información considerada de mayor interés o necesaria para los profesionales que se incorporan al centro. Se recogieron datos para crear un "Documento de acogida" con apartados comunes y específicos para cada categoría profesional: -Presentación; -Requisitos burocráticos para contratación; -Manual de procedimientos; -Guía de formación en aplicaciones informáticas; -Ficha de seguridad y salud laboral; -Manual de las buenas prácticas respecto a protección y seguridad de los datos de carácter personal; -Teléfonos y ubicación de los profesionales; -Distribución de los trabajos administrativos. Se evalúa la utilidad del manual y el proceso de acogida de los nuevos profesionales con una encuesta que permite conocer su impacto positivo tras el análisis de resultados.

Conclusiones. El "Documento de Acogida" es una buena herramienta facilitadora de información para los nuevos profesionales, define el carácter de nuestra organización, pero en ningún caso sustituye la forma en que los equipos les dan la bienvenida.

P26.11 PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE PEDIATRÍA EN LA CREACIÓN DE PLANES PERSONALES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

A. Pereira Rosalén, P. Rodríguez Mur, A. Salvá Siquier, H. Arnauda Landa, E. Suárez Magaña y C. Juan Andrés

EAP Capse Casanova. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: pereira@clinic.ub.es

Objetivos de la experiencia. En nuestra área básica, de una zona urbana, compuesta por dos centros de atención primaria, la atención pediátrica es compartida y tiene asignada una población de 8.200 niños. Todos los profesionales participan en la gestión por procesos de nuestra organización. Desde el proceso "Asistir Pediatría" se detectó la posibilidad de mejorar la calidad de la actividad asistencial con la utilización de planes personales.

Descripción de la experiencia. Se presentó y aprobó la acción de mejora de creación de planes personales de pediatría, en programa OMI-AP, de las

historias informatizadas de nuestro centro. Estos asignan a cada niño las actividades preventivas protocolizadas por grupo de edad y sexo. Su consulta permite diferenciar las actividades ya realizadas, en color verde, y las pendientes de realizar, en color rojo. Los mismos profesionales crearon los planes personales. Para la evaluación de su impacto se compararon los resultados de indicadores previos a la implantación de los planes personales y tras la implantación de los mismos, con un resultado global de 73,10% y 83,23% respectivamente. Se observaron mejores resultados en todos los indicadores tras la utilización de los planes personales informáticos en las historias de pediatría.

Conclusiones. Los planes personales informáticos son una herramienta útil para mejorar la calidad asistencial de actividades preventivas en pediatría. Los profesionales deben participar en la detección de procedimientos mejorables y en las acciones de mejora de los mismos.

P26.12 ACTIVIDADES BUCRÁTICAS EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Morcillo Gallego, C. Soler Elcacho, M. Torres Justríbó, L. Montull Navarro, J. Sagrera Mis y S. Martín Berdagüé

ABS Eixample. Lleida. Cataluña.

Correo electrónico: mtorres.lleida.ics@gencat.cat

Objetivos. Analizar los motivos de consulta relacionados con tareas burocráticas en las consultas de Atención Primaria (AP) con objeto de conocer su previsibilidad y los que sean susceptibles de intervención para disminuir la presión asistencial.

Material y métodos. Estudio descriptivo observacional. Recogida de datos mediante registro por el médico de familia en su consulta habitual. Se seleccionaron aleatoriamente 523 visitas durante 2 semanas en 2 consultas diferentes de un centro de salud urbano. Las tareas de índole burocrática analizadas como variables de estudio fueron: -Recetas prescritas por especialista de referencia, privado o adquiridas por el paciente en la farmacia; -Justificante para la empresa/escuela; -Certificados médicos; -Solicitud de pruebas indicadas por el especialista; -Derivaciones: renovación de citas para control por especialista, derivación a especialista a petición de servicio de urgencias o bien petición de transporte sanitario solicitado por especialista o privadamente

Resultados. Se analizaron 523 visitas, y de ellas 105 (20,07%) fueron por tareas burocráticas. Entre las más frecuentes destacan la renovación de recetas prescritas por especialista con un 47,6%. Menos frecuentes fueron para prescripción de recetas adquiridas voluntariamente (5,7%) o por especialista privado (13%). En segundo lugar, destacó la realización de justificantes, hasta un 12,3%, o de certificados médicos, un 8,5%. Y en último lugar, con 7,6% y 4,7% respectivamente, encontramos la solicitud de pruebas y derivaciones.

Conclusión. Hemos detectado que 1 de cada 5 consultas de AP son burocráticas y previsibles, lo que implica una gestión clínica inadecuada. Es necesaria una intervención que permita liberar tiempo médico consumido en temas administrativos para dedicarlo a la tarea asistencial propiamente dicha.

Sesión 27

Viernes, 21 de noviembre. 10.00-11.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Proyectos de investigación

P27.01 ¿QUÉ PASA CON LOS PACIENTES QUE TIENEN UN EPISODIO DE ICTUS AGUDO?

J. Clua Espuny, J. Lucas Noll, A. Panisello Tafalla y E. Ibáñez Ibáñez

EAP Tortosa 1 Est; UD de MFyC de Tortosa; Institut Català de la Salut. Tortosa (Tarragona). Cataluña.
Correo electrónico: jclua@telefonica.net

Objetivos. Conocer la epidemiología específica de la enfermedad cerebro-vascular (ECA) (first-ever stroke) en un territorio definido: desde la detección e intervención sobre los factores de riesgo asociados a la enfer-

medad cerebrovascular hasta los resultados de salud del código ICTUS (CI).

Material y métodos. Estudio prospectivo, multicéntrico y longitudinal de cohorte poblacional con un primer episodio de ictus entre 01/05/2006 a 31/04/2008, asignada a 11 áreas básicas de salud (ABS) mediante la validación de los diagnósticos de la historia clínica informatizada con el registro del CI y del único hospital referente del territorio, incluyéndose el registro de defunciones. Se excluyeron otros procesos aunque hubieran generado la activación del CI. La definición de ictus corresponde a la establecida por la OMS, incluyendo los accidentes isquémicos transitorios. Se investigan las siguientes variables previamente al episodio, a los 3 y 12 meses: demográficas; registro de factores y cálculo del riesgo vascular (FRCV); tipo de ictus, y clínica neurológica; si hubo contacto hospitalario; si se activó el CI, estudio neuroimagen; variables cualitativas propias del protocolo del CI; si se realizó trombólisis; estancia media hospitalaria; incidencia de nuevos episodios agudos después del alta hospitalaria y, si no se completó el código ICTUS, se definirán las causas en cada caso; evaluación de la dependencia mediante el índice de Barthel y calidad de vida (Euroqol); mortalidad y curvas de supervivencia. Para el análisis univariante se utilizarán los parámetros representativos del grupo o subgrupo: media, desviación típica, frecuencias observadas y proporciones en distribuciones normales; y la mediana y los cuartiles cuando no sean normales. La normalidad de las variables se comprobará por el test de Kolmogorov-Smirnov y los diagramas de normalidad, estudiándose la homocedasticidad mediante la prueba de Levene. En el análisis bivariante de distribuciones normales se empleará la prueba T para muestras independientes en el caso de las variables cuantitativas y la prueba χ^2 o el test exacto de Fisher en el caso de las variables categóricas. Cuando la distribución no sea normal se utilizará el test paramétrico U de Mann-Whitney. En el análisis multivariante se pretende realizar una regresión logística binaria, considerándose como nivel de significación una $p < 0,05$. Se presentarán tasas brutas, estandarizadas, y específicas por sexo y grupos de edad (45-54, 55-64, 65-74, 75-84, más de 85 años) por cada 10.000 personas. Para el cálculo de las tasas estandarizadas específicas por grupo de edad y sexo se utilizarán los datos de la población asignada en diciembre del año 2007 para cada uno de los grupos de edad y sexo.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Obtener información sobre el estado de salud de la comunidad en relación a la enfermedad cerebrovascular aguda y las necesidades derivadas para la planificación de los servicios de salud y su evaluación; efectuar un benchmarking entre las ABS en relación a la mejor evidencia clínica; y estimular la creación de un registro territorial de monitorización de los resultados.

Aspectos éticos-legales. No se han identificado conflictos en este apartado.

P27.02 UTILIZACIÓN DE AMPA EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Clopes, M. Manzano, L. Roig Remon, R. Martínez y J. Mogas

ABS La Garriga. La Garriga (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: 31540lrr@comb.es

Objetivos. General: mejorar la utilización de la automedición de la presión arterial (AMPA) seguimiento de la hipertensión arterial (HTA). Específicos: -conocer las características de la población hipertensa que realiza AMPA, -conocer los tipos y características de los aparatos utilizados para la AMPA, -valorar la técnica que utilizan los pacientes, sus conocimientos sobre la AMPA y el grado de satisfacción.

Material y métodos. Diseño: ensayo casi experimental (antes-después). Lugar: Área básica de salud. Ámbito: semirural. Población de Estudio: Hipertensos entre 45 y 75 años. Muestra: precisión del tamaño de la muestra de $\pm 0,07$ e intervalo de confianza del 95%. Muestreo aleatorio. Se seleccionaron aquellos que tienen aparato de PA. Intervención: Citar a pacientes con su aparato de PA, recoger variables (sociodemográficas y del aparato). A continuación pedir que se tomen la PA como hacen en su domicilio, observar y completar check list (elaborado por el equipo investigador). Posteriormente administrar cuestionario de conocimientos sobre la AMPA (diseñado y probado por el equipo investigador = 8 ítems V-F), y por último, entregar folleto informativo expresamente diseñado para esta intervención. A los seis meses recitar y completar el mismo check list y cuestionario. Análisis: mediante programa estadístico SPSS. 12 se realizará un análisis descriptivo de frecuencias y para la comparación de variables cualitativas χ^2 . Limitaciones del estudio: sabemos que la aplicación de la técnica de AMPA y la respuesta al cuestionario estará condicionada por el nivel educativo de los pacientes, pero consideramos

que si su profesional sanitario de referencia le ha aconsejado e instruido sobre la AMPA esto no debe ser obstáculo para el buen uso de dicha técnica. La movilidad de pacientes y profesionales puede ser una limitación para hacer seguimiento de los pacientes.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Tras revisar la bibliografía, hemos detectado que existen pocos estudios sobre los pacientes que hacen AMPA, sus características e inquietudes. Ellos son realmente los que han de conocer y aplicar corretamente este instrumento para que los profesionales lo podamos interpretar y utilizar adecuadamente. Pensamos que con este trabajo podemos saber el grado de aplicación de la técnica de AMPA y sus deficiencias y plantearnos hacer extensa nuestra intervención para mejorar el manejo del AMPA en nuestro ámbito.

Aspectos éticos-legales. En el contacto telefónico con el paciente se le explicará el proyecto y se le pedirá su colaboración asistiendo a la visita. En la cita se le explicará de nuevo y se le solicitará la firma del consentimiento informado donde se establecen las cláusulas de las condiciones éticas generales y particulares relacionadas con el derecho a la intimidad, anonimato, confidencialidad, cancelación y derecho a la información. Los investigadores se comprometen a respetar las normas de Buena Práctica Clínica vigentes, así como los requisitos de la declaración de Helsinki.

P27.03 EFICACIA Y SEGURIDAD DE UNA INTERVENCIÓN MULTIFACTORIAL PARA MEJORAR CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON EPOC

P. Barnestein Fonseca, F. Vidal España, F. Leiva Fernández, J. Leiva Fernández, A. García Ruiz y J. Prados Torres

UD de MFyC de Málaga; CS Vélez Sur; Departamento de Farmacología y Terapéutica Clínica de la Facultad de Medicina. Málaga. Andalucía. Correo electrónico: udmfy.hch.spa@juntadeandalucia.es

Objetivos. Evaluar la eficacia de una intervención multifactorial para mejorar el cumplimiento terapéutico en pacientes con EPOC que reciben tratamiento pautado vía inhalada.

Material y métodos. Sujetos de estudio: 140 pacientes suficiente para detectar una diferencia en el porcentaje de cumplimiento entre los dos grupos del 25%, con una potencia del 80% y un nivel de confianza del 95%, asumiendo un porcentaje esperado de pérdidas del 15%. Muestreo consecutivo en Atención Primaria. Criterios de selección: -Inclusión: diagnóstico de EPOC; pertenecer a zona básica; tratamiento inhalado pauta fija y aceptar participar mediante firma del consentimiento informado; -Exclusión: otros procesos respiratorios no incluidos en la definición de EPOC y problemas cognitivos. Diseño: ensayo clínico controlado y aleatorizado, utilizando la técnica de aleatorización por bloques. Tras aleatorización se realizará visita de inclusión común en la que se registrarán todas las variables estudio y se medirá cumplimiento. A partir de aquí al grupo estudio se le realizará la intervención y el grupo control las visitas de seguimiento establecidas: visita 1: 3 meses; visita 2: 6 meses; visita 3: 12 meses. Intervención: -Sesión 1: Aspectos motivacionales. Por qué se incumple el régimen terapéutico recomendado, para incidir sobre los aspectos motivacionales que podrían mejorar el cumplimiento en las sucesivas visitas de seguimiento. Mediante entrevista grupal. -Sesión 2: Aspectos cognitivos: Información sobre la enfermedad y su tratamiento mediante sesión y entrega de documentación de refuerzo. -Sesión 3: Desarrollo de habilidades: Taller sobre técnicas de inhalación. Vídeos y práctica con inhaladores con placebo. Grupos de 6-9 pacientes, tiempo de duración 2 horas e impartidas por profesionales especialmente entrenados. También se utilizará material audiovisual y escrito. Mediciones: Variable resultado principal: cumplimiento terapéutico (test de Morisky-Green, test de Batalla; conteo del número de dosis/día administradas); Variables resultado secundarias: estado funcional (espirometría), calidad de vida (St George y SeguiEPOC); Variables independientes: tratamiento recibido para mejorar el cumplimiento, edad, sexo, nivel educativo, comorbilidad, severidad EPOC, medicación prescrita; apoyo familiar (test de Apgar familiar); apoyo social (test de DUKE-UNC). Análisis estadístico: comparación de la diferencia de cumplimiento entre grupo control e intervención, mediante el test ji-cuadrado. Las diferencias en las variables resultado secundarias mediante ANOVA. Se realizará un modelo multivariante de regresión logística el cumplimiento. Limitaciones de estudio: -Pérdidas por duración del estudio y asistencia a las visitas, para paliar estos problemas se harán al menos tres intentos de localización; -Contaminación entre los grupos; -Estandarización de la intervención mediante curso entrenamiento a investigadores.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Profundizar en el marco explicativo del cumplimiento terapéutico del EPOC y definir tareas que se asocian con una mejora del mismo. Analizar la factibilidad de integrar estas tareas en la actividad asistencial de los profesionales de salud que atiende a pacientes con EPOC. Todo ello contribuirá a conseguir una mayor efectividad en la práctica clínica habitual.

Aspectos éticos-legales. Aprobado por el Comité de Ensayos Clínicos del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Consentimiento informado escrito. Financiación FIS: EC07/90654.

P27.04 PROGRAMA PILOTO PARA INCREMENTAR LA COBERTURA VACUNAL ANTITETÁNICA

R. Vilchez Ortega, C. de Ugarte Hernández, M. Campillo Páez, Y. Santamaría Calvo, P. Cordero Puebla y D. Manso López

CS Potes, Área 11. Madrid. Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: tcampillo@netscape.net

Objetivos. Objetivo principal: incrementar la cobertura vacunal frente al tétanos en la población adulta de 3 CS de la CM a través de diferentes estrategias de actuación. Objetivos específicos: 1. Conocer los sistemas de registro que existen en los CS de estudio; 2. Evaluar la cobertura vacunal antitetánica en adultos de 3 zonas básicas de salud por grupo de edad, sexo, país origen y nivel estudios; 3. Implantar diferentes estrategias: charlas a profesionales sanitarios y carteles informativos; 4. Conocer la cobertura de vacunación por grupo edad, sexo, país origen y nivel estudios tras la implantación de las diferentes estrategias en cada CS y compararla con la cobertura previa; 5. Comparar la efectividad de las estrategias para reconocer la más efectiva; 6. Identificar causas de cobertura deficiente.

Material y métodos. Diseño de un ensayo comunitario de campo en el que se hará una intervención diferente en cada una de las 3 unidades de intervención o clusters, (CS participantes) sobre la recomendación de una vacuna: charla a profesionales (en el 1º), carteles informativos (en el 2º) y las dos intervenciones conjuntas (en el 3º) con evaluación de la cobertura vacunal antes y después, y la comparación de proporciones de los cambios en la cobertura vacunal tras la implantación de cada estrategia y la comparación de la efectividad de las diferentes estrategias. Localización: Atención primaria (zona básica de salud). 3 CS de 3 áreas sanitarias, diferentes socioeconómicamente de la CM. Criterios inclusión: personas de 24 años o más (edad del primer recuerdo tras vacunación infantil) a fecha de 1/01/08 (según registro tarjeta individual sanitaria) adscritas a los CS de estudio. Análisis estadístico: variables: edad, sexo, país origen, nivel estudios, enfermedades crónicas, factores riesgo, tipo vacunación, estado vacunación, estrategia y motivo vacunación. Estudio descriptivo de la muestra según estas variables. Análisis de la asociación entre estado de vacunación y el resto de las variables a través de ji-cuadrado con $p < 0,05$ al ser todas las variables categóricas. Comparación de cobertura vacunal antes y después de la intervención (comparación de proporciones). Búsqueda de diferencias de cobertura. Paquete estadístico SPSS 15.0. Intervenciones: 3 estrategias: charlas a profesionales, carteles informativos y ambas intervenciones conjuntas. Limitaciones: fallos en el registro existente en los CS que provoquen sesgos de clasificación. Imposibilidad de extrapolar los resultados a otras áreas sanitarias por las características de la población.

Aplicabilidad de los resultados esperados. 1. Incremento de cobertura vacunal antitetánica en adultos mediante la recomendación de la estrategia más efectiva. 2. Identificación de diferencias en la vacunación según variables estudiadas. 3. Discutir la indicación de revacunación antitetánica cada 10 años si se ha completado primovacunación correcta. 4. Extrapolar el programa a otras áreas sanitarias.

Aspectos éticos-legales. Ninguno.

P27.05 EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO ANTIINFLAMATORIO FRENTA A ANTIBIOTERAPIA Y PLACEBO EN PACIENTES CON BRONQUITIS AGUDA NO COMPLICADA CON EXPECTORACIÓN PURULENTA

A. Moragas, C. Llor Vilà, S. Hernández, C. Bayona Faro, J. Cots Yago y M. Miravilles Fernández

CS Jaume I; CS Valls; CS La Marina; Hospital Clínic. Tarragona, Cataluña.

Correo electrónico: amoragasm@meditex.es

La bronquitis aguda es una de las infecciones respiratorias más prevalentes en atención primaria y en más del 80% de los casos se prescriben antibióticos, principalmente cuando se presenta expectoración purulenta. Sin embargo, se trata de un proceso mayoritariamente viral y el beneficio del tratamiento antibiótico es marginal. Por otra parte, en los últimos años se considera a la bronquitis como un proceso más inflamatorio que infeccioso. *Objetivos.* Evaluar la efectividad clínica de una pauta antiinflamatoria no esteroidea oral durante 10 días y compararlo con una pauta de diez días de antibiótico y otro grupo asignado a placebo.

Material y métodos. Ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico, nacional, de grupos paralelos, con dos grupos activos (antiinflamatorio no esteroideo, antibiótico), y controlado con placebo, a doble ciego. Para la asignación a los distintos brazos de tratamiento: ibuprofeno 600 mg/8 h/10 d, amoxicilina y ácido clavulánico 500-125 mg/8 h/10 d y placebo 1 c/8 h/10 d. Criterios de inclusión: pacientes de 18 a 65 años, sin comorbilidad respiratoria asociada ni inmunodepresión ni neumonía, que presentan infección del tracto respiratorio de menos de una semana de evolución, con tos como síntoma predominante y presencia de expectoración purulenta de menos de una semana de duración y al menos otro síntoma del tracto respiratorio: disnea, sibilantes, desconfort torácico o dolor y que no exista una explicación alternativa de ello, como una condensación neumática. Variable de resultado principal: eficacia: curación, mejoría o fracaso. Variables de resultado secundarias: tiempo de resolución de los síntomas, disminución de la puntuación total diaria del diario de síntomas desde el día 1 hasta el día 10, cambio en la función pulmonar entre el día 0 y la visita de seguimiento principal (día 11-13), mediante la diferencia observada en el peak-flow, efectos secundarios y reacciones adversas que puedan surgir con las tres ramas de tratamiento, que se recogerán en las 3 visitas siguientes a la inclusión al estudio. Tamaño muestral: 495 pacientes. En la primera visita se explicará al paciente el ensayo clínico y se pedirá su consentimiento informado, aleatorizándose a tres grupos. Se le entregará un diario de síntomas para conocer la rapidez de acción de ambos tratamientos y se efectuará radiografía de tórax (para descartar neumonía), determinación de proteína C reactiva capilar y peak-flow. Se hará una segunda visita a los 2-4 d. para comprobar evolución, otra a los 11-13 días para nuevo peak-flow y ver evolución y cumplimiento y resolución de síntomas y cumplimiento y otra al mes.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Es de esperar que el antibiótico no sea más eficaz que el placebo aún cuando exista expectoración purulenta (criterio de inclusión). Desconocemos el beneficio del tratamiento antiinflamatorio pero es posible que sea más beneficioso que los otros dos grupos de tratamiento. En tal caso, orientaría al médico de familia a hacer un uso más racional de los fármacos, principalmente antibióticos, en esta patología tan frecuente en nuestro ámbito.

Aspectos éticos-legales. Aprobado por el Comité Ético del CEIC Fundació Jordi Gol i Gurina. Código del protocolo del promotor: E07/90333. Aprobado por FIS de ensayos clínicos de 2006. Número EUDRACT: 2007-006727-12.

P27.06 ANÁLISIS DE LA INTERACCIÓN ENTRE GENES Y ESTILO DE VIDA DE SUJETOS PARTICIPANTES EN UNA INTERVENCIÓN PARA PREVENIR LA DIABETES TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (PROYECTO PREDIGEN.CAT)

B. Costa Pinel, F. Barrio Torrell, R. Sagarra Álamo, M. Bulló Bonet, B. Bolíbar Ribas y Grupo investigador PreDiGen.cat

Instituto de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol (área diabetes y metabolismo); Institut Català de la Salut; Unitat de Nutrició Humana de la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut de Reus, Universitat Rovira i Virgili. Reus (Tarragona), Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: ciscobarrio@gmail.com

Objetivos. Evaluar la incidencia de diabetes en sujetos de riesgo incluidos en una intervención preventiva sobre el estilo de vida. Analizar la interacción entre factores de riesgo fenotípicos (antropométricos, clínicos, biológicos) y genotípicos (polimorfismos genéticos).

Material y métodos. Diseño: estudio de incidencia de la diabetes tipo 2 a partir de un proyecto europeo de salud pública (DE-PLAN-SANCO-2004-310), aplicado en Cataluña. Doble cribado de sujetos de riesgo asociado a una intervención preventiva continuada y evaluable para modificar el estilo de vida. Emplazamiento: Atención primaria de salud, 8 áreas de referencia (Instituto Catalán de la Salud), 76 unidades básicas implicando a un equipo multidisciplinario de 200 profesionales. Selección,

muestreo e intervenciones: A) Prolongación del seguimiento a 4 años (2 + 2) de la cohorte DE-PLAN (n = 552 de 2054 cribados) formada en 2006 (FIS05/0033). B) Ampliación con una cohorte específica PreDiGen.cat (n = 400 de 1500 a cribar mediante muestreo aleatorio entre sujetos no diabéticos asignados de edad entre 45-75 años) seguida 2 años (0 + 2). Todos los participantes, una vez identificado el riesgo para desarrollar diabetes (mediante cuestionario FINDRISC, prueba de tolerancia oral a la glucosa, o ambos), reciben una intervención para modificar el estilo de vida (informativa o intensiva: individualizada o en grupo), reforzada individualmente cada 6 semanas, programándose visitas de seguimiento a los 6 meses y de evaluación anuales. C) Coordinación con la línea 4 del proyecto europeo InterAct (LSHM-CT-2006-037197) para relacionar polimorfismos genéticos con la incidencia de diabetes, biomarcadores y el efecto de la intervención. Mediciones e intervenciones: factores de riesgo, antropometría, analítica básica (glucemia, A1c, lípidos), biomarcadores inflamatorios, hormonales y de la adhesión intravascular en la nueva cohorte y estudio del ADN en ambas. Análisis del riesgo, cambios del estilo y calidad de vida mediante cuestionarios validados. *Aplicabilidad de los resultados esperados.* Demostrar la efectividad real de la intervención aportando datos relevantes y aplicables sobre la interacción entre genes y estilo de vida en prevención de la diabetes tipo 2. Contribución al consorcio internacional InterAct para la obtención de una muestra suficiente para asegurar la validez del análisis genético que lidera.

Aspectos éticos-legales. Proyecto aprobado por el comité de ética del Instituto de Investigación en Atención Primaria (IDIAP) Jordi Gol el 20 de diciembre de 2007.

P27.07 PROYECTO BIFAP. BASE DE DATOS PARA LA INVESTIGACIÓN FARMACOEPIDEMIOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

V. Bryant Cerezo, J. Timoner Aguilera, M. Gil García, F. de Abajo Iglesias, L. García Rodríguez y A. Álvarez Gutiérrez

Agencia Española del Medicamento, Centro Español de Farmacoepidemiología. Madrid. Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: miguel.gil@bifap.org

Objetivos. Las reacciones adversas de los medicamentos (RAM) constituyen un importante problema de salud pública. La notificación espontánea de RAM (Tarjeta amarilla) genera señales de alerta sobre nuevas asociaciones fármaco-reacción. Para la adecuada evaluación de estas señales es necesario realizar estudios farmacoepidemiológicos, con un número suficiente de pacientes y en el menor tiempo posible. Las bases de datos sanitarias informatizadas en atención primaria constituyen una fuente de datos muy adecuada para la realización de dichos estudios. El proyecto BIFAP tiene como objetivo crear y validar una base de datos informatizada con información aportada por los médicos de atención primaria del Sistema Nacional de Salud para la realización de estudios farmacoepidemiológicos en atención primaria.

Material y métodos. En la actualidad 1.172 médicos colaboradores de 10 comunidades autónomas aportan periódicamente la información de sus pacientes almacenada en ÓMI-AP convenientemente anonimizada. El número total de pacientes con información para la realización de estudios farmacoepidemiológicos es de 2.208.652 siendo el total de personas-año de seguimiento de 4.417.083 La distribución por edad y sexo de los pacientes en BIFAP es similar a la población general española. La validación interna se ha realizado contrastando la información incluida en la base de datos con la existente en la historia clínica en papel. La validación externa se ha realizado comparando los resultados obtenidos en BIFAP con los de fuentes de información externas y estudios epidemiológicos específicos. Hasta la fecha se han completado 8 estudios de validación relacionados con: incidencia de enfermedad (leucemia, apendicitis) y mortalidad; prevalencia de diferentes patologías; estudio de factores de riesgo: diabetes; utilización de medicamentos: AINES en BIFAP; estudio de reacciones adversas atribuidas a fármacos: riesgo de hemorragia digestiva alta en usuarios de AINES. En todos los estudios la correspondencia entre los casos identificados como probables en la base de datos y confirmados con la historia clínica es muy alta (> 90%). Las medidas de frecuencia y de asociación obtenidas en los diferentes estudios son muy próximas a las obtenidas por las fuentes externas de información.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Los resultados de los estudios de validación realizados permiten confirmar que BIFAP es una herramienta válida y de gran potencial para la investigación farmacoepidemiológica y la salud pública en nuestro país.

Aspectos éticos-legales. La participación en el proyecto es totalmente voluntaria y tiene que contar con la aprobación de la gerencia del centro y de su comunidad autónoma. Los datos de salud de los pacientes están anonimizados a través de un proceso de doble disociación, en origen y en destino. Esto hace que los pacientes no sean identificables.

P27.08 ESTUDIO COMPARATIVO DE LA MORBI-MORTALIDAD ENTRE DIABÉTICOS TIPO 2 Y PACIENTES CON EVENTO CARDIOVASCULAR PREVIO. ESTUDIO DICAR

S. Canivell Fusté, A. Montróig Rodríguez, S. Bermúdez Chillida, G. Fluxà Terrasa, B. Fornés Ollé, J. Ortiz Molina, J. Miquel Sotoca, J. Mitjavila López y X. Otero Serra

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: canivell@clinic.ub.es

Objetivos. -Analizar las diferencias de morbi-mortalidad entre pacientes adultos atendidos en un centro de salud urbano diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 sin enfermedad cardiovascular previa (DM2) y pacientes con al menos un evento cardiovascular previo. -Identificar los factores asociados a la morbi-mortalidad.

Material y métodos. Estudio de cohortes prospectivo en un periodo de seguimiento de al menos tres años. Realizado en un centro de salud urbano con población asignada de 32318 pacientes. Se definen dos poblaciones de estudio. -Población 1: pacientes atendidos en el centro durante el año 2006 adultos con antecedentes de al menos un evento cardiovascular mayor en el momento del reclutamiento (definido como infarto agudo de miocardio, accidente vascular cerebral, angina de pecho o enfermedad arterial periférica documentada) (PS). -Población 2: pacientes atendidos en el centro durante el año 2006 adultos con DM2. -Criterios de exclusión: Pacientes con enfermedad grave con esperanza de vida menor a seis meses. Población atendida en el centro durante el año 2006 con DM2 o/y PS con diagnóstico en la historia clínica informatizada. Recogida de datos en mayo 2007. La población estudiada es de 2588 pacientes, 1158 DM2 y 1430 pacientes en PS. No intervenciones establecidas. Análisis estadístico: se utilizará el sistema SPSS versión 14.0. Primero se realizará un análisis descriptivo para identificar valores extremos y describir las variables. Se utilizarán proporciones para las variables categóricas y medidas de tendencia central y medidas de dispersión para las variables cuantitativas. Se realizará análisis de supervivencia: se construirán curvas de Kaplan-Meier para el análisis de la aparición tanto de éxitos como de eventos cardiovasculares. Las pérdidas se contabilizarán como valores censurados. Se utilizará la prueba del Log-Rank test para comparar las curvas de las dos poblaciones. Análisis multivariante: se utilizará la Regresión de Cox para calcular los riesgos relativos (hazard ratios) ajustados por las variables definidas (hazard ratio con intervalo de confianza del 95%). Al inicio del estudio se recoge el sexo, la edad, los antecedentes familiares de 1er grado de enfermedad cardiovascular (ECV) precoz, el tiempo de evolución de la DM2 o PS. Tanto al inicio del estudio como anualmente se recoge la mortalidad por cualquier causa, la mortalidad y morbilidad por ECV, la comorbilidad (índice de Charlson), el consumo de tabaco, el control de la presión arterial, los niveles de colesterol (total, LDL, HDL), el valor de HbA1c, el filtrado glomerular (MDRD), el tratamiento (hipolipemiantes, antihipertensivos, antiagregación/anticoagulación), sedentarismo, índice de masa corporal y vacunación antigripal. Limitaciones del estudio: déficit de registro en la historia clínica, probables pérdidas durante el seguimiento, tiempo limitado de seguimiento (se intentará una ampliación del mismo).

Aplicabilidad de los resultados esperados. Conociendo el riesgo cardiovascular real de los pacientes DM2 en nuestra zona geográfica, realizar las intervenciones necesarias para adecuar el control de sus factores de riesgo cardiovascular.

Aspectos éticos-legales. Es un estudio de no intervención y de práctica clínica habitual, lo que favorece que no existan problemas ético-legales. Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

P27.09 ESTUDIO DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR EL SOPORTE SOCIAL EN CUIDADORES

J. Bonet Simó, M. Rubio Villar, F. Náveros Almenara, E. Bellerino Serrano, M. Rosell Murphy y F. Solé Sancho

CAP Canaletes-Fontetes. Cerdanyola del Vallès (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: mrubio@camfic.org

Objetivos. Conocer si una intervención para mejorar el soporte social es efectiva para disminuir la sobrecarga de los cuidadores principales informales de los pacientes del programa de atención domiciliaria (ATDOM) atendidos por los Equipos de Atención Primaria (EAPs) y mejora su calidad de vida.

Material y métodos. Diseño: ensayo de intervención comunitaria, controlado, multicéntrico, aleatorizado con asignación por conglomerados. Unidad de aleatorización: Equipo de atención Primaria (EAP). Ámbito de estudio: Atención Primaria de salud (10 centros de salud, pertenecientes a su ámbito). Sujetos de estudio: Cuidadores principales informales de pacientes en ATDOM, atendidos por profesionales sanitarios de EAPs del ámbito de estudio. Muestra: la asignación a grupo de intervención/control será aleatoria, según su pertenencia a EAP determinado. Variables: a) Del cuidador: sociodemográficas, sobrecarga del cuidador (test de Zarit), relaciones con el cuidado, relacionadas con la salud del cuidador, familiares. b) Del/la paciente dependiente: sociodemográficas, percepción del estado de ánimo, de la salud y del cuidado recibida con escalas analógicas visuales. Desarrollo del estudio: Intervención: el grupo de cuidadores de la intervención recibirá dos sesiones individuales, cuatro sesiones familiares y educación grupal, seguimiento telefónico y acceso ilimitado a consulta telefónica. El grupo control de cuidadores recibirá el seguimiento habitual que se hace en ATDOM: visitas programadas bimestrales y a demanda. Análisis estadístico: La base de datos será tipo Access y se irá depurando constantemente. Se hará estadística descriptiva de todas las variables recogidas y un análisis inicial de comparabilidad de los grupos de estudio para asegurarnos de la homogeneidad de las poblaciones. Para estudiar los factores asociados a la intervención se realizará regresión lineal para las variables continuas ajustando por los potenciales factores de confusión y las posibles variables clínicas relevantes. Todos los análisis se harán por intención de tratar. Todas las pruebas estadísticas se realizarán con un nivel de confianza del 95%. Limitaciones del estudio: Número de pérdidas, tanto por éxito, como por institucionalización del paciente. La intervención se plantea facilitando al máximo la accesibilidad del cuidador a la misma, una gran parte se realizará en el domicilio del cuidador. Esto puede ocasionar un sobreesfuerzo en los profesionales.

Aplicabilidad de los resultados esperados. El estudio puede evidenciar la efectividad de una intervención basada en la mejora del soporte social para disminuir la sobrecarga de los cuidadores principales de pacientes dependientes. Si se demuestra que esta intervención es eficiente, se puede aplicar y extender a la práctica habitual en los EAPs.

Aspectos éticos-legales. Se garantiza la participación voluntaria e informada. Se asegura la confidencialidad de los datos. Este estudio no conlleva ningún riesgo para los sujetos participantes ya que continuarán con el mismo protocolo de seguimiento que realizaban con su médico de familia y con el mismo tratamiento de su patología. Se informará a los participantes de los resultados.

P27.10 MEJORA EN EL CONTROL Y EN LAS ACTITUDES Y MOTIVACIONES DE LOS DIABÉTICOS TIPO 2, TRAS UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA GRUPAL Y DE EJERCICIO FÍSICO

J. Sánchez Gil, M. Rodríguez Martínez, M. Martínez Vélez,

A. Lemos-Monteiro, F. Agüera Mengual y J. Lorca Serralta

EAP Isaac Peral. Cartagena. Murcia.

Correo electrónico: vicentej.gavara@telefonica.net

Objetivos. Conocer la mejora en el control (metabólico y de factores de riesgo cardiovascular asociados), en las actitudes y motivaciones y la adherencia terapéutica, de los diabéticos tipo 2 de una zona de salud, tras una actividad comunitaria grupal durante 6 meses (educación terapéutica en diabetes y realización de ejercicio físico).

Material y métodos. Diseño: ensayo clínico aleatorizado, estudio intervención 2 ? 2. Emplazamiento: Zona salud urbana. Sujetos de estudio: diabéticos tipo 2 no insulinodependientes, de 40-70 años, con HbA1C ≤ 8,5%, tensión arterial < 160/90 e IMC < 40. Se excluirán aquellos con complicaciones crónicas o descompensación clínica aguda. A partir de una población estimada de 300 sujetos con criterios de inclusión, considerando un nivel de confianza del 95%, potencia 80% y prevalencia de éxito esperada del 50% con la intervención máxima y 10% en el grupo control, la muestra para el estudio incluirá 120 diabéticos. Metodología: los sujetos se asignarán aleatoriamente a 4 grupos, 30 en cada uno, (Grupo1- intervención educativa grupal, Grupo 2- educación grupal más ejercicio físico,

Grupo 3- ejercicio solo y Grupo 4- grupo control: educación individual en consulta, según programa del centro de salud). Se realizará la actividad educativa grupal consistente en 6-7 talleres durante los 3 primeros meses, y tres de refuerzo los 3 siguientes. Los sujetos realizarán ejercicio físico de intensidad moderada, 3 o 4 horas/semana, en pabellón deportivo y supervisados por monitor deportivo y personal de apoyo. En el protocolo de estudio se registrará pre y post-intervención, la variable principal (bajada en 0,5% la Hb A1c) y las demás variables (antecedentes, datos exploratorios, analíticos, cumplimiento terapéutico, autocontrol, autocuidados y datos de la encuesta de actitudes y motivaciones- DAS-3sp). Analizaremos los resultados con estadística univariante para descriptivos y frecuencias, Chi-cuadrado para variables cualitativas y ANOVA y t-Student para cuantitativas, incluyendo los casos por intención de tratar.

Aplicabilidad de los resultados esperados. El presente estudio es aplicable en nuestro medio, pero somos conscientes de sus limitaciones: -Efecto contaminación, en los pacientes asignados al grupo de no intervención. Muy frecuente en estudios sobre hábitos de vida; -No se podrán utilizar técnicas de enmascaramiento en nuestro estudio ya que los pacientes asignados al grupo de estudio no pueden ser ciegos a la intervención que van a recibir; -Nuestra intervención no es susceptible de ser comparada con un placebo por razones éticas y prácticas; -Somos conscientes de la limitación para generalizar los resultados de nuestra intervención a toda la población diabética tipo 2, debido a los criterios de inclusión y exclusión que alejan la población de estudio de la población diana.

Aspectos éticos-legales. Se ha solicitado la evaluación de este ensayo presentándolo al Comité de Ética de Investigación Clínica del Área.

P27.11 FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN POBLACIÓN GENERAL

M. Vila Soler, M. Alzamora Sas, D. Reina Rodríguez, G. Pera Blanco
y Grupo de estudio ARTPER

ABS 4 Riu Nord-Riu Sud. Santa Coloma de Gramanet (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: mvilasoler@gmail.com

Objetivos. En nuestro país las enfermedades vasculares representan la primera causa de muerte (31%). La aterosclerosis, considerada actualmente una enfermedad sistémica crónica y progresiva, es la causa fundamental de estas enfermedades y afecta las arterias de todos los territorios vasculares del organismo, siendo la arteriopatía periférica (AP) la afectación arteriosclerótica de las arterias en extremidades inferiores. Esta afectación se puede diagnosticar fácilmente con una técnica no invasiva como es el índice tobillo brazo (ITB). El ITB es la relación entre la presión arterial sistólica (PAS) a nivel de la arteria pedía o tibial posterior dividida por la PAS braquial. Cifras bajas en la determinación del ITB (# 0,9) nos permiten diagnosticar la AP en pacientes asintomáticos. Conocer los factores de riesgo vasculares, las asociaciones de estos así como el número en que se asocian a los diferentes grados de arteriopatía periférica [estenosis leve (ITB = 0,7-0,9), moderada (ITB = 0,5-0,69) y grave (ITB < 0,5)] permitirá reconocer los pacientes con mayor riesgo de eventos cardiovasculares. General: conocer los factores de riesgo vasculares que están más asociados a la presencia de AP y a sus diferentes grados en la población general. Específicos: 1. Conocer la asociación de cada uno de los factores de riesgo vasculares con la presencia de AP. 2. Describir la asociación entre el número de factores de riesgo vasculares y la AP. 3. Conocer la agrupación de los distintos factores de riesgo vasculares que se asocian más a presentar AP. 4. Describir la prevalencia de los grados de arteriopatía periférica en función de los factores de riesgo vasculares.

Material y métodos. -Diseño de estudio: descriptivo transversal y multicéntrico. -Ámbito: 24 centros de asistencia primaria. -Población de estudio: 3.203 sujetos de ambos sexos ≥ 50 años adscritos a los centros del estudio, pertenecientes al estudio ARTPER (prevalencia de AP y valor pronóstico para eventos cardiovasculares de la AP). -Criterios de exclusión: institucionalizados en el momento del estudio, enfermedades en fase terminal, incapacidades al iniciar el estudio, imposibilidad para realizar el ITB, no consentimiento. -Técnica de muestreo: aleatorio simple. -Variables: datos de filiación y características de los sujetos, factores de riesgo y protectores y arteriopatía periférica a través de una encuesta específica, medidas antropométricas, toma de la presión arterial y cálculo del ITB, analítica general, electrocardiograma y revisión de la historia clínica. -Recogida de datos: hojas de recogida de datos del estudio ARTPER (datos de historia clínica, entrevista pacientes y pruebas complementarias). -Análisis estadístico: test de chi cuadrado, t de Student, ANOVA y modelos univariantes y multivariantes de regresión logística y regresión lineal.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Conocer los factores de riesgo más asociados a AP así como el número y las asociaciones entre estos factores que nos permitirán reconocer los pacientes con más probabilidades de presentar esta patología y planificar estrategias preventivas multifactoriales desde la AP.

Aspectos éticos-legales. Consentimiento informado escrito, aprobación del comité de ética del IDIAP, confidencialidad de los datos.

P27.12 PROYECTO IDDEA. DETECCIÓN DEL DÉFICIT DE ALFA-1 ANTITRIPSINA EN PACIENTES CON EPOC

J. Molina Paris, X. Flor, R. García, R. Timiraos, G. Tirado-Conde, M. Miravittles y Grupo de Respiratorio de semFYC

CS Francia. Fuenlabrada (Madrid). Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: jmolinaparis@gmail.com

Objetivos. El déficit de alfa-1 antitripsina (DAAT) es una patología infadiagnosticada. La OMS y otras sociedades médicas aconsejan realizar una determinación de las concentraciones de alfa-1 antitripsina (AAT) a todos los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) una vez en la vida. En respuesta a estas recomendaciones y teniendo en cuenta que el seguimiento de la mayoría de los pacientes con EPOC es llevado a cabo por el médico de familia, el objetivo del proyecto IDDEA es proporcionar a los médicos de atención primaria (AP) las herramientas diagnósticas necesarias para la detección del DAAT en pacientes con EPOC.

Material y métodos. Se prevé la participación de 100 médicos de AP de España y el análisis de muestras de 2000 pacientes. Los pacientes incluidos deberán cumplir los criterios de inclusión de edad (30-70 años) y de diagnóstico documentado de EPOC (FEV1/FVC < 70%). La prueba podrá realizarse a hermanos de personas diagnosticadas de DAAT. Se excluirán pacientes con otros diagnósticos neumológicos: asma, bronquiectasias, bronquitis aguda, bronquitis crónica, neumonía u otros procesos inflamatorios activos. Se tomará una muestra de sangre a cada paciente en un papel seco, y se determinarán los niveles de AAT en cada muestra. En aquellas muestras con niveles deficitarios (< 110mg/dl) se determinarán los genotipos deficitarios más frecuentes (Z y S). Este programa de detección se lleva a cabo a través de una página web específicamente diseñada para este proyecto (www.proyectoideea.com).

Aplicabilidad de los resultados esperados. Los resultados de este estudio proporcionarán información útil del infadiagnóstico del DAAT y permitirán implementar recomendaciones futuras en el manejo de la EPOC y el diagnóstico precoz del DAAT en el ámbito de AP en España.

Aspectos éticos-legales. El proyecto ha sido aprobado por el CEIC Gol i Gurina. Todos los pacientes participantes deberán otorgar su consentimiento informado y firmado antes de realizar la toma de muestra del proyecto.

Sesión 28

Viernes, 21 de noviembre. 10.00-11.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Enfermedades infecciosas

P28.01 ¿PENSAMOS EN LA TUBERCULOSIS?

S. García Pleyan, E. Artal Travería, A. García Junquera, L. Gallardo Martínez, V. Saviola y A. Faba

ABS Raval-Sud. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: sgpleyan@hotmail.com

Objetivos. Comparar el retraso diagnóstico de TBC pulmonar de nuestro centro con el de la Comunidad Autónoma (CCAA), analizando sus características y posibles causas.

Material y métodos. -Diseño: estudio descriptivo retrospectivo de los casos de TBC pulmonar vistos en el centro durante los últimos 3 años (registro historia clínica). -Ámbito: ABS urbana socioeconómicamente deprimida, con las tasas de TBC y de inmigración más elevadas de nuestra CCAA. -Sujetos: todos los casos de TBCP registrados en el centro de

2005 a 2007 (n = 59). -Intervenciones: comparamos el retraso diagnóstico de la TBC (tiempo transcurrido desde la aparición de los síntomas hasta el inicio del tratamiento) del ABS, con el de nuestra CCAA (memoria 2005). Analizamos tres componentes de retraso diagnóstico según sea atribuible al paciente, al médico, y a las pruebas diagnósticas. Por último, lo relacionamos con las variables edad, sexo, inmigrante y síntomas.

Resultados. Nuestro retraso es de 31 días (5, 12 y 14 días según sea atribuible al médico, al paciente y a las pruebas diagnósticas respectivamente) respecto a los 42 de nuestra CCAA. Ninguna de las variables estudiadas influye de forma significativa, al contrario de la CCAA donde la condición de inmigrante disminuye el retraso.

Conclusión. En nuestra ABS con una mayor prevalencia de TBP existe un menor retraso de diagnóstico respecto la media de la CCAA. El mayor retraso viene dado por la lentitud de las pruebas diagnósticas. No existe ningún factor estudiado ni la condición de inmigrante que se relacione significativamente con el retraso diagnóstico.

P28.02 ¿ES EFICAZ MEJORAR LOS CAUCES DE COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES EN LA INFECCIÓN CRÓNICA POR VHC?

A. Prada Vigil, M. Tovar Bobo, O. Fernández Fernández, C. Cageao Díaz, C. Pequeño Prieto y M. Delgado Blanco

CS Cambre; CS Culleredo; CS Castrillón; CS Oleiros; CS Cee.

A Coruña. Galicia.

Correo electrónico: ana.prada.vigil@sergas.es

Objetivos. La infección por virus C es la causa más importante de cirrosis y hepatocarcinoma. El estudio temprano facilita tomar decisiones terapéuticas. Comparar el tiempo en completar estudio, iniciar tratamiento y perfil de pacientes con VHC remitidos a una unidad especializada desde diferentes CS.

Material y métodos. Estudio observacional de prevalencia. Selección de 88 nuevos pacientes infectados por VHC, atendidos durante un año en una Unidad de Hepatología. Grupo A (44 pacientes) procedía de CS docentes donde se facilitó la comunicación entre equipos por vía e-mail. Grupo B (44 pacientes) derivado desde consultas ambulatorias por los cauces habituales. Variables: centro de procedencia, sexo, edad, genotipo, vía de contagio, histología (F0 = no fibrosis, F1 = fibrosis grado1, F2 = grado 2, F3 = pre-cirrosis, F4 = cirrosis, CHC = carcinoma hepatocelular), tiempo en completar estudio y actitud terapéutica.

Resultados. Grupo A/Grupo B: 27 varones 61,4%/23 52,3%; edad media 48,7/47. Tiempo medio en completar estudio: 40 ± 7,1 días/102 ± 21,9 p < 0,001. Contagio: desconocido 45,5%/22,7%, ADV 36,4%/29,5%, cirugía 11,4%/25%, transfusión 6,8%/18,2%. Genotipos: 1 61,4%/84,1%, 2 4,5%/0%, 3 13,6%/6,8%, 4 20,5%/9,1%. Grado histológico: F0 20,5%/22,7%, F1 18,2%/ 2,3%, F2 43,2%/50%, F3 6,8%/9,1%, F4 9,1%/13,6%, CHC 2,3%/2,3%. Tratamiento 22 50%/24 54,5%.

Conclusión. La coordinación entre equipos disminuye significativamente el tiempo en completar estudio y facilita el inicio temprano del tratamiento.

P28.03 ESTUDIO DE UN BROTE DE HEPATITIS A OCURRIDO EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

A. Jaldo Sánchez, M. Puga Montalvo, M. Velasco Rodríguez, F. Asensio Avilés, C. Fuentes González y D. Almagro Nieves

ZBS de Huétor-Tájar. Granada. Andalucía.

Correo electrónico: adolfojaldo@hotmail.com

Objetivos. Describir un brote por hepatitis A ocurrido en la zona de Huétor-Tájar durante los meses de abril/mayo de 2008 y las actuaciones realizadas.

Material y métodos. Tras la detección de 3 casos de hepatitis A (14/05/2008) se mantuvo una reunión entre Epidemiólogos y Médicos de Familia para definir sospecha y confirmación de casos y consensuar las medidas preventivas. Con encuestas epidemiológicas, se recogieron variables: edad, género, fecha de inicio de síntomas, residencia, clínica, posible origen (factores de riesgo) y medidas preventivas (aislamiento entérico y administración de inmunoglobulina y vacuna). Se realizó inspección del establecimiento sospechado y estudio de manipuladores. Se trata de un estudio descriptivo transversal.

Resultados. El total de casos fueron 14 (57,1% varones) con una edad media de 29,1 años (desviación típica 11,9). Once residen en Huétor-Tájar y tres en localidad vecina. Se observó una agrupación temporo/espacial.

La sintomatología más frecuente fue dolor abdominal e ictericia (92,9%), coluria (85,7%) y fiebre (71,4%). La curva epidémica reflejó una exposición común con un primer caso al final de abril y un caso secundario a finales de mayo. El factor de riesgo más probable encontrado fue la relación con establecimiento de restauración y se limitó la elaboración de productos crudos. El estudio de manipuladores fue negativo.

Conclusión. La detección precoz del brote permitió iniciar medidas preventivas individuales y de salud pública evitando la aparición de más casos. La coordinación entre profesionales sanitarios y de salud pública fue fundamental para delimitar la extensión del brote.

P28.04 PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA URBANO

A. Franco Alonso, P. Miró Botella, E. Mañes y M. Vergara Alert

EAP Capse Rosselló. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: afrancoa@clinic.ub.es

Objetivos. Conocer la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en nuestro centro de atención primaria (CAP) en los 4 primeros años de funcionamiento.

Material y métodos. Estudio observacional transversal donde estudiamos la prevalencia de las ETS en nuestro CAP, comparado con Barcelona, entre 2002-2006. Fueron atendidos 69.682 pacientes entre 15 y 99 años. Variables estudiadas: 1. tipo de ETS; 2. sexo; 3. edad; 4. origen étnico; 5. orientación sexual (OS); 6. ETS concomitantes. Análisis estadístico realizado con SPSS.

Resultados. De las 977 consultas por alguna cuestión relacionada con ETS se confirmó el diagnóstico en 873 casos (1,25% de nuestra población): 22,79% HIV positivo; 6,87% SIDA; 14,55% herpes genital; 2,29% tricomoniasis; 5,73% condiloma genital; 7,33% sifilis; 0,34% Chlamydia trachomatis; 3,67% gonococia; 22,79% virus hepático B; 5,73% con ETS concomitantes. 2. Distribución por sexo: 65,22% mujeres; 34,77% hombres. 3. Edad: 39,43 ± 6,88 años. 4. Origen étnico: 72% nacionales; 27% inmigrantes; 1% no registrado. 5. OS: 10,25% heterosexuales; 8,26% homosexuales; 81,14% no registrada. 6. ETS concomitantes: 5,73% de los pacientes. Respecto a Barcelona: 13,5% nuevos casos HIV (199/1474); 10,91% casos de SIDA (60/550); 9,43% casos de sifilis (64/679); y 5,77% gonococias (32/555).

Conclusión. -Se ha producido un incremento de las ETS entre 2002 y 2006. -Los casos son más prevalentes en hombres que en mujeres. -La edad media oscila entre: 39,43 ± 6,88. -Se han observado irregularidades en el registro de nacionalidad y orientación sexual.

P28.05 ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

C. Roca, R. Riel, G. Camacho, P. López-Chejade, M. Pinazo y M. Buela

EAP El Clot; Facultad de Farmacia, Universidad de Barcelona;
Idibaps Hospital Clínic. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: croca.bcn.ics@gencat.cat

Objetivos. Estudio de prevalencia de la infección por *T. cruzi* en adultos procedentes de áreas endémicas, atendidos en el Centro de Salud (CS).

Material y métodos. Estudio observacional, transversal. Muestreo consecutivo, pacientes originarios de Centro-Suramérica continental, en 13 consultas de atención primaria y 1 consulta ginecológica. Período octubre 2007-mayo 2008. Técnica cribado: serología de inmunocromatografía (Operon-WB®). Si lectura positiva, extracción de sangre venosa para ELISAC in-house i ELISAr (Biokit®). Diagnóstico de enfermedad de Chagas cuando ≥ 2 serologías positivas.

Resultados. 307 Paciente estudiados (mujeres 63,8%, edad media 37 ± 12,7 años. Origen: Ecuador 74 (24,3%), Perú 65 (21,2%), Bolivia 58 (18,9%), Colombia 38 (12,4%), Argentina 26 (8,5%), Venezuela 12 (4%), Chile 8 (2,6%), otros países 26 (8,5%). Migración: mediana 5 años (rango 0-65). Antecedente de residencia en zona rural 109 (35,5%), en casas de adobe 76 (24,7%), receptores de transfusiones 24 (7,8%), conocían la enfermedad de Chagas 135 (44%) y algún enfermo 39 (12,7%). Inmunocromatografía positiva 12 (4%) pacientes: falsos positivos 4 (1,3%). Confirmación serológica y diagnóstico de enfermedad Chagas 8 (2,6%): originarios de Bolivia 8 (100%), zona rural 6 (75%), casas de adobe 6 (75%),

transfusiones 2 (25%), conocían la enfermedad de Chagas 8 (100%) y al-gún enfermo 7 (87,5%). Todos fueron derivados a una unidad especializada para estadiaje clínico y tratamiento. La prevalencia de la enfermedad de Chagas en la muestra estudiada es de 2,6%.

Conclusión. Los resultados actuales apuntan a que la prevalencia de la enfermedad de Chagas en inmigrantes asintomáticos procedentes de países endémicos es apreciable. Se refuerza la importancia del cribado de esta patología en las personas con antecedentes epidemiológicos compatibles.

P28.06 TENGO UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA, ¿ACUDO A MI CENTRO DE SALUD O A UN HOSPITAL?

D. Martín Acicoya, R. Pacheco Puig, A. González Álvaro, F. San Andrés Rebollo y A. Revuelta Alonso

CS Las Calesas, Área 11. Madrid. Comunidad de Madrid.
Correo electrónico: dmartina@medynet.com

Objetivos. Comparar el manejo diagnóstico y terapéutico de las infecciones respiratorias banales entre un centro de salud (CS) y una urgencia hospitalaria (UH).

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Ámbito: CS y UH de una zona urbana. Criterios de inclusión: todos los pacientes diagnosticados de catarro, gripe, faringitis aguda, bronquitis aguda o infección respiratoria, en una UH y en un CS del mismo área, del 1 al 10 de febrero de 2007. Criterios de exclusión: patología crónica respiratoria previa, registro incompleto, haber recibido ya tratamiento por ese proceso. Cumplieron criterios de inclusión 373 pacientes (148 en UH y 225 en CS). Excluidos 178. Se recogieron variables de sexo, edad, alergia a antibióticos, enfermedad crónica no respiratoria, síntomas, exploración, pruebas complementarias y tratamiento. Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS versión 12.0. La prueba estadística utilizada para comparación de proporciones fue el test de ji-cuadrado.

Resultados. La edad media en UH fue 38,09 años y 47,25 en CS siendo esa diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,000$). El porcentaje de pacientes con exploración normal fue similar en UH (87,2%) y en CS (88,9%). En la UH se pidió radiografía de tórax a un 37,2% de los pacientes que tenían exploración normal y sin comorbilidad asociada. Ninguna en el CS. La probabilidad de que un paciente se llevase un tratamiento antibiótico incorrecto (no indicado, mal elegido, o dosis incorrecta) fue 2,813 veces mayor en UH que en CS (IC 95% 1,701-4,65).

Conclusión. Acudir a una UH por un cuadro de infección respiratoria basal aumenta el riesgo de pruebas innecesarias y tratamientos excesivos.

P28.07 EVALUACIÓN DEL EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Martín Madrazo, M. Salinero Fort, A. Cañada Dorado, C. Villanueva Sanz, J. Abanades Herranz y E. Carrillo de Santa Pau

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. Principal: evaluar el efecto de una estrategia múltiple (Formativa y Organizativa) sobre "Higiene de Manos (HM) para la reducción de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria", en profesionales sanitarios. Secundarios: -Describir los conocimientos, actitudes y comportamientos sobre HM, así como el "burn-out" en los profesionales; -Analizar las variables que de forma independiente se asocian con cumplimiento de HM.

Material y métodos. Diseño: estudio experimental, de grupos paralelos, con grupo control, y asignación aleatoria de la intervención por Centros de Salud (CS). Ámbito de estudio: multicéntrico en Atención Primaria. Sujetos de estudio: médicos, odontostomatólogos, enfermeras, matronas, higienistas dentales y auxiliares de enfermería. Muestra: polietápica (primer muestreo aleatorio de centros y después aleatorio de profesionales). Asunciones tamaño muestral: diferencia mínima de cumplimiento a encontrar: 5 puntos, desviación estándar común: 10 puntos, potencia 85%, IC95%, coeficiente de correlación intraclúster: 0,01, promedio de 20 profesionales por centro, precisándose en total 100 profesionales en cada grupo, incluyendo un 10% de pérdidas. Mediciones: -Características sociodemográficas y labora-

les de los profesionales; -Observación Estructurada (OE): observación directa de 4 actividades de cada profesional seleccionado (basal y a los 6 meses). Se registrará el cumplimiento de HM en cada observación según escala cuantitativa (0-100 puntos); -Conocimientos, actitudes y comportamientos sobre la HM, mediante cuestionario de elaboración propia basado en recomendaciones de la OMS, tras la OE basal; -"Burn-out" mediante cuestionario validado "Maslach Burnout Inventory", tras la OE basal. Intervención: se realizará en Grupo experimental (100 profesionales), tras la OE basal y consistirá en: 1-Formación mediante talleres teórico-prácticos sobre la técnica de HM; 2-Implementación de soluciones hidro-alcohólicas en los CS; 3-Colocación de "recordatorios en el lugar de trabajo" (folletos, carteles u otro tipo de materiales en puntos clave de los CS). El grupo Control (100 profesionales) no recibirá ninguna de las 3 anteriores. Análisis de los datos.- Análisis descriptivo de la muestra. El objetivo principal se medirá mediante la variación del cumplimiento correcto de la HM, a los 6 meses respecto al momento basal, en ambos grupos (intervención y control), utilizando ANCOVA. Para medir los objetivos secundarios se realizará una regresión logística siendo la variable explicativa principal el tipo de intervención (Intervención versus control) y las covariables: edad, sexo, tipo de profesión, tipo de contrato, años de experiencia laboral, nivel de conocimientos, actitudes y comportamiento frente HM y "burn-out". Nivel significación < 0,05. Se utilizará el paquete estadístico SPSS 15.0. Limitaciones: posibles sesgos de información: efecto Hawthorne y tipo mala clasificación, para evitar este último el observador será único y previamente entrenado. Posible falta de colaboración de parte de los profesionales, que se compensará con un incremento del 10% del tamaño muestral. Para minimizar posibles factores de confusión se efectuará análisis multivariante.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Este estudio, pionero en el ámbito comunitario, tendrá un alto impacto, pues permitirá conocer la prevalencia del incumplimiento de la HM en Atención Primaria, y estudiar la eficacia de una estrategia múltiple en la mejora del cumplimiento de HM.

Aspectos éticos-legales. El protocolo de estudio ha sido aprobado por el CEIC local. Se ha solicitado financiación al FIS.

P28.08 LOS MÉDICOS DE FAMILIA RECONOCEN BIEN LA CISTITIS EN LA CONSULTA

J. Cots Yago y J. Cañada Merino

CS La Marina; CS de Algorta. Barcelona, Getxo (Vizcaya). Cataluña, País Vasco. Correo electrónico: 23465jcy@comb.es

Objetivos. Identificar conocimientos y actitudes de los médicos de familia sobre las infecciones del tracto urinario (ITU) en la mujer.

Material y métodos. Estudio transversal on-line realizado a médicos de familia del territorio español, durante 2007. Se calcularon odds ratio e intervalos de confianza al 95%.

Resultados. Se recogieron 345 respuestas válidas. El 71,4% eran hombres, la edad media fue $48,7 \pm 6,4$ años, y el tiempo de ejercicio $22,4 \pm 6,7$ años. El $3,8 \pm 3,1\%$ de los pacientes visitados fue diagnosticado de cistitis. Las cistitis complicadas fueron el $8,5 \pm 9,7\%$, y el de recurrentes el $23,5 \pm 19,9\%$. El 85,6% utiliza habitualmente tiras reactivas para confirmar la sospecha de ITU y el 69,7% siguen las recomendaciones de alguna guía clínica. Los tratamientos más utilizados fueron fosfomicina trometamol en dosis única (64,5%), norfloxacino durante 5-7 días (12,7%), amoxicilina-clavulánico durante 5-7 días (9,8%) y ciprofloxacino durante 3 días (4,9%). Los factores más influyentes en la elección del tratamiento fueron los tratamientos previos efectivos en la misma paciente (76,3%), tratamientos no efectivos en la misma paciente (28,6%), duración del tratamiento (56,4%), seguridad del fármaco (54,3%) y resistencias del ámbito geográfico (47,7%). El porcentaje de pacientes autotratados fue del $17,0 \pm 15,9\%$. El 90,4% de los encuestados opinan que los tratamientos antibióticos de pauta corta tienen una eficacia igual o superior a los de pauta larga.

Conclusión. Un alto porcentaje de médicos siguen las indicaciones de alguna guía clínica, utilizan tiras reactivas para confirmar el diagnóstico y opinan que los tratamientos de pauta corta son tanto o más efectivos que los de pauta larga.

P28.09 LA POBLACIÓN FEMENINA ESPAÑOLA RECONOCE LOS SÍNTOMAS Y ACUDE AL MÉDICO DE FAMILIA EN LAS CISTITIS

J. Cots Yago y J. Cañada Merino

CS La Marina; CS de Algorta. Barcelona, Getxo (Vizcaya). Cataluña, País Vasco. Correo electrónico: 23465jcy@comb.es

Objetivos. Identificar los conocimientos y actitudes que tiene la población femenina española sobre las infecciones del tracto urinario (ITU).

Material y métodos. Estudio transversal descriptivo realizado durante mayo de 2007, mediante encuesta telefónica a mujeres.

Resultados. Se realizaron 6.545 encuestas. La edad media fue 45 años. El 36,5% habían padecido al menos una ITU, con una media de $2,5 \pm 2$ episodios. Un 41% ha tenido un único episodio; 47,3% 2 episodios, y 11,8% > 3 episodios/año. El 73% fueron diagnosticadas por el médico de familia, 12,9% por el ginecólogo y 4,1% por el urólogo. Escozor al orinar (87,1%), sensación de urgencia (76,5%) y poca cantidad de orina (69,3%) fueron los principales síntomas, que tardaron en desaparecer $3,6 \pm 3,1$ días, y fueron percibidos como más graves en las mujeres con infecciones recurrentes (6,4 vs 5,8; $p < 0,05$). No refirieron dificultad para seguir el tratamiento (88%), pero el 12% lo abandonó al desaparecer los síntomas. Un 60% prefirió tratamientos antibióticos de una toma al día, y un 43% de una única toma. Un 10,1% se autodiagnosticó y automedicó, aumentando hasta el 13% en las que padecieron > 2 episodios. El autodiagnóstico se incrementó con la edad y el nivel de estudios. Se encontró una asociación clara entre autodiagnóstico y abandono del tratamiento (22,0% vs 10,7%; $p < 0,0001$).

Conclusión. Las ITU son un trastorno de elevada incidencia e impacto en la población femenina. Destacó el alto porcentaje de autodiagnóstico y autotratamiento así como las preferencias hacia soluciones terapéuticas lo más cortas posibles.

P28.10 DIABETES, MORTALIDAD INVERNAL Y VACUNA ANTIGRIPAL

C. de Diego Cabanes, A. Vila Córcoles, T. Rodríguez Blanco, O. Ochoa Gondar, E. Salsench Serrano y V. Arija Val

SAP Tarragona-Valls. Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: cintaddc@tinet.org

Objetivos. Evaluar la efectividad de la vacuna antigripal (VAG) anual en la prevención de mortalidad invernal en diabéticos ≥ 65 años.

Material y métodos. Estudio de cohortes prospectivo multicéntrico. 2.650 individuos diagnosticados de diabetes mellitus (DM) tipo 1 o DM2 asignados a 8 centros de atención primaria. Se analizó la recepción o no de VAG en los otoños de 4 años consecutivos (2002-2005), la variable respuesta fue la mortalidad invernal por todas las causas entre 01/01/02-30/04/05. Se utilizó el análisis multivariante por Regresión de Cox para el cálculo de Riesgo Relativo (RR) ajustados por edad, sexo y comorbilidad, estimándose la efectividad vacunal (1-RR), Riesgos atribuibles (RA) y número necesario de vacunaciones (NNV) para prevenir una muerte (1/RA).

Resultados. La percepción de la vacuna antigripal se asoció con una reducción significativa del 34% (Hazard Ratio: 0,66; IC95%: 0,48-0,90; $p = 0,010$) en el riesgo ajustado de muerte por cualquier causa en el período invernal 2002-2005. El RA en vacunados fue de 2,32 (IC95%: -3,3 a 7,9) muertes por 1.000 personas-semana dentro de los períodos gripeles. Se estimó que el NNV para prevenir una muerte era de 431 (variando entre 198 en el invierno 2003 y 2564 en el invierno 2005).

Conclusión. Los resultados apuntan un considerable beneficio de la VAG para prevenir mortalidad invernal en pacientes diabéticos ≥ 65 años, y confirman la necesidad de las estrategias anuales de vacunación en los grupos de riesgo.

P28.11 ESTUDIO DE LA EFICACIA DE LOS URINOCULTIVOS DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

E. García Vega, N. Puigvert Viu, M. Rubio Montañes, R. Espunya Giralt, M. Serrallonga Capdevila y T. Parnau Prats

ABS Girona-3. Girona. Cataluña.

Correo electrónico: eva-mgv@hotmail.com

Objetivos. Valorar el proceso de cultivo de orina desde el urinanalisis para conseguir optimizar las intervenciones y alcanzar los mejores resultados para la lectura de la siembra. Ver la frecuencia de urinocultivos positivos. Describir las características de edad, sexo y mes del año del episodio causante del cultivo. Identificar el microorganismo más frecuente de la infección.

Material y métodos. Estudio descriptivo. Población estudio: todo usuario a cual se indique un urinocultivo. Tamaño: 624 cultivos registrados durante un año en centro de Atención Primaria. Criterios inclusión: todo paciente al cual un facultativo indique un urinocultivo. Y haya sido regis-

trado. Criterios de exclusión: todo registro sin resultado conocido. Variables: edad, sexo, año de nacimiento, mes que se realizó el cultivo, presencia de: leucocitos, nitratos, sangre y resultado cultivo.

Resultados. 69,2% de cultivos se realizó en mujeres. Mayor prevalencia de edad entre 18-50 años. Población infantil: aumento entre 3-6 años. Un 34,9% tuvo crecimiento positivo y derivadas al laboratorio. Se aislaron 13 microorganismos. Un 11,3% *Escherichia coli*, 2,4% *Proteus mirabilis*, 0,6% *Klebsiella pneumoniae*. Un 13% fue flora mixta y 12,5% desconocido o sin registro correcto. Destaca aumento de muestras en septiembre (11,7%), contra 6,1% en diciembre.

Conclusión. Cultivar en AP evita colapso de Laboratorio y reduce costes. Posibilita un tratamiento precoz. Microorganismo más frecuente *E. coli* sobre todo en mujeres. Los resultados obtenidos nos hacen plantear el sistema de registro actual pese a la eficacia en resultados.

P28.12 EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN TELEFÓNICA PARA MEJORAR LA COBERTURA VACUNAL DE LA GRIPE EN MAYORES DE 60 AÑOS

A. Alum Bou, A. Llobera Serentill, R. Flores Santos, E. López Sixto, M. Coronado Navarro y J. O'Farrill González

ABS Blanes. Blanes (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: albertalum@yahoo.es

Objetivos. Conocer si una estrategia de captación telefónica sobre la población mejora los resultados de cobertura vacunal de la gripe y su persistencia en la siguiente campaña

Material y métodos. Estudio casi-experimental prospectivo con dos grupos de comparación (intervención y control). Centro de Salud urbano de 40.000 habitantes. Población mayor de 60 años susceptible de vacunación antigripal asignada a 10 UBA. 4526 personas susceptibles de vacunación (2296 grupo intervención (GI)/2230 grupo control (GC)). Estratificación por número de pacientes mayores de 60 años. Intervención: listado de pacientes pendientes de vacunar en segunda parte de campaña eliminando los ya programados y por criterio profesional (terminales, desplazados, etc.). Llamada telefónica ofreciendo vacunación. Variables: tasa de vacunación.

Resultados. 524 pacientes llamados (606 llamadas). Localizados 260 (49,6%). 56 ya estaban vacunados pero no constaban en los registros. Se consiguió convencer 21 pacientes (8,08% de los localizados). Principal motivo para no vacunarse: "No la quiero" (46,4%). Tasa vacunación pre-intervención: GI (48,34%), GC (45,38%) ($p > 0,01$). Tasa vacunación post-intervención: GI (60,63%), GC (52,38%) ($\chi^2 = 47,79 p < 0,0001$). Campaña posterior: Tasa vacunación: GI (57,29%) GC (54,48%) ($\chi^2 = 2,62 p = 0,105$).

Conclusión. Una intervención telefónica realizada por profesionales de la misma UBA sobre pacientes que no se han vacunado en la primera parte de la campaña es efectiva para mejorar la cobertura de la vacunación antigripal. Esta respuesta no se mantiene en la campaña siguiente.

P28.13 IMPACTO DEL HERPES ZÓSTER CON O SIN NEURALGIA POSTHERPÉTICA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

M.J. Álvarez Pasquín, M.L. Morató Agustí, M. San-Martín Rodríguez y Grupo EPIZOSTER

CS Santa Hortensia; ABS de Sant Just Desvern; Departamento médico Sanofi Pasteur MSD. Madrid, Barcelona. Comunidad de Madrid, Cataluña.
Correo electrónico: msanmartinrodriguez@pmsd.com

Objetivos. Evaluar, mediante un método indirecto, el impacto del HZ y NPH en la calidad de vida de los pacientes.

Material y métodos. Se seleccionaron pacientes ≥ 55 años diagnosticados de HZ con o sin NPH en los 12 meses previos y se realizó a sus parejas una encuesta para valorar la gravedad e interferencia de la enfermedad con distintos aspectos de la vida cotidiana.

Resultados. Se realizaron 221 y 202 encuestas a parejas de pacientes con HZ sin NPH (grupo HZ) y con NPH (grupo NPH), respectivamente. La edad media de los pacientes fue de 69 años. El dolor causado por la enfermedad fue calificado de importante/muy importante en el 79% del grupo HZ y en el 88% del grupo NPH y de importancia moderada en el 13% y 8%, respectivamente. La interferencia de la enfermedad con: 1) la actividad diaria fue considerada importante/muy importante en el 51% de grupo HZ y el 64% del grupo NPH y de importancia moderada en el

27% y 22%, respectivamente; 2) el estado anímico fue calificado de importante/muy importante en el 59% del grupo HZ y el 68% del grupo NPH y de importancia moderada en el 17% y 16%, respectivamente y 3) la calidad del sueño se consideró importante/muy importante en el 54,3% del grupo HZ y el 67% del grupo NPH y de importancia moderada en el 17% en ambos grupos.

Conclusión. El HZ y la NPH interfieren de manera importante con la calidad de vida de los pacientes de esta enfermedad.

Sesión 29

Viernes, 21 de noviembre. 11.00-12.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Gestión clínica y calidad

P29.01 PRESCRIPCIÓN CRÓNICA INFORMATIZADA EN UN CENTRO DE SALUD

C. Soler Elcacho, M. Morcillo Gallego, L. Montull Navarro, M. Torres Justribó, S. Martín Berdagüé y J. Sagrera Mis

ABS Eixample. Lleida. Cataluña.
Correo electrónico: mtorres.lleida.ics@gencat.cat

Objetivos. Conocer las características sociodemográficas de los pacientes incluidos en un programa de prescripción crónica informatizada (PCI) así como los principales grupos de fármacos implicados.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal en un centro de salud urbano. Se incluyeron los pacientes de dos contingentes de Medicina de Familia escogidos al azar. Se estudiaron las recetas crónicas informatizadas impresas durante el mes de mayo de 2008. Variables de estudio: edad, sexo, condición administrativa (activo/pensionista), principales grupos de fármacos prescritos y porcentaje de especialidades farmacéuticas genéricas (EFG).

Resultados. Población de los dos contingentes estudiados: 3.247 usuarios. Estaban incluidos en el programa de PCI 176 pacientes que recibieron un total de 621 recetas (66% recetas de pensionista y 33% de activo). De la muestra estudiada un 50,5% eran varones y 49,5% mujeres. El 38% tenían la condición de activos y 62% de pensionistas. La edad media de los activos fue de 51,7 años y la de los pensionistas 72,6 años. Distribución de fármacos por grupos terapéuticos más prescritos: antihipertensivos 27,8%, ansiolíticos 11,5%, hipolipemiantes 10,9%, antiagregantes 6,7%, gastroprotectores 5,7%, antidepresivos 4,6%, antidiabéticos orales 4,6%, metabolismo fosfo-cálcico 4,1%, antiinflamatorios 3,3%. El 37,5% de los fármacos prescritos fueron EFG.

Conclusión. Los grupos terapéuticos mayoritarios catalogados como antihipertensivos, ansiolíticos e hipolipemiantes representan la mitad de la prescripción crónica en nuestro ámbito. No se observan diferencias significativas en cuanto a prescripción entre varones y mujeres. Destaca el elevado porcentaje de EFG utilizadas en el manejo de patologías crónicas en relación a estudios previos.

P29.02 ¿MEJORAMOS LA PRESCRIPCIÓN CON LA AYUDA INFORMÁTICA?

E. Rubio Muñoz, M.E. Pérez Domínguez, G. Bonfill Fortes, I. Vázquez Muñoz, T. Mur Martí y J. Martínez Quílez

CAP Terrassa Sud. Terrassa (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: esther_rubio6@hotmail.com

Objetivos. Valorar los cambios en la prescripción farmacológica tras instaurar un programa informático con alertas y avisos en cuanto a interacciones medicamentosas y conocer la opinión de los profesionales.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Se pasa una encuesta de opinión a los médicos del centro y se recogen el total de prescripciones durante el primer trimestre del 2007 y del 2008. El programa informático con alertas sobre interacciones se instaura en diciembre del 2007. Se seleccionan las 16 interacciones farmacológicas más frecuentes. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete SPSS 16.0.

Resultados. Las interacciones aumentaron en 2008 un 1,3% con respecto al año 2007 (IC95%: 0,8% a 1,7%). Las interacciones más frecuentes fueron AINES y antihipertensivos (22,3%), digoxina y diuréticos (12,1%), benzodiacepinas y omeprazol (17,1%) y sulfonilureas y antiácidos/omeprazol (10,7%). En la interacción más frecuente, AINES y antihipertensivos, se observó en 2008 una disminución del 6,6% respecto al 2007 (IC95%: 4,7% a 8,5%). En el resto de interacciones frecuentes no se observaron modificaciones. De los 8 encuestados, 5 (62,5%) leen el aviso y modifican su prescripción. El 87,5% (7) consideran que ha mejorado su prescripción y todos consideran que es útil.

Conclusión. Los profesionales tienen en cuenta las alertas informáticas. Aunque el número de interacciones haya aumentado en el 2008, aquella que depende directamente del médico de familia ha disminuido significativamente. Quizás haría falta más tiempo de uso del programa para valorar su efecto.

P29.03 RELEVANCIA DE LA PRESCRIPCIÓN INDUCIDA EN UNA COMARCA DE ATENCIÓN PRIMARIA

J. Millas Ros, M. López Zuñiga, F. Dávila García, S. Pérez Gil, S. Sampietro Etxaniz y A. Lopetegi Mendizábal

Grupo de Investigación de la Comarca Guipúzcoa Oeste. Tolosa (Guipúzcoa). País Vasco.

Correo electrónico: jesusmillas@euskalnet.net

Objetivos. Conocer el peso de la prescripción inducida (PI) en una comarca de atención primaria (AP). Conocer su distribución por grupos terapéuticos, procedencia y problemas de salud.

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo transversal. Ámbito: Atención Primaria. Población: todas las prescripciones financierables realizadas durante 2 días por 36 médicos de una comarca de AP en consulta y las crónicas generadas por el programa informático.

Resultados. Se recogieron 4621 prescripciones, fueron inducidas el 42,6% representando el 61,25% del coste total. El valor medio por PI fue 22,29# y la no inducida 10,51 euros. El 76% eran pensionistas. De las PI un 85% fueron crónicas. El 78,8% eran de origen público y un 12,7% privado. Por especialidades cardiología supuso un 20,5%, psiquiatría 8,2%, neurología 7,6% y oftalmología 7,5%. El grado de acuerdo con la prescripción fue del 70,15%, un 12,9% no estaba de acuerdo por no utilizar genérico, un 10,3% por principio activo y un 6,5% por considerar innecesario el tratamiento. Por problemas de salud el aparato circulatorio supuso el 30,2%, osteomuscular y tejido conectivo 15,1%, enfermedades del sistema nervioso 11,2% y los trastornos mentales 9,6%.

Conclusión. La PI representa un porcentaje elevado de prescripción imputada a AP tanto en el número de prescripciones como en gasto. Las enfermedades del aparato circulatorio, nervioso y osteomuscular suponen más de la mitad de las PI. El grado de acuerdo con la PI es mayor que en otros estudios, siendo la no utilización de EFG el motivo más frecuente de desacuerdo.

P29.04 UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA POR LA POBLACIÓN INMIGRANTE

R. Alfranca Pardillo, A. Lázaro Alfranca, C. Sot Manera, L. Berengüé Estada, L. Vall-llosera Casanovas y C. Saurina Canals

ABS Roses; Grecs (Universidad de Girona). Girona. Cataluña.
Correo electrónico: rebeca@comg.es

Objetivos. Analizar el uso que hace el colectivo inmigrante de los servicios sanitarios de Atención Primaria en comparación a la población autóctona.

Material y métodos. -Diseño: estudio descriptivo. -Lugar de realización y marco o nivel de atención sanitaria: 8 áreas básicas de atención primaria. -Criterios de selección: Variable origen: autóctonos, Europa del Este, americanos (Central y Sur), africanos (Nor y Subsaharianos) en 34.980 usuarios recogida en sistema informático e-cap. -Muestreo: muestra de 900 pacientes aleatoria estratificada por sexo y edad (15-65 años) respetando porcentaje de población identificada por ABS con un error muestral global del 4,85%. -Análisis estadístico: contraste de hipótesis mediante test t-Student. -Mediciones e intervenciones: entrevista en soporte informático en que se recogían datos sobre trastornos crónicos, consumo de medicamentos y prácticas preventivas (ginecológicas, vacunaciones y planificación familiar), obteniendo 635 entrevistas válidas.

También se analizaron datos de frecuentación a las consultas de atención continuada. -Limitaciones del estudio: No se ha estudiado las negativas a las entrevistas.

Aplicabilidad de los resultados esperados. La población autóctona presenta más trastornos crónicos (51,3% frente al 29,5% de inmigrantes) y más consumo de medicamentos los dos días previos a la entrevista (66,7% frente 50%); diferencias estadísticamente significativas. Respecto a las visitas a Atención Continuada, el 57,7% de la población española había acudido al menos una vez frente al 12,7% de la población inmigrante, pero este porcentaje de inmigrantes que acude lo hace estadísticamente más repetidamente que el porcentaje de autóctonos. La población española realiza más actividades preventivas que los inmigrantes pero sin diferencia estadística.

Conclusión. Los inmigrantes no utilizan más los servicios de salud, consumen menos medicamentos y presentan menos enfermedades crónicas. Aplicabilidad: estos datos son útiles para conocer las necesidades de los inmigrantes, mejorar la atención y gestionar recursos.

Aspectos éticos-legales. Firma de consentimiento informado.

P29.05 QUIÉN NOS INTERRUMPE EN LA CONSULTA

M. Teran Díez, A. Garrido Albaina, V. Pardo Amil, M. Piqueras Garré, S. Pérez López y J. Claramunt Mendoza

ABS Nova Lloreda. Badalona (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: vapamil@yahoo.es

Tradicionalmente se ha descrito que uno de los problemas más importantes que distorsionan el normal funcionamiento de una consulta son las interrupciones tanto telefónicas como de presencia física.

Objetivos. Cuantificar el número de interrupciones y discernir cuáles son las causas. Así, identificar interrupciones evitables y plantear intervenciones en posteriores estudios.

Material y métodos. Se recogen las interrupciones en la consulta de 3 médicos de familia durante 19 días de mayo de 2008 en un ABS de ámbito urbano. Diferenciamos entre interrupciones telefónicas (urgencias, administrativas, de personal del ABS y llamadas personales), interrupciones físicas (urgencias, personal del ABS y pacientes), e interrupciones informáticas.

Resultados. Se detecta un total de 367 interrupciones, el 50% telefónicas, 47% físicas y 3% informáticas. El motivo más frecuente fue la irrupción física de compañeros de ABS (37%) seguido de las llamadas telefónicas de los compañeros (24%) y de llamadas administrativas (21%). El número de interrupciones por jornada y médico osciló entre 3 y 35, con una media de $11,1 \pm 6,7$. La media de interrupciones fue mayor en los turnos de mañana $14,5 \pm 7,6$ respecto a la tarde $7,6 \pm 3,1$.

Conclusiones. El número de interrupciones es muy frecuente, la mayor parte son telefónicas aunque el subgrupo más importante es el de interrupciones de compañeros en la consulta. Gran parte de estas interrupciones creemos que serían evitables lo que nos lleva a plantear la necesidad de posteriores estudios para valorar intervenciones que permitan disminuirlas.

P29.06 LA UTILIZACIÓN DE UN PROTOCOLO DE REGISTRO INFORMÁTICO ESPECÍFICO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA MEJORA SU CONTROL Y PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA

A. Díaz Barroso, M. Medina Peralta, M. Tejero López, F. Escobedo Espinosa, J. Ródanes Aguilar y M. Estévez Domínguez

ABS Llefià. Badalona (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: angelesdiazbarroso@yahoo.es

Objetivos. Determinar si la utilización de un protocolo de registro informático de Insuficiencia cardíaca (IC) por un equipo de atención primaria mejora el seguimiento y la prescripción farmacológica de pacientes con IC.

Material y métodos. Estudio de cohortes prospectivo. Atención primaria. Población: pacientes con IC de un centro de salud (342). Sujetos: pacientes con IC con datos de prescripción de diciembre 2006 a diciembre 2007(267). Fuente de datos: historia clínica informatizada (OMI-AP). Método: tras la realización de una auditoría de registro de IC en 2006 se crea un protocolo informático específico. Un año después de su puesta en marcha (diciembre 2006-diciembre 2007), se analiza las mejoras de algunos indicadores de calidad de IC: prescripción de IECA, betabloquean-

tes, control TA y registro de frecuencia cardiaca (FC). Análisis estadístico: análisis bivariado de datos independientes: Chi-cuadrado y multivariado: regresión logística, la variable dependiente es la mejora del indicador y las co-variables: uso protocolo IC, realización auditoría. Programa estadístico SPSS 8.0.

Resultados. El protocolo se utilizó en un 17,2% de los pacientes con IC. Porcentaje mejora de indicador (diciembre-2006-07) según uso protocolo: No/Sí, significación estadística (p) y Odds ratio (OR) (intervalo de confianza 95% (IC95%)). -Mejora registro FC: 12,6/23,9%, p = 0,05, OR = 0,45 (0,2-1). -Mejora control TAS (< 140): 9,9/21,7%, p = 0,028, OR = 2,52 (1,1-5,7). -Mejora prescripción IECA: 5,9/15,2%, p = 0,03, OR = 2,8 (1,01-7,6). La covariable haber realizado auditoría del modelo multivariado, no es estadísticamente significativa para ninguno de los indicadores analizados.

Conclusión. La utilización de un protocolo informatizado específico para insuficiencia cardiaca mejora significativamente algunos indicadores de calidad de IC: registro de FC, control TA sistólica (< 140) y la prescripción de IECA en estos pacientes.

P29.07 PIC, CIUDADANOS, TÉCNICOS Y ADMINISTRACIONES, EN UNA JORNADA COMUNITARIA PARTICIPATIVA. Y DESPUÉS...

M. Moreno Girao, M. Romera Punzano, M. Martínez Martínez, M. Pérez Vera y M. Gámez González

ABS La Roca del Vallès. La Roca del Vallès (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: 24728mmg@comb.es

Objetivos de la experiencia. Objetivos de la I Jornada Comunitaria y Comisiones de trabajo: -Presentar el Diagnóstico Comunitario Participativo (Dx); -Crear un espacio de debate sobre el Dx (mesas temáticas); -Recoger todas las aportaciones y estudiar la nueva estrategia a seguir por el Proceso de Intervención Comunitaria (PIC); -Consensuar con todos los agentes implicados las líneas a trabajar en el PIC; -Crear comisiones de trabajo.

Descripción de la experiencia. -Presentamos las principales conclusiones del Dx a los profesionales, y vecinos que acudieron al encuentro comunitario. -Debatimos y recogimos las valoraciones de los ciudadanos (sincronía entre el saber técnico y el saber vivencial) de una forma participativa a través de la formación de cinco mesas temática: 1. Urbanismo, vivienda, equipamientos y espacios públicos; 2. Educación, Cultura, deportes, ocio; 3. Salud y Servicios sociales; 4. Jóvenes, formación e inserción laboral; 5. Personas mayores. Registramos las apreciaciones y matices en cada uno de los ámbitos planteados. Creamos un entorno de trabajo común-compartido entre los técnicos, los ciudadanos y las instituciones que participaron. Posteriormente en plenario consensuamos 3 líneas de trabajo: Jóvenes, gente mayor y difusión, donde se está trabajando activamente en cada ámbito y con los 3 pilares básicos ciudadanos, técnicos y administraciones.

Conclusiones. La jornada comunitaria fomentó el protagonismo compartido entre ciudadanos, técnicos y administraciones como forma de mejorar de salud y los recursos de la comunidad, en definitiva potenciamos nuestro eslogan Más participación más para todos. Y nos inició en nuevas líneas de trabajo futuras, dando nueva fuerza al proceso.

P29.08 POR QUÉ NO VIENES SI ME PIDES VISITA

B. Benito Badorrey, M. Salgado Pineda, L. Rubio Pérez, G. Torrell Vallespín, M. de Villasante Fuentes y J. Grau Bartomeu

ABS Raval Sud. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: lolafis07@yahoo.es

Objetivos. Conocer las causas por las que los usuarios piden visita y no acuden al CAP y la repercusión sobre la accesibilidad.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. ABS urbana docente con 37500 pacientes asignados y 17 médicos. Porcentaje inmigrantes > 49,8%. Período evaluado: abril 2008, visitas médicas 9.870. Analizamos 160 usuarios que no han acudido a la visita, mediante llamada telefónica y revisión de la historia clínica informatizada (e-cap). Datos: motivo de la consulta (médico o administrativo), centro de solicitud de visita (CAP, centro de llamadas, internet, profesional sanitario), causa de la ausencia (mejoría, olvido, motivos personales, consulta otro servicio, laborales), número de visitas/año y país de origen.

Resultados. Ausencias/total visitas: 17%. Mañana: 56,6%, tarde: 43,4% (p = 0,02). Inmigrantes/total ausencias = 55%. Media ausencia por uba 5,6,

aumentando en 3 días/mes la lista de espera. Diferencia estadísticamente significativa (p = 0,00) entre ubas, con mayor proporción de ausencias en las de creación más reciente. Encuesta telefónica: mujeres = 50%. Edad media = 44,6 años (63% > 35 años). Media de 7,8 días entre solicitud y ausencia. Visitas administrativas 21%, médicas 79%. Solicitadas en el CAP 76,3%. Causas de ausencia: 51% motivos personales, 23,7% olvidos, 19,3% problemas laborales. El 39,5% de los ausentes eran hiperfrecuentadores.

Conclusión. En la mayoría de los no-presentados el motivo de consulta es médico, y se ausentan por motivos personales y olvidos, sugiriendo que dan poco valor a las visitas del CAP. Las ausencias aumentan las listas de espera. Intervención: colocación de carteles recordando la importancia de la anulación de las citas.

P29.09 ANÁLISIS RETROSPPECTIVO DE FARMACIA INDUCIDA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

C. Ortega Condés, A. Franco Murillo, B. de Pablo Márquez, V. Medioidesa Djatzko, M. Vázquez y A. Arévalo Genicio

CAP Valldoreix. Terrassa (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: 31393afm@comb.es

Objetivos. Describir la prescripción Inducida en Centros de Atención Primaria (CAP) con relación al origen de dicha prescripción (privado, público), y el tipo de medicamento inducido.

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo, transversal. Emplazamiento: Unidad Básica Asistencial Semiurbana. Participantes: pacientes visitados durante el año 2007, pertenecientes al cupo de un médico del centro, visitados de forma espontánea y concertada. Mediciones: revisión de historias clínicas.

Resultados. Basándonos en un cupo de 2800 personas, se revisaron unas 5600 visitas, que cumplían criterio de espontáneas y concertadas en agenda diaria. El nº de visitas relacionadas con prescripción inducida fue de 577 (10,3%) del total, siendo 43,39% hombres (138) y 56,61% mujeres (180). Sobre el total del cupo, estas 318 personas suponen el 11,35%. Por edades: 16 a 40 años: 88 personas (27,6%); 41 a 75 años: 187 personas (58,8%); > 75 años: 43 personas (13,5%). El 50,4% provienen de centros privados, y el 15,05% de públicos; el resto, (34,4%) es desconocido y necesitan nueva revisión de la Historia Clínica. Del total de fármacos recibidos (1016), el 22,5 son genéricos. Los más prescritos son: antidepresivos (9,25%), antibióticos (8,4%), AINEs (6,6%); ansiolíticos (6,5%), analgésicos 6,4% y IBP (5%).

Conclusión. La farmacia inducida genera un gasto importante al sistema, siendo mayor entre 40 y 70 años (por uso de privadas). Se objetiva un gran uso de medicación psiquiátrica siendo 15,75% del total. Remarcamos que el 22,5% del total prescrito corresponde a genéricos.

P29.10 PRESCRIPCIÓN INDUCIDA: INDICADORES DE CALIDAD Y DISTRIBUCIÓN DE SUS COSTES

M. Arzuaga Arambarri, J. Bilbao Larrañaga, J. Millas Ros, M. López Zúñiga, M. Oyarbide Mondaluce e I. Aguirre Arratibel

Grupo de Investigación de la Comarca Guipúzcoa Oeste. Tolosa (Guipúzcoa). País Vasco.
Correo electrónico: jmmartinez@papps.org

Objetivos. Analizar la calidad de la prescripción inducida (PI). Conocer los costes y su distribución por especialidades y grupos terapéuticos.

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo transversal. Ámbito: AP. Población: las prescripciones financieras realizadas durante 2 días por 36 médicos de una comarca de AP en consulta y las crónicas generadas por el programa informático. Para valorar la calidad de la prescripción se utilizaron los indicadores de nuestra Comunidad.

Resultados. Se recogieron 4.621 prescripciones de las cuales fueron inducidas el 42,6% representando el 61,25% del coste total. Las PI versus no inducidas supusieron respectivamente: el 4,9% frente al 1% en los fármacos de nula o baja mejora terapéutica, 70,4% frente al 81,7% en los antihipertensivos seleccionados, 28,1% frente al 18,3% en los ARAII, 46,6% frente al 91,7% en los AINES seleccionados, el ratio omeprazol/IBP fue del 52% frente al 86,1%, en los EFG el 8% frente al 33%. Por grupos terapéuticos los del sistema nervioso supusieron el 23,1% del gasto total, los hematológicos (antiagregantes) el 13,1%, los cardiovas-

culares el 11,9% y los del aparato respiratorio 11,4%. Sin embargo por especialidades la cardiología fue la que mayor gasto representó con un 16,3%.

Conclusión. El grado de adecuación de la PI a los indicadores de calidad es inferior al obtenido en la prescripción no inducida. El sistema nervioso y los fármacos del área cardiovascular representan casi la mitad del coste de la PI. Es necesaria una mayor implicación de la especializada para mejorar la calidad de la prescripción y una mayor utilización de genéricos.

P29.11 EFECTIVIDAD DEL CAMBIO DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001/2000 A EFQM EN UN CENTRO DE SALUD

M. Caldentey Tous, G. Tamborero Cao, S. Cibrián Sánchez, R. Casamartina Bach, M. Millán Oller y C. Picornell Yanes

CS Coll D'en Rebassa. Palma de Mallorca. Illes Balears.

Correo electrónico: mcaldentey@ibsalut.caib.es

Objetivos de la experiencia. Valorar los resultados del paso del sistema de calidad ISO 9001/2000 a EFQM en un centro de salud (CS) urbano y docente de 26100 habitantes.

Descripción de la experiencia. El CS obtuvo la Certificación ISO 9001-2000 (AENOR) y el Certificate IQ-NET, el 7-7-2006. La Comisión de Mejora Continua del CS propuso plantear un cambio de sistema de calidad. Se empezó a trabajar EFQM con una autoevaluación externa, detectando áreas de mejora. Se trabajaron las áreas que habían obtenido menor puntuación: liderazgo, personas, resultados con clientes y sociedad.

Resultados. Se han realizado encuestas de satisfacción a profesionales como a usuarios: mejora de la percepción de los usuarios 94% (91% en 2005) y profesionales 95% (90% en 2005), se ha disminuido el número de reclamaciones en un 50%, aumento de agradecimientos en un 100%. Se realizó un plan de comunicación interna y hubo reparto de roles y responsabilidades. Se evaluó el desempeño (carrera profesional, participación en comisiones, etc.) junto a reconocimientos internos (incentivos, investigación, etc.) y externos (Premio autonómico a la trayectoria en calidad). Obteniendo la inclusión del CS en el Catálogo de Empresas Excelentes 2006/2007.

Conclusiones. La convivencia de los dos sistemas de gestión de la calidad es posible en un CS. El ISO 9001/2000 ayuda a crear un sistema de trabajo y una organización sólida, que ayuda a evolucionar a sistemas más complejos como EFQM de una manera sencilla. La satisfacción y la motivación de los profesionales y usuarios ha aumentando desde la implantación de sistemas de calidad en el CS.

P29.12 MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD MEDIANTE CITA TELEFÓNICA EN UN CENTRO DE SALUD

M. Caldentey Tous, G. Tamborero Cao, C. Crespo Pérez, B. Magro Merino, M. Millán Oller y C. de Aguilar

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

Correo electrónico: mcaldentey@ibsalut.caib.es

Objetivos de la experiencia. Mejorar la accesibilidad funcional, desburocratizar y agilizar la prestación en un centro de salud (CS) de Atención Primaria implantando la cita telefónica. CS urbano y docente de Mallorca de 26100 habitantes, formado por dos Unidades Básicas.

Descripción de la experiencia. La Comisión de Mejora Continua del CS, marcó como objetivo para el 2007, mejorar la accesibilidad al CS y se decidió implantar la cita telefónica con apoyo de la Dirección. Se pilotó en una Unidad Básica, añadiendo dos huecos en las agendas de 3 médicos y de 2 enfermeras. Se pactó unos "motivos de cita telefónica": bajas de hospital (con informe), recetas especialista (con informe), llamadas telefónicas no urgentes, recetas autorizadas, resultados analíticas autorizadas, informes para inspección, fe de vidas, residencias, partes confirmación autorizados, etc. Se valoraron los resultados mediante comparaciones en: listas de espera, reclamaciones, agradecimientos y satisfacción de profesionales y usuarios.

Resultados. La agenda de citas telefónicas se fue implantando progresivamente y al cuarto mes se utilizaba al 100%. Se crearon 10 huecos diarios en las agendas, 2 por profesional, evitando que los pacientes acudieran o se desplazasen al CS, mejorando la satisfacción del usuario, reduciéndose en un 50% las reclamaciones y habiendo obtenido dos agradecimientos

por escrito. Se obtuvieron 1.827 citas telefónicas. Mejorando las listas de espera de los profesionales en 2-3 días de media respecto al 2006 y la satisfacción de los profesionales de un 86% a 94%.

Conclusiones. La cita telefónica ha mejorado la satisfacción de los usuarios y de los profesionales, además ha reducido las listas de espera.

P29.13 PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Barceló Colomer, F. Orfila Pernás, A. Sánchez Callejas, E. Fernández Liz, J. Juvanteny Gorgals y F. López Expósito

CAP Sant Andreu. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: ebarcelo.bcn.ics@gencat.cat

Objetivos. En 1996, cambios legislativos en España permitieron registrar especialidades farmacéuticas genéricas (EFG). Las primeras EFG aparecieron a finales de 1997. Desde entonces, la introducción de nuevas EFG ha cambiado los hábitos de prescripción de los profesionales. Se pretenden evaluar los cambios producidos en la prescripción de genéricos en atención primaria.

Material y métodos. Estudio transversal de utilización de medicamentos en un ámbito urbano, con 386135 habitantes, 18 centros de salud (CS) y plantilla de 263 médicos de familia, 51 pediatras, 23 ginecólogos, 19 odontólogos y 103 especialistas más. Se analizaron las especialidades dispensadas en farmacias entre 2004 y 2007 con los datos de facturación y se cruzaron con información de los profesionales (edad, especialidad y centro).

Resultados. En 2004 se prescribieron 6900546 medicamentos y 1030252 (14,93%) EFG; en 2007, 7581292 medicamentos y 1800557 (23,57%) EFG, siendo el incremento del 75% en este período. El consumo medio de EFG en los CS fue del 16,61% (\pm 8,94%) en 2004 y del 25% (\pm 10,37%) en 2007 ($p = 0,000$, IC 95% 6,84-9,93). Prescribieron más EFG odontólogos (65,93%), médicos de familia (24,36%), pediatras (22,31%) y ginecólogos (19,57%). El aumento de EFG fue mayor para endocrinólogos (177,46%), oftalmólogos (125,14%), urólogos (89%), neumólogos-cardiólogos (83,63%) y pediatras (79,2%). La edad media de los médicos fue de 48,65 años (\pm 9,85, mediana 49,5), siendo superior el consumo de EFG en los menores de 50 años (26% \pm 11,86 vs 19,77% \pm 13%; $p = 0,000$).

Conclusiones. El uso de EFG ha aumentado considerablemente entre 2004 y 2007. Los médicos jóvenes prescriben más EFG.

Sesión 30

Viernes, 21 de noviembre. 11.00-12.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Proyectos de investigación

P30.01 USO DE INTERNET COMO FUENTE DE INFORMACIÓN BIOMÉDICA POR LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA

J. García Gutiérrez, S. Minué Lorenzo, J. Jiménez Pernett, I. Azpilicueta, T. Sánchez Hernández y M. Mayer

Escuela Andaluza de Salud Pública; Área Formación, Actividades Científicas y Proyectos de la semFYC. Granada. Andalucía.

Correo electrónico: easp21@gmail.com

Objetivos. Conocer los patrones de uso y las actitudes frente a Internet como fuente de información biomédica entre los médicos de Atención Primaria (AP) en España.

Material y métodos. Diseño: encuesta postal auto-administrada de ámbito nacional. Criterios de selección: médicos de AP afiliados a la semFYC a fecha 1 de mayo de 2008. Muestreo: aleatorio de 3.000 sujetos empleando la base de datos de los 19.000 afiliados de la semFYC. Mediciones: características de la muestra: edad, sexo, años de ejercicio profesional, situación laboral, promedio de pacientes por día, tutor de residentes, competencias en inglés. El cuestionario consta de 64 ítems relacionados

con el uso de Internet y las actitudes hacia las TICs, según las siguientes dimensiones: -Uso general de Internet: tecnologías empleadas, entornos de acceso, frecuencia de uso personal y profesional, utilidades específicas de uso profesional, páginas-web favoritas para la búsqueda de información biomédica en Internet, valoración del ordenador y de Internet como herramientas de trabajo; -Actitudes hacia las TICs: relevancia, utilidad, mejora de la calidad asistencial, aumento de la efectividad, adecuación de costes, aportación a la toma de decisiones clínicas, relación con los pacientes, fuentes de información biomédica relevante. Limitaciones: se espera obtener una tasa de respuesta del 30%. Así se conseguiría una de las mayores muestras citadas en la literatura a nivel mundial. Otras limitaciones serían el sesgo del voluntario (los sujetos más interesados y capacitados son los que mayor tendencia tienen a responder), y el sesgo de conveniencia (los sujetos de estudio tienden a contestar lo que se espera de ellos). A pesar de estas limitaciones, este estudio es relevante y necesario para caracterizar la opinión de los médicos de AP en España sobre la incorporación de las TICs y de Internet dentro de la práctica profesional.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Conocer las barreras que limitan el acceso de los médicos de AP a la información biomédica en Internet, permitirá desarrollar acciones encaminadas a minimizar éstas barreras y a potenciar el uso eficaz de estos recursos. El catálogo de páginas web más utilizadas será útil para que los médicos de AP puedan contrastar sus preferencias personales y acceder más fácilmente a información biomédica de calidad. Este catálogo se incorporará a la sección de enlaces del portal-web de la semFYC. El cuestionario y los informes de resultados servirán para facilitar el trabajo de investigadores interesados en esta área. Se diseñará una página-web de acceso libre para consultar y descargar los productos obtenidos de este proyecto bajo Licencias Creative Commons.

Aspectos éticos-legales. La respuesta es voluntaria y anónima. Se han seguido las pautas de buena práctica recomendadas por organismos internacionales para este tipo de investigaciones, y asegurado el cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales.

P30.02 USO DE INTERNET PARA LA FORMACIÓN CONTINUADA ENTRE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA

S. Minué Lorenzo, J. García Gutiérrez, J. Jiménez Pernett, L. Casillas, T. Sánchez Hernández y M. Mayer

Escuela Andaluza de Salud Pública; Área Formación, Actividades Científicas y Proyectos de la semFYC. Granada. Andalucía.

Correo electrónico: easp21@gmail.com

Objetivos. Conocer los patrones de uso de Internet como herramienta para la formación continuada (FC) entre los médicos de Atención Primaria (AP).

Material y métodos. Diseño: encuesta postal auto-administrada de ámbito nacional. Criterios de selección: Médicos de AP afiliados a la semFYC a fecha 1 de mayo de 2008. Muestreo: aleatorio de 3.000 sujetos empleando la base de datos de los 19.000 afiliados de la semFYC. Mediciones: características de la muestra: edad, sexo, años de ejercicio profesional, situación laboral, promedio de pacientes por día, tutor de residentes, competencias en inglés. El cuestionario consta de 46 ítems que exploran la experiencia de los médicos de AP en España respecto a la realización de actividades de FC a través de Internet, según los siguientes apartados: -Nº total de actividades de FC realizadas en los últimos 5 años; -Nº de actividades de FC en Internet iniciadas; -Nº de actividades de FC en Internet finalizadas; -Modalidades de educación a distancia (presencial mixta, semipresencial, virtual pura); -Tipo de actividades de FC realizadas utilizando Internet (seminarios, cursos, diplomas, expertos universitarios, masters); -Entidades responsables de las actividades (administración, escuela de formación, universidad, sociedad científica, colegio profesional, industria farmacéutica); -Criterios de selección de las actividades formativas en Internet (relevancia, duración, facilidades de acceso, tutorización, credibilidad entidad organizadora, certificación, acreditación); -Criterios de selección de entidades (y páginas-web) para realizar actividades de FC en Internet. Limitaciones: se espera obtener una tasa de respuesta del 30%. Así se conseguiría una de las mayores muestras referenciadas en la literatura científica a nivel mundial. Otras limitaciones serían el sesgo del voluntario y el sesgo de conveniencia. A pesar de estas limitaciones, este estudio es relevante y necesario para caracterizar la opinión de los médicos de AP en España sobre la utilización de Internet para la formación continuada.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Conocer las preferencias y las barreras para la formación de los médicos de AP a través de Internet, permitirá desarrollar estrategias que potencien el uso eficaz de esta metodología. El catálogo de entidades confiables (y el de páginas-web más utilizadas) para la FC en Internet, servirá para que los médicos de AP puedan contrastar sus preferencias personales y mejorar el acceso a actividades formativas de calidad. Este catálogo se incorporará a los enlaces del portal-web de la semFYC. El cuestionario y los informes de resultados facilitarán el trabajo de otros investigadores. Se creará una página-web de acceso libre para consultar y descargar los productos de este proyecto bajo Licencias Creative Commons.

Aspectos éticos-legales. La respuesta a la encuesta es voluntaria y anónima. Se han seguido las pautas de buena práctica recomendadas por organismos internacionales para este tipo de investigaciones, y se ha asegurado el cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales.

P30.03 DETECCIÓN DE CEFALEA POR ABUSO DE FÁRMACOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

E. Calvo Martínez, S. López García, C. Ginés García, P. Subías Lorén, M. Marina Ortega y E. Valentín Moya

ABS de Canet de Mar. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: victoria.marina@gmail.com

Objetivos. Conocer las características y factores asociados a la cefalea crónica diaria por abuso de analgésicos (CCDxAA) en un área básica semirural y evaluar la efectividad de una intervención desde atención primaria (AP). Objetivos específicos: 1. Conocer y describir las características de la CCDxAA en la población adulta de nuestra ABS; 2. Describir el tipo de fármacos que provocan CCDxAA; 3. Estudiar si existe infradiagnóstico; 4. Evaluar la efectividad de una intervención desde AP.

Material y métodos. Estudio descriptivo/intervención sin grupo de control. Población: pacientes > 18 años adscritos a nuestro ABS, que consultan por cualquier motivo durante 6 meses y que presentan criterios de CCDxAA (según criterios IHS-04). Criterios de exclusión: cefaleas secundarias, CCD sin criterios de abuso y usuarios desplazados. Recogida de datos: en cualquier consulta por cualquier motivo de cualquier UBA de nuestra ABS se les realiza las preguntas: ¿ha tenido dolor de cabeza durante 15 días o más al mes, seguidos o no, en los últimos 6 meses? Al que conteste afirmativamente se le citará para primera entrevista y exploración clínica general y neurológica, se pasará cuestionario unificado, se le informará de los motivos de su cefalea y los pasos idóneos para controlarla, se pactará la suspensión de fármacos y se le entregará un calendario de control de cefaleas. Se realizarán visitas control al mes, 3 y 6 meses, se pasará el cuestionario control en cada una de las visitas. Elaboración de hoja de datos con los resultados de frecuencia e intensidad recogidos de los cuestionarios control. Intervención: 1. Supresión del/los fármacos de abuso, si el pacto es positivo, desde el primer día de consulta; 2. En casos seleccionados control de la cefalea con naproxeno 500 mg 1/12 h pautas cortas definidas no más de 15 días. Si tiene alergia a los AINE no se administrará nada; 3. Tratamiento profiláctico con amitriptilina 25 mg 1 comprimido nocturno en todos los casos; 4. Entregar calendario de control de cefaleas en próxima consulta. Con frecuencia en nº de días e intensidad (escala EVA 1-10); 5. Consultas de control al 1, 3 y 6 meses. Control de la respuesta a la intervención en E (excelente) B (buena), M (mala), O (otros) (Escala de Silverstein). Plan de análisis: variables cualitativas: número absoluto, frecuencia relativa e intervalos de confianza. Variables cuantitativas: media, mediana, desviación estándar y error estándar. Comparar el tipo de fármaco con: tipo de cefalea: chi-cuadrado. Edad de inicio: t-Student. Duración del tratamiento t-Student. Control por neurólogo chi-cuadrado. Respuesta a la intervención: chi-cuadrado. Variables de control: frecuencia: chi-cuadrado. Intensidad: test de t-Student. Número absoluto, FR e IC.

Aplicabilidad de los resultados esperados. La detección de CCxAA está alcance de AP con una anamnesis y exploración específica junto con una adecuada información del paciente. Se trata de pacientes con alta prevalencia: 2,6% en mujeres y 0,9% en varones, en mujeres en la 5^a década de la vida la prevalencia alcanza el 5% (clasificación de la International Headache Society-IHS 2004).

Aspectos éticos-legales. El estudio se realizará siguiendo los criterios del comité de ética de la Dirección de Atención Primaria correspondiente a nuestra zona.

P30.04 EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA TELEDERMATOLOGÍA (TRANSFERENCIA DE FOTOS CON CÁMARA DIGITAL) ENTRE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA

F. Gavilán Martínez, M. Gilaberte Ferrús, J.A. González Ares, S. Pérez López, Y. Fernández Gregorio, B. Raspall Corominas y M. Gómez ABS La Riera; ABS Nova Lloreda; Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: fernandogavilan@hotmail.com

Objetivos. Objetivo general: mejorar la resolución de la patología dermatológica atendida en AP y la adecuación de las derivaciones a dermatología. Objetivos específicos: -Disminuir el tiempo diagnóstico y terapéutico de las lesiones valoradas en AP susceptibles de derivación a dermatología; -Establecer una mejoría en la priorización y listas de espera en las derivaciones; -Mejorar la relación entre AP y el servicio de dermatología; -Mejorar los conocimientos dermatológicos de los médicos de familia (MF); -Mejorar la satisfacción del paciente; -Identificar áreas de mejora en la formación del MF.

Material y métodos. Diseño: estudio pre-post intervención con la instauración de la teledermatología en la consulta del MF. Ámbito: 2 Áreas Básicas de Salud (ABS) urbanas, con 10 médicos de familia participantes, en la ciudad de Badalona y el dermatólogo de referencia. Población de estudio: pacientes visitados a las ABS o en atención domiciliaria con patología dermatológica, susceptibles de derivar a dermatología según los siguientes criterios de inclusión: -Dudas sobre el origen tumoral de la lesión; -Dudas en diagnóstico y/o tratamiento de lesiones que se podrían no derivar con indicación por parte del especialista; -Necesidad de confirmar patología banal o estética que no haría falta derivar; -Pacientes atendidos en domicilio con lesiones que planteen dudas diagnósticas y/o terapéuticas. Criterios de exclusión: - No aceptar ser fotografiados; -Pacientes que prefieran la visita presencial por dermatólogo. Intervención: el MF fotografiaría la lesión con una cámara digital enviándolas al dermatólogo vía correo electrónico, adjuntando un informe del paciente. El dermatólogo respondería en un plazo máximo de 7 días indicando su orientación diagnóstica y terapéutica, la necesidad o no de derivación y su prioridad. En caso de patología potencialmente tumoral, daría cita directamente desde el servicio de dermatología. Se establecerán reuniones periódicas con el dermatólogo. Variables a analizar: Número de derivaciones por médico antes de la teledermatología y después. Encuesta de satisfacción al MF, dermatólogo y pacientes. Datos sobre cada derivación con teledermatología (fecha de envío de la fotografía, diagnóstico de sospecha, fecha de respuesta del dermatólogo, diagnóstico del dermatólogo, evolución del proceso (curación, derivación física del paciente, nueva fotografía, etc.)). Análisis estadístico: univariante (media y desviación estándar para variables cuantitativas y frecuencia relativa para variables cualitativas), bivariante (comparación de medianas o ANOVA cuando comparamos una variable cuantitativa y una cualitativa, chi cuadrado al comparar dos variables cualitativas y regresión en la comparación de dos variables cuantitativas). Tamaño de la muestra calculado: 110 casos por grupo.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Una vez establecido el circuito y realizada la formación a los participantes, su uso es sencillo y económico. Creemos que mejorará el poder resolutivo del MF y mejoraría las relaciones asistenciales.

Aspectos éticos-legales. No se consideran al ser una herramienta ya probada en otros ámbitos. Siempre se procederá con el consentimiento informado del paciente.

P30.05 EL HÁBITO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA CIUDAD DE MADRID

J. Mainka, J. Fernández Tabera, P. Cauto Aragón, S. Núñez Isabel, I. Cerrada Puri y F. Millán Pacheco
CS El Restón, CS de Navalcarnero. Madrid. Comunidad de Madrid.
Correo electrónico: jmferta@telefonica.net

Objetivos. Objetivo principal: conocer el hábito de actividad física en la población adulta de la ciudad de Madrid y evaluar los factores que pueden asociarse a su realización. Objetivos específicos: -Prevalencia de realización de actividad física en tiempo de ocio en la población adulta de Madrid; -Analizar la influencia de las variables sociodemográficas en la práctica de actividad física; -Evaluar la asociación de actividad física rea-

lizada en tiempo de ocio con percepción de la salud y calidad de vida; -Conocer las características de la población sedentaria para el diseño de intervenciones que fomenten la actividad física; -Determinar cómo se relaciona la actividad física con otros hábitos de estilos de vida saludables para poder identificar grupos que se beneficiarían de una intervención más intensiva.

Material y métodos. Estudio observacional transversal. Datos secundarios recogidos de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2004-2005. La técnica de recogida de la información ha sido la entrevista personal realizada por un entrevistador profesional en el hogar a partir del cuestionario estructurado. La población de referencia es la población no institucionalizada residente en Madrid e inscrita en el padrón a fecha de 1 de Septiembre de 2004 (3.162.304 habitantes). Muestreo: por conglomerado bietápico, con las unidades de primera etapa formadas por las secciones censales y las de segunda etapa, por las personas residentes en cada sección. Tamaño muestral: 7341 adultos mayores de 16 años entrevistados. Unidad muestral: sujetos como individuos. Variable dependiente: actividad física. Las variables independientes se agrupan en 4 grupos: datos sociodemográficos, vivienda y entorno, hábitos de vida, factores relacionados con la salud y la calidad de vida. Estadística descriptiva: medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y porcentajes para cualitativas. Para buscar asociación de actividad física con otros factores estudiados cruzaremos la variable dependiente, actividad física con cada una de las variables independientes para determinar la magnitud de la misma y su significación estadística mediante medidas de asociación. Posteriormente se realizará un análisis multivariante mediante un modelo de regresión logística para ver el efecto sobre la variable dependiente del conjunto de variables explicativas, así como estimar el efecto de la variable independiente principal sobre la variable dependiente, controlando posibles factores de confusión. Limitaciones: 1. No establece relación causal; 2. Limitaciones del cuestionario: las personas tienden a disminuir los hábitos nocivos y aumentar las actividades bien vistas socialmente, riesgo de fantasear poner respuestas que a uno le gustarían que sean la verdad, dificultad en encontrar su posición en la escala, no recoge la duración del ejercicio ni permite establecer el tiempo dedicado al ejercicio físico semanalmente, sólo recoge la frecuencia de realización de ejercicio físico. Los valores, como la actividad física en tiempo de ocio, no han sido validados. 3. Posible influencia de la estación del año.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Mejor conocimiento de la población estudiada. Identificación de los grupos de riesgo de inactividad física. Identificación de los posibles factores relacionados con inactividad física. Diseñar intervenciones comunitarias dirigidas a aumentar la actividad física. Evaluar los resultados de estas posibles intervenciones sobre actividad física.

Aspectos éticos-legales. No procede.

P30.06 VALORACIÓN INTEGRAL DEL ANCIANO EN ATENCIÓN PRIMARIA

F. Gómez Morales, L. Carmona y Calvo-Flores, N. Aragón de la Fuente, M. Martínez García, C. Paniagua Merchán y J. Arenas Alcaráz
CS de La Unión. La Unión (Murcia). Murcia.
Correo electrónico: laura.carmona@gmail.com

Objetivos. General: conocer la calidad de vida de la población mayor de 75 años de nuestra zona básica de salud. Secundarios: 1. Descubrir el grado de deterioro cognitivo en la población mayor de 75 años del Centro de Salud; 2. Averiguar el grado de autonomía; 3. Determinar el grado de apoyo social; 4. Evaluar el estado nutricional; 5. Detallar los problemas geriátricos más frecuentes.

Material y métodos. Tipo de estudio: estudio observacional transversal prospectivo. Se llevará a cabo en un centro semiurbano que atiende a una población de 16471 personas según censo. Población diana: individuos con tarjeta sanitaria adscritos a nuestro centro, mayores de 75 años (total de 1.504 personas), recogidos mediante el programa estadístico de OMI. Población muestral: para una prevalencia del 50%, con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 7%, obtenemos una población muestral de 174 personas seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple. Criterios de exclusión: 1. Sujetos institucionalizados; 2. Sujetos que no hablen español: se intentará evitar solicitando un traductor pero si no es posible la comunicación se excluirán. Se estudiarán las siguientes variables: 1. Deterioro cognitivo: variable cualitativa que medimos con los test de Lobo y Pfeiffer; 2. Grado de autonomía: variable cualitativa que me-

dimos mediante el test de Katz y Barthel; 3. Apoyo social: variable cualitativa que medimos con el test de Barber; 4. Problemas geriátricos: variable cualitativa medidas mediante una tabla de frecuencia y codificados según CIAPS de OMI; 5. Estado nutricional: variable cualitativa que medimos con el MNA; 6. Calidad de vida: variable cuantitativa discreta, medida usando el Perfil de Salud de Nottingham. Método de recogida de datos: los datos serán obtenidos mediante la realización de test mencionados y la lectura de la historia clínica en busca de los episodios que se correspondan a lo que hemos definido como problemas geriátricos. Análisis de datos: se realizará utilizando el programa SPSS versión 12. Limitaciones y sesgos: 1. Sesgo del entrevistador: se establecerán de forma previa las pautas para realizar los tests; 2. Sesgo de recogida de información: lo que intentaremos paliar mediante la evaluación individual de cada una de las historias clínicas; 3. Sujetos incluidos en la muestra que pasen a otra zona de salud; 4. Sujetos fallecidos durante dicho período; 5. Sujetos que no quieran participar en el estudio.

Aplicabilidad de los resultados esperados. 1. Estimular al EAP para la mejora de la atención al anciano; 2. Conocer los problemas geriátricos más frecuentes de nuestra zona de salud para buscar soluciones; 3. Servir de base para futuros estudios.

Aspectos éticos-legales. Inicialmente realizaremos un contacto telefónico con los pacientes, explicándoles las características del estudio. Posteriormente los pacientes serán citados y se les pasará un documento de consentimiento informado para dar validez al estudio.

P30.07 DIFERENCIAS EN LA RELACIÓN CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA CON PACIENTES NACIONALES E INMIGRANTES HISPANOPARLANTES

E. Luis Martín

CS Santa Rosa. Córdoba. Andalucía.

Correo electrónico: eva_cecilia@hotmail.com

Objetivos. Identificar diferencias relación-clínica en hispanoparlantes-inmigrantes y nacionales. Detectar diferencias grado-satisfacción en dicha relación entre ambos grupos. Determinar si los Médicos de Atención Primaria (MAP) encuentran diferencias percepción en la relación-clínica entre ambos grupos.

Material y métodos. -Diseño-estudio: estudio observacional-descriptivo, individuos, emparejamiento pacientes hispanoparlantes-inmigrantes y nacionales según edad, género y MAP. -Lugar-realización/nivel-AP: se realizará en Centro de Salud (CS) urbano, valorando relación-clínica de profesionales con ambos tipos de pacientes. Línea-principal será relación-clínica en AP, bidireccional, tanto en pacientes como MAP. -Criterios de selección: pacientes hispanoparlantes-inmigrantes y nacionales, mayores-edad, adscritos al CS, identificados por número de SS y lugar-procedencia, obtenidos Base-Datos (BDU). -Muestreo: inmigrantes y nacionales, emparejados por edad, sexo y MAP mediante muestreo aleatorio-simple. Tamaño muestral de 100 pacientes/grupo y 17 MAP. -Variables: pacientes, variables cuantitativas como edad, número consultas/año y años estancia/España; y cualitativas como género, nombre-MAP, país-procedencia, ítems Encuesta de Percepción del Paciente de las Impresiones sobre la Consulta de AP (EPPIC-AP), y de encuesta de satisfacción del SAS. MAP, se les recogerán las respuestas de la encuesta EPPIC-AP modificada, para los dos tipos de pacientes. Los datos se introducirán en una base de Microsoft-Access y posteriormente se analizarán con el programa-SPSS. -Intervenciones: única entrevista telefónica, se realizará el consentimiento verbal a los pacientes. Confirmando los datos obtenidos BDU, se les preguntarán la encuesta del EPPIC-AP y de satisfacción del SAS pensando en un día cualquiera de la consulta con su MAP. Se realizarán dos encuestas EPPIC-AP modificada a los MAP referidas a ambos tipos de pacientes. -Análisis-datos: 1. Análisis-descriptivo de variables cuantitativas mediante el cálculo de la media y desviación típica; y cualitativas mediante el cálculo de frecuencias absolutas y porcentajes; 2. Determinación bondad de ajuste a una distribución normal de variables cuantitativas mediante la prueba Shapiro-Wilk. Comprobándose la homogeneidad mediante la prueba Levene. Si son varianzas homogéneas y distribución normal, se aplicarán tests paramétricos, si no, tests no-paramétricos; 3. Análisis-comparativo entre valores medios de variables cuantitativas entre los grupos de pacientes, mediante pruebas t-Student o pruebas U-Mann-Whitney; 4. Análisis-comparativo de proporciones de variables cualitativas en los grupos de pacientes mediante pruebas chi-cuadrado (χ^2) para tablas de contingencia;

cia; en el caso de tablas 2×2 , el χ^2 con corrección de Yates, y cuando alguna frecuencia esperada sea ≤ 5 , con la exacta de Fisher. Se analizarán las variables cuantitativas y cualitativas en los MAP considerando según tipo y género del paciente. Los contrastes de hipótesis serán bilaterales. Considerándose valores "significativos".

Aspectos éticos-legales. Derecho a la confidencialidad, con consentimiento informado verbal por teléfono a cada uno de los pacientes.

P30.08 EL SÍNDROME METABÓLICO FACILITADO POR AGENTES ESTRESANTES

Y. Ortega Vila, J. Cabré Vila, F. Martín Luján, B. Rius Fernández, J. de Magriña Claramunt, G. Grecu y miembros del Estudio SIMETRIC

ABS Reus 4. Reus (Tarragona). Cataluña.

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

Objetivos. Evaluar asociación entre ansiedad, depresión, calidad de vida y acontecimientos vitales estresantes, con desarrollo de síndrome metabólico (SM) en población de > 40 años atendida en Atención Primaria (AP) y determinar incidencia de SM.

Material y métodos. Estudio de cohortes prospectivo. ABS urbana que atiende 23000 usuarios. Muestra aleatoria personas con alto riesgo de desarrollar SM, > 40 años, atendidas en AP, proporcionada por los Servicios Informáticos del Servicio de Atención Primaria. Consentimiento informado. Variables: cualitativas: sexo, antecedentes familiares: cardiopatía isquémica, diabetes mellitus; antecedentes personales: anomalías glucídicas previas, tabaquismo alcohol, tratamientos dietéticos/farmacológicos. Cuantitativas: perímetro abdominal (cm), peso (kg), altura (m), índice de masa corporal, niveles de triglicéridos (mg/dl), colesterol total (mg/dl), HDL-colesterol (mg/dl), LDL-colesterol (mg/dl), ácido úrico (mg/dl), glucemia basal (mg/dl), GPT, GOT, GGT (U/l), recuento leucocitario, hemoglobina glicosilada (%), microalbúminuria (mg/24 h), índice cintura-cadera, perímetro abdominal (cm), cifras tensionales (mmHg), cortisol urinario (mg/24 h), riesgo cardiovascular/coronario (Framingham/REGICOR). -Definición de factores de riesgo: Criterios NCEP-ATP III de SM: -Perímetro abdominal > 102 cm (hombres)/> 88 cm (mujeres); -Hipertensión arterial (> 130/85 mmHg); -Hipertrigliceridemia (> 150 mg/dl); -Fracción HDL colesterol < 40 mg/dl (hombres)/< 50 mg/dl (mujeres); -Glucemia basal > 110 mg/dl (SM = 0 > tres criterios). Incluirímos: -Hipertensión arterial controlada con/sin tratamiento; -Diabetes mellitus controlada con/sin tratamiento. Criterios ADA (American Diabetes Association): ITG (intolerancia a la glucosa) tras 2 horas de sobrecarga oral con glucosa, glucemias oscilan 140-200 mg/dl; GBA (glicemia basal alterada) glucemia basal 110-125 mg/dl; -Dislipemia: colesterol > 200 mg/dl y/o fracción HDL colesterol < 40 mg/dl (hombres)/< 50 mg/dl (mujeres) y/o fracción LDL colesterol > 130 mg/dl y/o triglicéridos > 150 mg/dl con/sin tratamiento farmacológico; -Obesidad, IMC > 30 kg/m². Cuestionarios: tests de Zung clasifica: depresión/ansiedad ausente (20-28), depresión/ansiedad subclínica-normal (29-41), depresión/ansiedad severa-media (42-53) y depresión/ansiedad grave (54-80). SF-12 mide la calidad de vida relacionada con la salud. Puntúa componente mental y físico. La escala de Acontecimientos Vitales Estresantes, según catálogo, estrés de riesgo 150 puntos. Tamaño muestral: potencia estadística del 80,0% para detectar diferencias en el contraste de la hipótesis nula $H_0: p_1 = p_2$ mediante prueba χ^2 bilateral para dos muestras independientes de una misma cohorte, valorando que el nivel de significación es 5%, y asumiendo que la proporción de depresión en el grupo sin SM = 14,0%, la proporción de depresión esperada en el grupo con SM = 25,0%, y que la proporción de sujetos en el grupo sin SM respecto total = 85,0% (incidencia esperada de SM en la cohorte = 15,0%). Habrá que incluir 627 sujetos en grupo sin SM y 111 sujetos en grupo con SM. Periodicidad anual: valoración analítica, exploración física y cumplimentación tests. Evolución a SM no excluyente. Limitaciones del estudio: el nivel socioeconómico bajo de la población investigada, presupone elevado analfabetismo. No será factor limitante por qué investigadores colaborarán en cumplimentar cuestionarios. Esperamos elevada participación, no hay investigadores externos y el estudio es poco gravoso; los pacientes seguirán sus protocolos. El estudio supone mayor trabajo. Que el investigador, sea el médico de referencia durante el seguimiento, asegura elevada consistencia interna. La bibliografía permite pensar que en dos años podremos registrar incidencia de SM.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Resultados previsibles/contribuciones: La población-cohorte con mayor estrés desarrollará SM. Demos-

trar el papel causal de estos agentes, permitiría intervenciones para prevenir o disminuir su incidencia.

Aspectos éticos-legales. No transgrede.

P30.09 EFECTIVIDAD DE LAS ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

T. Sanz Cuesta, I. del Cura González, J. Martín Fernández, M. Tello Bernabé, F. Gracia San Román y E. Escortell Mayor

Gerencia de Atención Primaria del Área 9 del Servicio Madrileño de Salud. Leganés (Madrid). Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: tsanz.gapm09@salud.madrid.org

Objetivos. Evaluar el efecto de las estrategias de implementación de guías de práctica clínica dirigidas a profesionales sanitarios de Atención Primaria sobre la práctica de los profesionales sanitarios y las medidas de resultados clínicos en los pacientes.

Material y métodos. Diseño: revisión sistemática de la literatura de ensayos clínicos controlados y estudios cuasiexperimentales. Se incluirán estudios con asignación individual o de conglomerados (profesional o centro). Se seguirán las directrices del acuerdo Quórum y de la Colaboración Cochrane. Ámbito: sanitario (atención primaria). Estrategia de búsqueda: búsqueda electrónica sobre las bases de datos: Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL), Registro Especializado de Ensayos Controlados del Grupo Cochrane para una Práctica y Organización Sanitaria Efectivas (Grupo EPOC), Database of Abstracts of Review of Effectiveness (DARE) MEDLINE, EMBASE, PASCAL, CINHAL y LILAC (desde el inicio hasta diciembre 2008). Sujetos del estudio: Se incluirán los estudios que evalúen cualquier estrategia dirigida a profesionales responsables de la atención al paciente, de cualquier duración (se clasificarán siguiendo la propuesta del Grupo EPOC), y que midan resultados en las prácticas desarrolladas por los profesionales y/o resultados clínicos en los pacientes. Se excluyen los estudios que sólo miden satisfacción y/o conocimientos de los profesionales. Variables: descriptivas de estudios incluidos, calidad metodológica de estudios, características de participantes, grupos intervención y control y variables resultado. Método de revisión: la selección de los estudios será realizada por 3 investigadores que de forma independiente revisarán títulos, abstracts y palabras claves. Si el abstract no permite valorarlo se localizará el artículo completo. El grado de acuerdo se calculará mediante el coeficiente Kappa. La evaluación de la calidad de los estudios seleccionados se realizará usando los criterios definidos por el grupo EPOC por 2 investigadores de forma independiente, en caso de desacuerdo el resto del grupo decidirá por consenso. Análisis de datos: es previsible que dada la heterogeneidad de intervenciones, cuestiones clínicas abordadas y métodos entre los distintos estudios no sea razonable agrupar los resultados de los estudios. En su lugar presentaremos los resultados en tablas y gráficos para realizar una descripción de los efectos de los estudios. Si encontramos un grupo suficiente de estudios con la misma variable resultado, que abordaran cuestiones clínicas semejantes y que evaluaran intervenciones comparables realizaremos un metaanálisis para obtener una estimación del efecto global, usando un modelo de efectos aleatorios. Se calculará Diferencia de Riesgo (DR) y Razón de Riesgos (RR), ajustadas por el cumplimiento al inicio cuando sea posible (para medidas dicotómicas) y el tamaño del efecto como la magnitud de la diferencia entre el grupo control y el de intervención, dividido por la desviación estándar en el grupo control (para medidas cuantitativas).

Aplicabilidad de los resultados esperados. Determinar qué estrategias de implementación de GPC son más efectivas en atención primaria tendrá implicaciones en la difusión e implementación de las GPC para este ámbito asistencial utilizando aquéllas de efectividad probada.

Aspectos éticos-legales. El proyecto cuenta con el informe favorable de la Comisión de Investigación de referencia.

P30.10 PREFERENCIAS DE LAS PACIENTES Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS EN LA VAGINITIS CANDIDIÁSICA NO COMPLICADA EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. del Cura González, T. Sanz Cuesta, R. Escrivá Ferrairo, F. García de Blas González, M. de Hoyos Alonso, B. Gutiérrez Teira y Grupo Presevac

Áreas 4, 9, 8 y 11 de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud; Hospital Severo Ochoa. Madrid. Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: mcurag@yahoo.es

Objetivos. Objetivo principal: describir las preferencias de las mujeres y los factores que las explican al elegir la vía de administración (oral o tópica) para el tratamiento de las vaginitis candidiásica no complicada en atención primaria. Objetivos secundarios: describir la seguridad de los tratamientos pautados medida como reacciones adversas locales o sistémicas en dicha población. Describir la etiología (especie de cándida) de las vaginitis candidiásicas no complicadas en dicha población. Determinar la frecuencia de vulvovaginitis candidiásica de repetición (> 4 episodios/año documentados microbiológicamente) y factores predisponentes.

Material y métodos. Diseño: estudio observacional prospectivo de 1 año de seguimiento. Ámbito: estudio multicéntrico en atención primaria. Sujetos: mujeres > 16 años diagnosticadas de vulvovaginitis candidiásica no complicada en atención primaria. Tamaño muestral: estimado para una proporción esperada de tratamiento oral del 43%, a 0,05 y una precisión 0,04. Se ha sobreestimado el tamaño considerando un 30% de pérdidas. 765 pacientes seleccionados por muestreo consecutivo. Determinaciones: variables sociodemográficas, cultivo de secreción vaginal, preferencia de las pacientes en la elección del tratamiento y de reacciones adversas. Estrategia de análisis: Objetivo 1: descriptivo de cada una de las variables, análisis bivariante y multivariante (regresión logística), siendo la variable dependiente el tipo de tratamiento elegido (oral o tópico) y las independientes las variables que en el análisis bivariado hayan resultado asociadas a dicha preferencia. Objetivo 2: se describirán las frecuencias de los efectos adversos locales ó sistémicos que se asocien con cada tipo de tratamiento. Objetivo 3: se describirán la frecuencia de las distintas especies de cándida. Objetivo 4: frecuencia de vulvovaginitis candidiásica de repetición (> 4 episodios/año documentados microbiológicamente) y factores predisponentes, mediante el cálculo de proporciones con sus correspondientes intervalos de confianza. Limitaciones: variabilidad interprofesional al ofrecer las alternativas terapéuticas a las pacientes minimizada con un texto informativo consensuado y con una sesión de entrenamiento a todos los profesionales. Pérdidas en el seguimiento, limitadas por ser el propio médico/a de familia quien le ofrece participar y por la posibilidad de entrevista telefónica.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Incorporar a las guías de práctica clínica las preferencias de las pacientes. Tener en cuenta esta variable en la toma de decisiones en el sistema sanitario. Clarificar las dudas que existen sobre los efectos secundarios de algunos de los fármacos antimicóticos ampliamente prescritos en nuestro país, con limitación de uso en otros países europeos. Mejorar el abordaje de las vulvovaginitis candidiásicas de repetición.

Aspectos éticos-legales. Se informará a las mujeres sobre los objetivos del mismo y las actividades vinculadas a su participación en el estudio. Se les entregará una hoja información escrita, y se solicitará el consentimiento informado por escrito. Se asegurará la confidencialidad y anonimato de los datos, según la ley 15/1999 de confidencialidad de los datos, tanto en la fase de ejecución del proyecto como en las presentaciones o publicaciones que de él se deriven. El proyecto cuenta con el Informe favorable de un CEIC, aprobación y financiación por una agencia de investigación pública.

P30.11 PREVENCIÓN DE DIARREA SECUNDARIA A ANTIBIÓTICOS. PAPEL PREVENTIVO DE LOS PROBIÓTICOS EN LA POBLACIÓN ANCIANA

R. Martín Álvarez, M. Beza Fredes, L. Martínez Palli y A. Altes Caís

EBA Vallcarca-Sant Gervasi. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: rmartin@perevirgili.catsalut.net

Objetivos. Evaluar la efectividad del uso de probióticos para la prevención de diarrea secundaria a antibióticos en la población de edad avanzada.

Material y métodos. Diseño del estudio: ensayo clínico controlado, aleatorizado, doble ciego, y paralelo en el ámbito de la Atención Primaria. Incluye pacientes de edad avanzada (> 60 años) con indicación clínica de antibioterapia de amplio espectro (amoxicilina, amoxi-clavulánico) en consulta o en domicilio. Criterios de exclusión: alergia o intolerancia a antibióticos, enfermedades digestivas asociadas, diarrea o antibioterapia en las últimas 8 semanas. Cálculo muestral. Prevalencia estimada de diarrea secundaria a antibióticos del 30% y una reducción del riesgo del 13%, confianza del 95%, potencia estadística de 80% y porcentaje de pérdidas asumidas del 10%. Tamaño muestral de 100 pacientes. Asignación mediante muestreo simple en dos grupos. Consentimiento informado previo a la aleatorización. - Grupo intervención: Incluyen 50 pacientes con

antibioterapia de amplio espectro más probiótico -saccharomyces boulardii de la cepa 17 resistente a antibióticos que contiene 1.000 millones de gérmenes vivos (56,5 mg)- 2 cápsulas/8 horas durante 7 días. -Grupo control: formado por 50 pacientes con tratamiento antibiótico de amplio espectro más placebo -2 cápsulas/8 horas durante 7 días. -Seguimiento durante 2 meses después de iniciar el tratamiento antibiótico. Mediciones: -Variable dependiente: aparición de diarrea en las primeras 48 horas de la toma de antibiótico o durante el seguimiento. Diagnóstico de Clostridium difficile con la presencia de citotoxinas en las muestras de heces; -Variables independientes: género, edad, comorbilidad asociada, criterios fragilidad geriátrica. Estrategia de análisis: análisis descriptivo de las variables de estudio y análisis comparativo de las características de los 2 grupos de estudio (test t de Student y de la chi cuadrado, o pruebas no paramétricas si procede). Análisis de medida de impacto mediante estudio por intención de tratar. Para estimar la reducción del riesgo entre ambos grupos de estudio se utiliza la regresión logística y la regresión de Cox, controlando por las posibles variables de confusión o modificadoras del efecto.

Aplicabilidad de los resultados esperados. La situación sociosanitaria actual conlleva que en la Atención Primaria cada vez se atienda a una población más envejecida, autónoma, que vive en su domicilio y que consulta por problemas infecciosos con indicación de antibioterapia ambulatoria. Nos encontramos con una realidad sanitaria en la que existe un consumo excesivo de antibióticos, a pesar de la tendencia al uso racional del medicamento, lo que hace que gran parte de la población anciana sea consumidora de antibióticos de forma habitual, con el aumento de riesgo de diarrea secundaria a clostridium que esto conlleva. No existen datos concluyentes sobre el riesgo de desarrollar diarrea secundaria a antibióticos en la comunidad, posiblemente debido a un infradiagnóstico de la diarrea secundaria a clostridium. Por otro lado, en los ancianos no institucionalizados, no disponemos de datos que avalen el uso coadyuvante de probióticos con el tratamiento antibiótico como medida preventiva.

Aspectos éticos-legales. No presenta conflicto de intereses. Precisa de un consentimiento informado por parte del paciente. Avalado por el Comité Ético Unión Catalana.

P30.12 EFECTIVIDAD DE UNA ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA DE ACTUACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA

S. Martín Iglesias, M. Álvarez de la Riva, C. Arana Cañedo-Argüelles, J. Aréjula Torres, A. Lloret Sáez-Bravo y M. Tomico del Río

Área 9 de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud. Madrid. Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: smartin.gapm09@salud.madrid.org

Objetivos. Evaluar la efectividad de una estrategia de implantación de una guía de actuación sobre lactancia materna (LM) en Atención Primaria, medida como porcentaje de niños con LM exclusiva o preferente a los 6 meses.

Material y métodos. Diseño: ensayo clínico aleatorizado comunitario. Ámbito: Área sanitaria. Población: las unidades de aleatorización serán los nueve Centros de salud (CS) del municipio (182.471 habitantes). Las unidades de análisis serán las madres de niños nacidos durante el periodo de estudio (6 meses), que acudan al centro de salud para primera visita del programa de atención al niño y firmen el consentimiento informado. Se excluirán madres de niños con contraindicaciones para la LM. Tamaño muestral: se cuenta con 9 CS (una rama tendrá 5 y otra 4 conglomerados). El tamaño medio del conglomerado es de 100 (nacimientos por centro en 6 meses), el efecto diseño estimado es 1,99, obteniéndose un tamaño de 201 en cada rama. Con error alfa = 0,05 y error beta = 0,20, la potencia será del 87% para detectar como significativo un aumento en el porcentaje de LM exclusiva o preferente a los 6 meses de 17% para el grupo control (resultados obtenidos a partir de datos de historia clínica informatizada) a 30% para el de intervención. La asignación de centros se hará de forma aleatoria simple. Intervención: difusión personalizada de la guía, una sesión formativa, nombramiento de un responsable de LM en cada centro y envío de informe periódico con la proporción de niños/as con LM de su población. Grupo control recibirán la guía y pasará a lista de espera para recibir la intervención completa una vez finalizado el estudio. Mediciones: socioprofesionales y nivel de conocimientos de LM de los profesionales sanitario sociodemográficos de la madre, sobre LM en hijos previos y características del parto y de LM del lactante actual. El seguimiento de la

LM se realizará mediante entrevista telefónica, por un investigador ciego a los 1, 3, 6, 9,12 meses del inicio del estudio. En cada llamada se preguntará a la madre si el niño está en ese momento con LM, si la respuesta fuera negativa se recogerá fecha y motivo de abandono. Estrategia de análisis: análisis de efectividad principal por intención de tratar, comparando % de niños con LM exclusiva o preferente a los 6 meses entre grupo de intervención y control. Curvas de supervivencia de Kaplan-Meier para el cese de LM. Para las comparaciones entre grupos se aplicará la prueba de rangos logarítmicos. Todos los métodos de análisis se ajustarán considerando el muestreo por conglomerados. Limitaciones del estudio: imposibilidad de realizar un diseño doble ciego. Se ha planificado la evaluación ciega de la respuesta. La información que pueda recibir la madre al margen del sistema sanitario puede influir en la decisión de la lactancia esta situación será similar en ambos grupos.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Implicaciones para mejorar las estrategias para conseguir la transferencia de la evidencia a la práctica clínica.

Aspectos éticos-legales. Se contempla el cumplimiento de lo establecido en la Ley orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal y de la ley de investigación biomédica.

Sesión 31

Viernes, 21 de noviembre. 11.00-12.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Enfermedades infecciosas

P31.01 INCIDENCIA DEL HERPES ZÓSTER PREVIO A LA VACUNACIÓN DE VARICELA

P. Aldaz Herce, J. Loayssa Lara, A. Sola Larraza, A. Brugos Larumbe y J. Díaz Benito

CS San Juan; CS Azpilagaña; CS Iturrama; CS Villava. Pamplona. Navarra. Correo electrónico: pabloahuh@hotmail.com

Objetivos. Conocer la incidencia del herpes zóster en una Comunidad Autónoma previa a la introducción poblacional de la vacuna de la varicela, su distribución por edad y sexo.

Material y métodos. Estudio observacional. Datos obtenidos de las historias clínicas informatizadas en Atención Primaria, con cobertura del 100% de la población, analizando todas las que tenían abierto un episodio de herpes zóster y/o neuralgia postherpética entre julio del 2004 y julio del 2007. Calculamos tasas por cien mil totales, por décadas y sexo. La distribución por sexos fue de 3938 casos en mujeres (58%), y 2872 en varones (42%).

Resultados. La distribución por sexos fue de 3938 casos en mujeres (58%), y 2872 en varones (42%). La media de edad en la población fue de 60,90 años (60,48-61,32 IC 95%). La media de edad en mujeres fue de 62,32 años (61,77-62,86 IC 95%). La media de edad en varones fue de 58,96 años (58,30-59,63 IC 95%). La incidencia aumenta de forma importante a partir de los 50 años (más de 500 casos por cien mil) incrementándose progresivamente en décadas sucesivas. La frecuencia de neuralgia postherpética se sitúa en el 10%.

Conclusión. La incidencia de herpes zóster es ligeramente superior a la notificada en otras comunidades españolas (418 casos por 100.000 y año). La enfermedad es más frecuente en mujeres. La media de edad de los afectados se sitúa en torno a los 60 años. La incidencia aumenta de manera importante en las últimas décadas de la vida.

P31.02 ¿REALIZAMOS CORRECTAMENTE EL ESTUDIO DE CONTACTOS DE TUBERCULOSIS DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA?

M. Ros Bertomeu, B. Pérez Rodríguez, R. López Fraile, S. Minguey Vergés, B. Escalada y F. Rodríguez Casado

ABS Torredembarra; ABS Tarragona 4-Llevant, Xarxa Sanitaria i Social de Santa Tecla. Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: cros@xarxatecla.cat

Objetivos. Evaluar programa Estudio de Contactos (EC) en Atención Primaria (AP).

Material y métodos. Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal. Ámbito del estudio: 6 Área Básicas Salud ámbito semiurbano. Sujetos: contactos enfermo TBC diagnosticado en Hospital de referencia. Mediciones: variables: caso índice (CI): edad, sexo, procedencia y tipo TBC. Contacto: edad, sexo, intensidad-ámbito, BCG, PT1^a-72 horas, radiología, resultado, orden médica y conclusión.

Resultados. 50 pacientes diagnosticados TBC: hombres 35 (70%), 56% autóctonos, 86% localización pulmonar. 296 contactos estudiados: hombres 188 (63,5%), mujeres 108 (36,5%). Distribución edad: < 14 años 34 (11,4%), 15-34 años 110 (37,1%), 35-54 años 99 (33,4%), > 55 años 25 (8,4%). Procedencia: 202 (69,2%) autóctonos, 47 (16,1%) Europa Este, 40 (13,7%) Magreb, 2 (0,7%) Europa Occidental, 1 (0,3%) África. Tipo TBC CI: 270 (92,5%) pulmonar, 5 (1,7%) extrapulmonar. Intensidad contacto: > 6 horas: 131 (44,3%), ≤ 6 horas: 30 (10,1%), no diario: 71 (24%) y esporádico: 23 (7,8%). Convivientes 197 (66,6%). Ámbito: familiar (AF): 133 (44,9%), empresa (AE) 133 (44,9%), escolar 22 (7,4%), lúdico 7 (2,4%). No consta: BCG 245 (82,8%), PT previo 244 (82,4%). Realizamos 1^aPT: 276 (93,2%). Negativa: 156 (52,7%), autóctonos 114 (73%). Realizamos 2^aPT: 44 (28,2%), autóctonos 31 (70,45%), AF 34 (77,3%). Positivizan 2^a PT 11 (25%), autóctonos 7 (63,64%), AF 7 (63,64%). Practicamos radiología pulmonar: 170 (57,43%), normal: 153 (90%), patología no TBC: 3 (1,76%), anormal cavitaria: 2 (1,18%), anormal no cavitaria: 8 (4,7%). Indicamos tratamiento preventivo: 73 (24,67%): inmigrantes 23 (31,50%), AF 52 (71,23%). Quimioterapia: 3 (1%). Finalizan tratamiento 47 (15,9%), inmigrantes 8 (17%). Resultados: expuestos no infectados 138 (46,6%), infectado no enfermo 109 (36,82%), enfermos 3 (1%), otros 15,58%.

Conclusión. Gran número pacientes con 1^aPT negativa no realiza 2^aPT fundamentalmente AE y población inmigrante (PI). Realizamos bajo tratamiento preventivo en AF cuya intensidad de contacto es alta > 6 horas. Destacamos un número importante de pacientes que no finalizan el tratamiento fundamentalmente PI. En países con suficientes recursos sanitarios como el nuestro es muy importante hacer correctamente el EC, que nos permitirá diagnosticar nuevos enfermos e infectados, la AP tiene un papel primordial en éstos.

P31.03 CÓMO MEJORAR LAS BAJAS COBERTURAS DE VACUNACIÓN ANTIGRIPAL

B. Iglesias Pérez, N. Bono Laboz, F. Ramos Pérez, M. Giménez Álvarez, E. Alsina Albert y R. Tomàs Puig

Servicio de Atención Primaria del Garraf-Alt Penedès; Institut Català de la Salut. Vilanova i la Geltrú (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: biglesias@ambitcp.catSalut.net

Objetivos. Nuestro territorio presenta coberturas bajas de vacunación antigripal (VAG). Por ello, se diseñó una campaña de VAG activa combinando, entre otras intervenciones, varios sistemas de recordatorio. Se evaluó la experiencia para determinar su efectividad.

Material y métodos. Diseño cuasi-experimental antes-después. Nuestro servicio de AP comprende 9 EAP (239.661 habitantes). Población diana: pacientes con indicación de recibir VAG en 2007 (58.200). La intervención se realizó conjuntamente entre los EAP y la unidad asistencial de apoyo a la gestión que ofrecía diferentes actividades dirigidas a:

Resultados. Pacientes: campaña en medios de comunicación; envío de cartas recordatorio a la población de riesgo aclarando en términos sencillos el beneficio de vacunarse; llamadas telefónicas de rescate. Profesionales: información de recursos con indicación de realizar vacunaciones (centros discapacitados, residencias); feed-back semanal comentando de coberturas en relación al entorno. En ≥ 60 años se observó, respecto al 2006, un incremento de cobertura del 7,1% y 2.704 pacientes más vacunados (47,6% y 51,2% en 2006 y 2007 respectivamente). En el total de la Comunidad Autónoma (272 EAP) hubo un decremento generalizado del -2,6% (51,7% y 50,4% en 2006 y 2007 respectivamente). La cobertura en < 60 años y niños crónicos quedaron lejos del óptimo (adultos: 21,9% en nuestro territorio y 22,0% en el total en 2007; niños: 18,8% y 20,9%).

Conclusión. Hemos constatado la efectividad de realizar campañas de vacunación que incorporen sistemas de recordatorio a los pacientes. Sería

necesario intensificar las intervenciones dirigidas a grupos de riesgo específicos que obtienen mayor beneficio de la VAG.

P31.04 ESTUDIO DE CONTACTOS DE TUBERCULOSIS. EXPERIENCIA DE COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, HOSPITAL DE REFERENCIA Y SERVICIOS TERRITORIALES DE SALUD

M. Ros Bertomeu, B. Pérez Rodríguez, J. Bitria Ibars, S. Minguell Vergés, B. Escalada y F. Rodríguez Casado

ABS Torredembarra; ABS Tarragona 4-Llevant, Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla. Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: cros@xarxatecla.cat

Objetivos de la experiencia. En los últimos años hemos asistido a un resurgimiento de la tuberculosis, sobre todo a causa del SIDA y la inmigración. Desde las 6 Áreas Básicas de Salud (ABS) de nuestro Consorcio elaboramos un circuito para la mejora en la captación y posterior estudio de contactos de enfermos de tuberculosis activa ingresados en Hospital de Referencia (HR).

Descripción de la experiencia. El proyecto incluye 6 ABS del Consorcio, HR y Servicios territoriales de salud (STS), sección de epidemiología. En cada ABS hay un médico y enfermera de referencia. A partir del caso índice (CI) diagnosticado en HR, trabajo social hospitalario contacta con STS y trabajo social primario, que realizan una valoración socio familiar de los contactos e informan a los referentes. La sistemática del estudio se basa: realización de prueba de Mantoux (PT) y radiografía torácica. Dependiendo de la edad, duración del contacto y resultados de las pruebas se indica tratamiento de la infección tuberculosa latente o de la infección tuberculosa probable o no. Realizamos una supervisión clínica (objetivar toma medicación, educación sanitaria, descubrir hepatotoxicidad...) y analítica. Mantenemos control asistencial estableciendo recordatorio por carta, llamada telefónica... Todo el proceso se registra en una base de datos (formulario registro de contactos en historia clínica paciente) diseñada específicamente con la cual informamos a STS.

Conclusiones. La identificación y estudio de los contactos de un enfermo de TB es prioritario para el control de la enfermedad. La coordinación de todos los niveles asistenciales implicados en la atención a la TBC es importante para aumentar la captación y posterior seguimiento de los contactos.

P31.05 RESULTADOS DE UNA INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA COBERTURA DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPAL EN UN CENTRO DE SALUD. CAMPAÑA VACUNAL 2007

M. Giner Martos, M. Pinyol Martínez, B. Fornés Ollé, A. Montroig López, A. Sánchez Falcó y E. Pérez García

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: bertaseta@hotmail.com

Objetivos. Analizar el porcentaje de rechazo de la vacuna antigripal (VAG) 2007 después de una intervención. Describir los motivos del rechazo.

Material y métodos. Estudio prospectivo de intervención en un centro de salud (CS) urbano con pacientes en los que consta el rechazo de la VAG 2007 en la historia clínica informatizada (HCI). Se evaluó el porcentaje de rechazo de la VAG 2006. Se realizó intervención mediante sesiones informativas a médicos y a pacientes. En la campaña vacunal 2007 se evaluaron las variables: sexo, edad, indicación de la VAG, quién deniega la administración (paciente, médico, tutor), el motivo, existencia de rechazo de VAG previas u otras vacunas y quién lo registró en la HCI.

Resultados. El rechazo a la VAG 2006 fue del 12% y en el 2007 fue del 13% (752 casos). El 61,4% eran mujeres. La edad media fue de 70,13 (DE: 10,4). El principal motivo de indicación de la VAG era la edad superior a 60 años (91,4%, en 2006 era 55,6%). En el 92,2% de los casos fue el paciente quien rechazó la vacuna, siendo el motivo más frecuente la percepción de no necesitarla (32,4%, en 2006 38,9%), seguida por la contraindicación de la vacuna (6,6%). En el 36,8% no consta el motivo (37,3% en el 2006). El 56,6% habían rechazado la VAG en otras campañas y el 28,9% habían rechazado otras vacunas (16,1% antineu-

mocóica). Enfermería realizó el 63,8% de los registros de rechazo (el 83% en 2006).

Conclusión. La intervención no redujo el rechazo de la VAG 2007. El principal motivo de rechazo es la percepción del paciente de no necesitarla. Sigue existiendo un bajo registro del motivo de rechazo aunque aumenta el registro entre los médicos.

P31.06 SCREENING DE ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSA EN POBLACIÓN INMIGRANTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Tijeras Ramírez, M. Sanabria Medina y H. Moreno Martos

CS Roquetas Norte. Almería. Andalucía.

Correo electrónico: chusmedina@yahoo.com

Objetivos. -Perfil del paciente inmigrante que acude por primera vez a AP; -Describir alteraciones analíticas; -Detectar enfermedades infecto-contagiosas.

Material y métodos. Tipo de estudio: descriptivo transversal. Ámbito de estudio: Atención Primaria. Población: pacientes inmigrantes que acuden por primera vez a una consulta de AP. Criterios de inclusión: pacientes que llevan menos de tres años en España. Criterios de exclusión: pacientes que hayan sido estudiados previamente. Variables de estudio: edad; sexo; país de origen; tiempo en España; motivo de consulta; Perfil 60: hemograma; bioquímica; serología: hepatitis B, hepatitis C, Treponema pallidum, VIH; parásitos en heces. Análisis estadístico; variables cualitativas: distribución de frecuencias, variables cuantitativas: media, desviación estándar (DE) e intervalos de confianza. Chi cuadrado para variables cualitativas.

Resultados. Edad media 29 años; el 83% son varones, un 46% africanos y 37% subsaharianos, la media de tiempo es de 12 meses, el motivo más frecuente es malestar general (24%), problemas osteomusculares (20%), el 27% dio alguna alteración en el Perfil 60. Un 1% presenta anemia; 13,7% eosinofilia, 1% alteración de glucemia, 2% hipercolesterolemia, hipertransaminasemia un 4%, 9% portador de hepatitis B; 1% hepatitis crónica activa, 1% hepatitis aguda, 2,3% hepatitis C; 0,3% VIH+; 7,7% parásitos en heces positivos. Hay asociación en eosinofilia con parásitos en heces ($p < 0,001$) e hipertransaminasemias y alteraciones serológicas ($p < 0,006$).

Conclusión. El paciente es un varón joven africano, lleva una media de 12 meses en España, consulta por malestar general y dolores osteomusculares. No son frecuentes las alteraciones bioquímicas, destaca la eosinofilia asociada a la positividad de parásitos en heces, hipertransaminasemia asociada a alteraciones en serologías hepáticas.

P31.07 ¿UNA INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA MEJORA COBERTURAS ANTIGRIPALES EN NIÑOS DE RIESGO? RESULTADOS PRELIMINARES

A. Sánchez Callejas, F. Ofila Pernas y A. Escosa Farga

Servicio de Atención Primaria en el Ámbito de Barcelona; Institut Català de la Salut. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: andreae_sanchezc@hotmail.com

Objetivos. Comprobar que la intervención dirigida a los pediatras y enfermeras de dicha área de salud es efectivo para aumentar las coberturas basales frente al influenza en niños de riesgo.

Material y métodos. Estudio de intervención antes/después en 18 centros de salud de atención primaria en una región de Barcelona. Se obtuvo los datos de la historia clínica informatizada e-cap, se seleccionaron los pacientes entre 6 m y 14 años con patología de riesgo que tienen indicada la vacunación frente al influenza. Se analizaron las coberturas en la temporada gripeal 2006-2007 vs 2007-2008 después de la intervención (receptorario vía email a los profesionales).

Resultados. De la población infantil asignada a nuestro territorio (45.055), en la temporada 2006-2007, el 6,2% (2.785) de los niños presentaban patología de riesgo, de los cuales sólo un 16,1% estaba vacunados frente a la gripe. La patología con mayor porcentaje de vacunados fue la enfermedad respiratoria crónica (18%). Después de la intervención, la cobertura vacunal frente a la gripe en la temporada 2007-2008 fue de 19,0%, siendo los inmunodeprimidos los más vacunados (35,7%). La patología que tuvo mayor aumento en la cobertura fue la inmunodepresión del 21,0% al 35,7%.

Conclusión. Una intervención si mejora las coberturas vacunales pero no en el grado que deseábamos. Nuestros profesionales están receptivos a los recordatorios vía email como lo dice la literatura. Es necesario realizar alguna otra estrategia para mejorar las coberturas vacunales frente a influenza en un mayor grado.

P31.08 BRONQUIECTASIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: DEL SÍNTOMA AL DIAGNÓSTICO. ESTUDIO PRELIMINAR

L. Criado Flores, X. Flor Escrivé, S. Romero Ruperto, A. Toscano Rivera y A. Sánchez Callejas

CAP Chafarinas. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: xflor.bcn.ics@gencat.net

Objetivos. 1º Analizar manejo de bronquiectasias (B) en un centro de atención primaria urbano. 2º Estudiar la demora del diagnóstico definitivo y analizar reagudizaciones.

Material y métodos. Se realizó estudio descriptivo retrospectivo de historias informatizadas con el diagnóstico de B. De los 41 pacientes con diagnóstico de B se excluyeron 2 por error diagnóstico.

Resultados. De dicha muestra el 73,2% son mujeres, edad media 70,83 años (DE 15,8). La enfermedad crónica más frecuente asociada es la HTA (46,3%) seguida de artritis y EPOC (29,3% ambas patologías). Sólo el 39% tenía antecedentes de tabaquismo. El tratamiento de base más frecuente son los corticoides inhalados (70%), los b-agonistas de acción larga (65%) y los anticolinérgicos (55%), mayoritariamente tiotropio. El 29,3% son diagnosticadas por el médico de familia; para ello la prueba diagnóstica más empleadas es la TAC (53,7%). Los síntomas de sospecha clínica más frecuentes son: tos (48,8%) y broncorrea (36,6%). La tos (29,3%) y las infecciones respiratorias de repetición (22%) fueron los síntomas más repetidos en la historia clínica. La media de agudizaciones al año fue de 2,02 (DE 2,67). La media de ingresos año en hospital fue de 1 (DE 1,3). El principal fármaco utilizado en las agudizaciones son los antibióticos (58,6%), mayoritariamente ciprofloxacino (48%) y levofloxacino (52%).

Conclusión. 1. En el ámbito de atención primaria se diagnostican el 46,34%. 2. Tras el análisis consideramos la demora en el diagnóstico definitivo excesiva. 3. La mayoría de reagudizaciones se tratan con ATB correctamente según normativas y esto puede contribuir al bajo número de ingresos hospitalarios.

P31.09 ¿VACUNAMOS CORRECTAMENTE A NUESTROS HEPATÓPATAS?

N. Farran Torres, M. Morcillo Gallego, C. Moreno Castillón, C. Soler Elcacho, L. Villalba Tost y N. Torra Solé

ABS Balàfia-Pardinyes, ABS Bordeta, ABS Eixample, ABS Mollerussa. Lleida. Cataluña.

Correo electrónico: karolmc23@hotmail.com

Objetivos. Determinar la inmunización frente a virus hepatitis A y B, pneumococo y virus de la gripe de los pacientes con enfermedades hepáticas crónicas según la última revisión del manual de vacunación de Cataluña.

Material y métodos. Estudio transversal y descriptivo y analítico realizado en una población diagnosticada de hepatopatía crónica de tres Áreas Básicas de Salud urbanas. Muestra: pacientes vivos diagnosticados de patología hepática crónica y/o cirrosis hepática y/o carcinoma hepático según la historia informatizada en abril de 2008.

Resultados. 90 pacientes diagnosticada de hepatopatía crónica. Los pacientes inmunizados para el virus de la hepatitis A eran 28,8% (26), siendo un 70% (63) los no vacunados; sólo 1,1% (1) había recibido vacunación incompleta. Para el virus B estaban inmunizados un 14,45% (13); un 81,1% (73) no inmunizados y un 4,45% (4) presentaba una vacunación incompleta. Para el pneumococo: 40% (36) inmunizados frente a un 58,9% (53) de no inmunizados y 1,1% (1) no vacunado por voluntad propia del paciente. La vacuna antigripal presentaba una tasa de un 26,66% (24) de vacunados en 2007; un 34,44% (31) de vacunado anteriormente al 2007; 33,55% (32) nunca habían sido vacunados y 4,44% (4) no se habían vacunado por voluntad propia del paciente. Sólo el 6,6% (6) están correctamente vacunados.

Conclusión. Sólo encontramos un 6,66% (6 pacientes) correctamente vacunados según los criterios estudiados. Estas bajas tasas de vacunación

podrían explicarse por una informatización deficiente o la no captación activa en pacientes de riesgo.

P31.10 EPIDEMIOLOGÍA DEL HERPES ZÓSTER EN NUESTRO ENTORNO

O. Ochoa Gondar, M. Herreros Martínez, J. Valldosera i Santo, D. Garola i Recasens, F. Grifoll i Ruiz y M. Miralles i Castella

ABS Sant Pere i Sant Pau. Tarragona. Cataluña.
Correo electrónico: oochoa.tarte.ics@gencat.cat

Objetivos. Ante la posible introducción en un futuro próximo de la vacuna para Herpes Zóster (HZ) hemos querido conocer la incidencia y características clínicas de la infección en nuestro entorno.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo emplazado en un Área Básica de Salud urbana con una población de 15.875 habitantes. Revisamos retrospectivamente las historias clínicas de pacientes > 15 años durante el período 2000-2007.

Resultados. La incidencia de HZ fue de 1,71 casos por 1.000/año. La edad media fue 58,6 (DE 18,9) y el 57, 3% eran mujeres. Entre 50-75 años se observó el mayor número de casos (47,6%). La localización más frecuente fue: Dorsolumbar (57,3%) seguido de extremidades (21,4%), oftálmico (13,6%), Ramsay-Hunt (5,8%) y SNC (1,9%). Todos los pacientes recibieron tratamiento antivírico, tópico 60,2% y oral 39,8%. Desarrollaron neuralgia postherpética el 36,9%. De los pacientes que desarrollaron neuralgia la media de edad era 68,4 (DE 10,2); el grupo de edad con mayor número de casos de neuralgia fue 50-75 años (63,2%), seguido de los mayores de 75 años (29%), p 0,001; la localización más frecuente fue dorsolumbar (60,5%) y extremidades (18,4%), p 0,058; el 60, 5% había recibido tratamiento tópico frente al 39,5% que había recibido tratamiento oral, p 0,958.

Conclusión. La incidencia de infección por HZ es menor en nuestra Área que la descrita en la literatura y afecta a personas más jóvenes. Debería de estudiarse la efectividad real de la vacuna en nuestro entorno dado que es una enfermedad con una prevalencia despreciable que puede causar secuelas temporales en un porcentaje alto.

P31.11 ¿LA VACUNACIÓN DE LA GRIPE EN LOS SANITARIOS INFUYE EN LA VACUNACIÓN DE LA GRIPE DE SUS PACIENTES?

A. Mas Casals, N. Moreno, M. Morató Agustí, P. Robles Raya, N. Aresté Lluch y S. Martín Martín

EAP Bufalà Canyet; SAP Santa Coloma de Gramanet; EAP de Sant Just Desvern. Badalona (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: mlma@camfic.org

Objetivos. Establecer si la vacunación de los médicos de familia (MF) y de las enfermeras (ENF) influye en la vacunación de la gripe (VG) de sus pacientes.

Material y métodos. Estudio transversal observacional en 3 centros de salud urbanos en la temporada gripeal (TG) 2007-2008. Criterios de inclusión: pacientes > 14 años, visitados ≥ 1 vez durante TG, que no hubieran cambiado de médico o enfermera durante éste período y que tuvieran indicación de VG (por edad o por enfermedad crónica (EC)). Variables: edad, sexo, VG del MF, de la ENF y del paciente (sí/no).

Resultados. 24.259 pacientes (57,7% mujeres, edad media 52,8 ± 19,4 años, 79% con (EC)). 46 MF y 40 ENF. Tasas de VG: 32,8% de los pacientes (66,1% > 59 a, 7,8% < 60 a), 26,1% de MF y 30% de ENF. La VG de los pacientes aumentó hasta un 34,4% (p < 0,001) y un 33,9% (p = 0,02) respectivamente, cuando el MF y la ENF también se vacunaban. El análisis multivariante con regresión logística mostró que en < 60 a, el modelo era estadísticamente significativo para la vacunación del MF (OR: 1,30; IC 95% 1,14-1,49) y EC (OR: 4,43; IC 95% 3,66-5,36), mientras que la vacunación de la enfermera y el sexo no influyan. En > 59 a, la vacunación del MF o la ENF no influyó en las tasas de VG de sus pacientes.

Conclusión. La VG en MF y ENF no influye en las tasas de vacunación de sus pacientes > 59 a pero en cambio en < 60 a la vacunación de su MF aumenta significativamente las tasas de vacunación en este grupo de pacientes.

P31.12 USO DE ANTIBIÓTICOS EN UN ÁREA SANITARIA: ANÁLISIS DEL CONTENIDO REAL DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA CENTRALIZADA, ¿ÚTIL PARA MEJORAR?

J. Arranz Izquierdo, M.A. Vicente Hernández, F. Comas Capó, A. Ballester Camps, C. Llabrés Campins y C. Calvo Pita

Gabinet Tècnic Gerència d'Atenció Primària de Mallorca; CS Rafal Nou; CS Arquitecte Bennàssar; CS Emili Darder; Servei de Farmacia SSCC Ibsalut, Grup de Malalties Infeccioses Sbmfic. Palma de Mallorca. Illes Balears.
Correo electrónico: jarranz@ibsalut.caib.es

Objetivos. Comprobar si lo registrado de forma habitual en la historia clínica es útil para planificar intervenciones de mejora.

Material y métodos. Estudio descriptivo, de datos centralizados (ESIAP®) en un área sanitaria (40 centros, 80% de la Comunidad Autónoma [CA]). Variables: recetas de antibióticos (AB) impresas (RAI) en 2007; diagnóstico asociado (DA) a las mismas (CIE-9-MC). Análisis: distribución de RAI por tipo de AB, presencia o no de diagnóstico asociado, tipo de infección.

Resultados. Las RAI del área fueron el 82% de la CA. Encontramos DA en 105.193 (27% del área) y relacionado con infecciones (DAI) el 21%. a) El perfil de prescripción es similar en los tres grupos anteriores, amoxicilina/clavulánico 30-35%, amoxicilina 19-23%, quinolonas 15%, macrólidos 13%, sugiriendo que los registros actuales, aunque incompletos, son fiables; b) La patología infecciosa informada en las DAI: amigdalitis 18,1%, bronquitis aguda 17,1%, infecciones urinarias (ITUs) 15,9%, víricas 11,7%. Destacamos un elevado uso de AB en infecciones víricas, de amox/clav en bronquitis aguda (38%), fosfomicina en ITUs (25%) y baja utilización de amoxicilina en Neumonías (11%).

Conclusión. a) Si bien el registro del diagnóstico en las prescripciones del área es bajo, la información bruta obtenida de la historia clínica es válida y extrapolable al total de prescripciones de antibióticos; b) Con los datos actuales, puede concluirse que la selección de antibióticos en cada uno de los procesos infecciosos no siempre es adecuada. Estos resultados sugieren que la información que actualmente nos proporcionan los registros de la historia clínica es suficiente para planificar intervenciones de mejora, de una forma sencilla, sin necesidad de recurrir a estudios observacionales complejos.

Sesión 32

Viernes, 21 de noviembre. 12.00-13.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Gestión clínica y calidad

P32.01 DERIVACIÓN ELECTRÓNICA DESDE EQUIPOS DE ASISTENCIA PRIMARIA DE PACIENTES CON ALTA SOSPECHA DE CÁNCER DE MAMA Y PULMÓN

M. Llagostera Español, C. Martínez López, J. Monedero Boado, M. Torres Rusiñol, A. Escobedo Sánchez y A. Céspedes Lamarca

CAP de Cornellà, Institut Català d'Oncologia. Cornellà de Llobregat, L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: mllagostera.cp.ics@gencat.net

Objetivos de la experiencia. 1. Implantar un circuito de derivación automatizada para casos con alta sospecha de cáncer de mama y pulmón. 2. Reducir el intervalo de tiempo entre la solicitud y la realización de la primera visita. 3. Adecuar la proporción de primeras visitas por cáncer de mama y pulmón respecto al total de primeras visitas.

Descripción de la experiencia. 1. Definición consensuada de algoritmos de derivación entre los facultativos de las Unidades Funcionales de Atención Oncológica y la Atención Primaria. 2. Noviembre 2004: inicio del circuito de derivación por vía electrónica, con respuesta inmediata con la fecha de la primera visita. 3. Registro para el control de los intervalos y del diagnóstico final. Total de 569 derivaciones: 120 por sospecha de cáncer de pulmón y 432 por sospecha de cáncer de mama. Mediana de respuesta a la solicitud: 24 minutos. Intervalo de tiempo entre la solicitud de primera visita y la realización de la misma fue de 5 días, frente a 6 días del conjunto de pacientes visitados durante el mismo período. % c.

mama de las derivaciones: 67,7%, frente 51,3% del conjunto de pacientes visitadas en el mismo periodo. % c. pulmón de las derivaciones: 53,6%, frente 64,5% de pacientes visitados en el mismo periodo. La Atención Primaria obtuvo información del 98,7% de los casos derivados por de c. mama y el 71,3% de los casos derivados por de c. pulmón.

Conclusiones. La implantación de un circuito automatizado de derivación disminuye el intervalo de primera visita y contribuye a aumentar el porcentaje de primeras visitas con cáncer.

P32.02 WEB 3CLICS: ATENCIÓN PRIMARIA BASADA EN LA EVIDENCIA

M. Fàbregas Escurriola, R. Riel Cabrera, A. Mercadé Costa, M. Ferran Mercadé, F. Novell Teixidó y N. Fabregas Padres

Institut Català de la Salut. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: mfabregase@gencat.net

Objetivos de la experiencia. Actualmente no hay ninguna web libre e independiente en castellano/catalán con los contenidos que un profesional de atención primaria (AP) podría necesitar en su práctica clínica. Es por esto que aparece el portal web 3clics con los siguientes objetivos: 1. Ofrecer información clínica práctica a los profesionales de AP, de forma rápida, clara y sin restricciones de acceso. 2. Facilitar las actualizaciones de los conocimientos científicos.

Descripción de la experiencia. www.3clics.cat es un portal en constante adaptación, bilingüe, libre y accesible. Es una iniciativa llevada a cabo por un equipo de profesionales del Instituto Catalán de la Salud (ICS) y contiene: A. Guías 3clics. Son guías de práctica clínica adaptadas de otras guías de reconocido prestigio. Son guías cortas y útiles para la práctica diaria. Las adaptan profesionales de AP. El equipo 3clics revisa la calidad y el departamento de farmacia revisa los tratamientos. B. Guías y materiales del ICS. La web 3clics también pretende organizar el material que realizan los profesionales del ICS. Se integran en la web las guías elaboradas por el ICS, las guías de práctica asistencial de enfermería y boletines de actualización terapéutica. C. Actualizaciones bibliográficas. Periódicamente se publican resúmenes de artículos relevantes para la atención primaria. El presupuesto proviene de la ampliación del convenio del uso racional de los medicamentos del 2006.

Conclusiones. El proyecto 3clics pretende ser una ayuda para todos los profesionales de la AP, para poder dar una asistencia de mayor calidad gracias a una información basada en la evidencia, clara y accesible.

P32.03 MODELO ORGANIZATIVO DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA. CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA

A. Arévalo Genicio, M. Serra Gallego, C. Ortega Condes, A. Ripoll Ramos, D. Pedrazas López y A. Franco Murillo

CAP Valldoreix; Mútua de Terrassa. Sant Cugat del Vallès (Barcelona). Cataluña. Correo electrónico: toniarevalo@comb.es

Objetivos de la experiencia. Mostrar nuestro propio modelo organizativo de una Unidad de Cirugía menor (UcimA) en un Centro de Salud, creada para llevar a cabo la CM en el nivel asistencial adecuado y descongestionar las listas de espera de nuestro hospital de referencia.

Descripción de la experiencia. ABS de 72.000 habitantes, urbano disperso, con 2 Centros de Salud, informatizados e interconectados, acreditados para la docencia y que disponen de 8 residentes de último año, 24 médicos de familia y 10 pediatras. El año 2003 se inició, en forma de prueba piloto, la actividad quirúrgica en nuestro Centro, con unos tres procedimientos quirúrgicos semanales realizadas por un médico de familia experto. Se realizó un estudio económico. Se definió una cartera de servicios. Se definió el mapa de procesos desde la consulta del médico de cabecera hasta el alta, una vez intervenido. Se definieron unos estándares de calidad. Se realizó formación intraequipo. Se incluyó en la rotación de los residentes de familia.

Conclusiones. Hasta diciembre de 2003, tres médicos de familia han recibido unas 2.100 peticiones de interconsulta por parte del resto del EAP. Se han practicado 2.317 procedimientos sobre 1.524 pacientes (51,4% hombres, 48,6% mujeres), 1,52 procedimientos por paciente, con una tasa acumulada de complicaciones intra y post-operatorias del 3%, todas menores. Se ha obtenido una correlación clínico-anatomopatológica del 85%. Se ha reducido la lista de espera para procedimientos quirúrgicos

menores a menos de 4 semanas desde la visita de valoración, con elevada satisfacción tanto por parte del resto del equipo de Atención Primaria ("cliente interno") como del paciente.

P32.04 ¿PODEMOS MEJORAR LA CONFIDENCIALIDAD EN EL CIRCUITO INTERNO DE LAS DERIVACIONES?

E. Freixes Villaró, R. Vanaclocha, E. Fontana y T. Baques

ABS El Plà. Sant Feliu de Llobregat (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: hortetvirtual@mac.com

Objetivos de la experiencia. Hay multitud de situaciones donde podemos vulnerar el derecho de los pacientes a la confidencialidad. Todo ello nos motiva a hacer un trabajo de mejora continua de calidad sobre confidencialidad.

Descripción de la experiencia. Centramos el trabajo en el circuito interno de las derivaciones. Encontramos 5 causas primarias: formación, presión asistencial, personal interno, organización e infraestructura que aumentaban el riesgo de vulnerar la confidencialidad. Vimos que el 20% de las causas producía el 80% del efecto: formación (desconocimiento de la ley) y organización (hoja de derivación con datos visibles, no revisión de circuitos post-informatización de las historias, ausencia de un plan de acogida para los recién llegados). Actuamos en estos 2 grandes grupos y buscamos alternativas para cada una de las causas: desconocimiento de la ley: 1-Sesiones con especialista de bioética; 2-Soporte documental papel o web. Colgar pósters sobre confidencialidad en el ambulatorio; hoja derivación con antecedentes del paciente visibles: 1-Gestión de la hoja doblarla y graparla. 2-Crear un nuevo circuito para dar día y hora; ausencia de plan de acogida: 1-Soporte documental papel o web con un apartado sobre confidencialidad; No revisión de circuitos post-informatización del centro. 1-Crear un grupo para revisar circuitos.

Conclusiones. Ahora empezaremos el plan de acción y a final de año ya tendremos resultados. Damos a conocer esta experiencia a pesar que aún nos queda por hacer ya que creemos muy importante sensibilizar-nos en el tema, ya que cuando lees sobre el tema ves cuánto puedes mejorar en el trabajo del día a día.

P32.05 PROTOCOLO ATSI (GESTIÓN DE ATENCIÓN TELEFÓNICA SANITARIA INTEGRAL). ¿NOS ESTÁ FUNCIONANDO?

M. Caballero Martínez, M. Aliaga Ugarte, A. Muñoz Rodríguez, R. Bofill Rovira, M. Merino Audi y V. Martínez Gaona

ABS Torrasa. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: docmarido@hotmail.com

Objetivos. Seguimiento durante 2 meses de un servicio de atención telefónica a disposición del usuario y del médico, con el objetivo de evaluar la resolución de consultas médicas y facilitar al usuario la accesibilidad.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal, en un centro urbano de 26000 habitantes, de un protocolo de atención telefónica creado en 2007 dentro del programa informático OMI-AP. Participan 10 médicos.

Resultados. Se atendieron 460 consultas telefónicas, 267 recibidas y 193 realizadas. 64,8% mujeres. 63,7% pensionistas. Los motivos de consulta atendidos fueron: 23,7% control de patología aguda, 19,8% resultados de pruebas complementarias, 17,8% control de patología crónica, 17% receñas, 5,5% patología osteoarticular, 4,5% control Incapacidad Temporal, 3,2% solicitud pruebas complementarias, 2,4% informes médicos, 2% virasis, 2% solicitud ambulancia, 1,5% patología gastrointestinal. Resolución inmediata del 95,4% de las consultas telefónicas y diferida del 4,6% (47,6% en 24 horas, 9,5% en 48 horas, 14,2% en 72 horas, 14,2% precisan reconsulta y 14,2% remitidas a Urgencias).

Conclusión. La atención telefónica puede convertirse en tipo de servicio más dentro de la actividad diaria profesional, de fácil aplicación y efectiva por su elevada capacidad resolutiva. Este tipo de consulta es eficaz en el control de patología aguda y crónica, resultados de pruebas complementarias y resolución de problemas burocráticos. Ofrece al usuario gran accesibilidad y ayuda a reducir la presión asistencial de las consultas.

P32.06 UPPAMI, UNA NUEVA EXPERIENCIA

S. Mateo Álvarez, I. Fernández Marín, R. Franco Sánchez-Horneros, A. Sanz Palomo, M. Castro Arias y E. Quirós Navas

Hospital 12 de Octubre, Área 11. Madrid. Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: rbkfsh@yahoo.es

Objetivos de la experiencia. Estudiar las características de los enfermos derivados desde los centros de salud a la UPPAMI.

Descripción de la experiencia. El envejecimiento progresivo de la población hace más frecuente atender enfermos pluripatológicos difíciles de manejar, precisándose una adecuación del sistema a sus necesidades mediante la creación de unidades específicas (UPPAMIs). En nuestra área se inauguró en 2004. De los enfermos remitidos desde los centros de salud, se recogieron centro de procedencia, edad, sexo, época del año, necesidad de ingreso, pruebas efectuadas, motivos de consulta y diagnósticos realizados desde enero de 2007 a diciembre de 2007. Los resultados se procesaron por SPSS obteniéndose de la base de datos "file maker pro". Se remitieron 200 pacientes, 108 varones y 88 mujeres, con edad media de 57,46 años, siendo febrero y marzo los meses de mayor derivación. Los motivos de derivación más frecuentes fueron: anemia, síndrome constitucional, fiebre de origen desconocido y hallazgos radiológicos o analíticos de probable etiología tumoral. Cuatro pacientes precisaron ingreso, manejándose el resto de forma ambulatoria.

Conclusiones. -Los enfermos pluripatológicos son cada vez más prevalentes. -Es necesario adecuar las necesidades de estos pacientes al sistema sanitario. -Las UPPAMIs pueden evitar ingresos tanto de pacientes con dificultad de manejo, como para estudio, por su fácil accesibilidad. -Las UPPAMIs pueden ser utilizadas como consultas de alta resolución con diagnósticos frecuentes de procesos tumorales. -Es imprescindible que en todo momento la relación entre primaria y especializada sea estrecha, fácil y bidireccional.

P32.07 UTILIZACIÓN DE SERVICIOS POR POBLACIÓN INMIGRANTE COMPARANDO ASENTADA CON RECIÉN LLEGADA

M. Fuertes Goñi, R. Izco Salinas, S. Alonso Martínez, L. Elizalde Soto, P. Bustince Beorlegui y S. Urmeneta Aguilar

CS Osasunbidea, Instituto de Salud Pública. Pamplona. Navarra.

Correo electrónico: cfuerteg@cfnavarra.es

Objetivos. Conocer la utilización de servicios en pacientes autóctonos e inmigrantes y comparar en estos últimos si hay diferencias entre los recién llegados y los ya asentados.

Material y métodos. Se recogió información, de 6 Centros de Salud (CS) que atienden a 86.966 personas (14,43% inmigrantes). Variables: país de origen, edad, género, año de llegada a España, considerando "asentados" a los datos de alta en el sistema sanitario antes del 2005 y "nuevos" a los del 2005-2006. Se analizó la utilización de servicios en 2006: visitas/persona; analíticas/persona; episodios nuevos 2006/persona; derivación especialistas/persona. Sobre todo en el grupo de edad de 25-44 años por ser el que permite mayor comparabilidad de datos. Se utilizó programa informático OMÍ y base de datos Access. La comparación se ha realizado con la prueba de Chi cuadrado y comparación de medias y cuando la distribución no era normal con prueba Mann-Whitney, programa estadístico SPSS.

Resultados. En el 2006 habían contactado con CS un 82% de autóctonos y un 72,4% (antes ponía 67% por error) de inmigrantes. Estos provenían sobre todo de Ecuador. El 70% de 25-44 años y el índice de masculinidad = 1,09. Utilizan más los servicios de "visitas" y "derivaciones" los autóctonos que los inmigrantes, ($p < 0,000$), tanto los inmigrantes "asentados" como los "nuevos". Entre la población "asentada", los autóctonos tienen mayor nº de visitas y derivaciones ($p < 0,003$) y menor nº episodios nuevos/persona ($p < 0,001$). En la población "nueva" los autóctonos tienen mayor nº derivaciones (aunque de forma significativa sólo en hombres) y menor nº de episodios ($p < 0,02$).

Conclusión. Los inmigrantes utilizan menos los servicios sanitarios, tanto los "asentados" como los "nuevos".

P32.08 EL LIDERAZGO CLÍNICO, UN MODELO DE ORGANIZACIÓN EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

J. Monedero Boado, M. Llagostera Español, L. Rodríguez Latre, M. Torres Rusiñol y J. Ferro Rivera

SAP Baix Llobregat Centre. Cornellà de Llobregat (Barcelona). Cataluña. Correo electrónico: lrodriguez1.ics@gencat.net

Objetivos de la experiencia. Facilitar en los EAP el desarrollo de profesionales expertos en determinadas áreas que mejoren la capacidad de resolución, la formación en servicio y el trabajo en equipo.

Descripción de la experiencia. En 17 EAP de una área urbana y suburbana con una población de referencia de 380.000 habitantes, se definen áreas de especialidad necesarias para dar respuesta a la patología prevalente atendida (respiratorio, cardiovascular, salud mental, osteoarticular, dermatología) y grupos de población y/o intervención específicos (adolescencia, mayores, comunitaria, PAPPSS, ATDOM). Para cada área de conocimiento y en cada EAP se identifican como referentes MF y enfermera, creándose grupos de trabajo inter centros formados por 34 profesionales. El trabajo del grupo respecto a su área de competencia consiste en la formación/actualización requerida (conocimientos, talleres de habilidades y estadas en otros servicios y/o equipos) y la intervención a realizar con su equipo y/o con otros profesionales. Realizan 5 sesiones de trabajo anualmente. 3 MF y 3 enfermeras de cada grupo constituye comité asesor de cada área de especialidad que se reúne tres veces más anualmente para definir el cuerpo competencial, estrategias de trabajo, revisar actualizaciones y evaluar competencias. Coordinan todos los grupos de referentes y expertos 5 profesionales.

Conclusiones. Mejora actualización propia, formación equipos, redefinición cartera de servicios, revisión circuitos asistenciales, identificación de pacientes y estrategias de intervención según estratificación riesgo, interlocución recursos especializados, investigación. Retorna el liderazgo clínico a los propios profesionales. Mejora la participación en la toma de decisiones y satisfacción de profesionales.

P32.09 MORBILIDAD ATENDIDA EN POBLACIÓN INMIGRANTE COMPARANDO ASENTADA CON RECIÉN LLEGADA

M. Fuertes Goñi, S. Alonso Martínez, R. Izco Salinas, P. García Castellano, M. de Andrés Meneses y J. Uribe Oyarbide

CS Osasunbidea, Instituto de Salud Pública; Universidad Pública de Navarra. Pamplona. Navarra.

Correo electrónico: cfuerteg@cfnavarra.es

Objetivos. Objetivo: Conocer los episodios nuevos atendidos en pacientes autóctonos e inmigrantes y comparar en estos últimos si hay diferencias entre los recién llegados y los ya asentados.

Material y métodos. Se recogió información, de 6 Centros de Salud (CS) que atienden a 86.966 personas (14,43% inmigrantes). Variables: país de origen, edad, género, año de llegada a España, considerando "asentados" a los datos de alta en el sistema sanitario antes del 2005 y "nuevos" a los del 2005-2006. Se analizaron los episodios nuevos por los que acudieron en 2006 (211.555), por grupos de edad y sexo. Se depuraron 11.479 por diferentes errores. Se utilizó programa informático OMÍ y base de datos access. Programa estadístico SPSS.

Resultados. En el 2006 habían contactado con CS 82% de autóctonos y un 72,4% de inmigrantes. La procedencia mayoritaria era Ecuador. El 70% de 25-44 años, índice de masculinidad = 1,09. El episodio más frecuente en autóctonos e inmigrantes, fue "Infecciones Respiratorias Agudas" (IRA). Analizando el 60% de los episodios por edad, algunos sólo aparecen en autóctonos: en < 15 años el episodio "actividades preventivas"; en 15-44 años "tabaquismo"; en 44-65 años "molestias garganta". Agrupando los episodios que pueden indicar patología psicosomática, esta es mayor en inmigrantes, así como la asociada a posible origen laboral. Por grupos CIAP son más frecuentes en inmigrantes los problemas sociales y del sistema nervioso, y en mujeres los ginecoobstétricos. En autóctonos son más frecuentes los problemas psicológicos, auditivos y metabólicos.

Conclusión. Los inmigrantes, sobre todo los "asentados", consultan por problemas parecidos a los autóctonos. Los "nuevos" sobre todo por "problemas administrativos". En los episodios más frecuentes, para ambos grupos el 1º IRA, y algunos sólo aparecen en autóctonos, como los de preventivas o tabaquismo. En inmigrantes son más frecuentes problemas psicosomáticos, laborales y ginecoobstétricos.

P32.10 LA CONTROVERSIAS DE LA HIPERFRECUENTACIÓN O DE CÓMO DEFINIR E IDENTIFICAR A NUESTROS PACIENTES SOBREUTILIZADORES

A. Alberquilla Menéndez-Asenjo, M. Gil de Pareja Palmero, R. Iglesias Rodríguez, A. Camacho Hernández, L. Rodríguez García y J. Muñoz González

Gerencia de Atención Primaria del Área 11 del Servicio Madrileño de Salud. Madrid. Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: aalberquilla.gapm11@salud.madrid.org

Objetivos. Comparar el volumen de pacientes hiperfrecuentadores (PHF) detectados y el comportamiento de indicadores de sobreutilización elaborados utilizando diferentes criterios de definición y métodos propuestos en la literatura.

Material y métodos. Pacientes atendidos por facultativos en un área de atención primaria durante 2007. Partiendo de la información registrada en agendas e historias clínicas informatizadas seleccionamos PHF utilizando 4 criterios diferentes: A) Más de 12 visitas/año; B) Superar percentil 75; C) Sobreponer media más 2 desviaciones estándar para su grupo de edad; D) Ajustando por comorbilidad según Adjusted Clinical Groups (ACGs). Se calculan Tasas de Hiperfrecuentación (TH, generales y específicas por edad) y Proporción de Hiperfrecuentadores (PH) según grupos de edad para cada criterio. Razón de tasas para cuantificar las diferencias.

Resultados. Se estudian 490.000 pacientes atendidos en 35 centros. Para cada criterio los indicadores fueron: A) TH.-190,68%; PH \geq 65.-41,90%. B) TH.-259,13%; PH \geq 65a-39,22%. C) TH-44,59%; PH \geq 65a-19,04% D) TH-389,98%; PH \geq 65a-26,70%. La razón de TH entre extremos resultó 8,75 (criterio D vs C).

Conclusión. Las mayores tasas se obtuvieron tras ajustar por comorbilidad. Objetivamos sustanciales diferencias en volumen de PH identificados y comportamiento de indicadores en función de los criterios comparados. La diferencia en TH obtenidas resultó hasta 9 veces para el conjunto de pacientes (12,3 en \geq 65 a). Aquellos criterios que ajustan por edad y comorbilidad ponderan más las edades intermedias mientras los normativos sobreestiman los pacientes ancianos. Es fundamental consensuar criterios de definición y análisis de la hiperfrecuentación buscando la homogeneidad para futuros trabajos.

P32.11 LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO COMO DISPOSITIVO DE APOYO AL HOSPITAL Y A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. EXPERIENCIA DE LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS

M. Medrano Sánchez, M. Jiménez Muriel, B. Ybarra Queipo de Llano, M. Aguilera González, M. Fernández López y J. Melero Bellido

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. Andalucía.

Correo electrónico: isavoebeli@yahoo.es

La Hospitalización a Domicilio (HaD) se reveló desde sus comienzos como modelo organizativo que, primando la continuidad asistencial, servía de apoyo simultáneo al Hospital, mejorando la utilización del mismo, y a Atención Primaria, permitiendo la permanencia en domicilio de pacientes complejos.

Objetivos. Mostrar la actividad, como Dispositivo de Apoyo, de una HaD en un periodo de tiempo significativo, con especial referencia a A. Primaria de Salud.

Material y métodos. Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes de una HaD desde enero 1998 a mayo de 2008, incluidos en una base de datos relacional de uso exclusivo.

Resultados. Se describen número de pacientes, 8.144, sexos (4.407 hombres, 3.680 mujeres), edad media por sexos, rangos, procedencias de los mismos (26,3% desde A. Primaria), estancias generadas (172.650) y E. media (21,2 días), consumo de recursos (116.444 visitas a domicilio), destino de los pacientes (19,6% exitus en domicilio, 18% reingresos hospitalario, de ellos más del 75% de forma programada en los últimos dos años) y frecuentación (6,7 visitas por cada 10 días), todo ello por Grupos Patológicos y evolutivamente en los diez años.

Conclusiones. La HaD constituye un excelente dispositivo de apoyo para la A. Primaria como demuestra su uso cada vez más frecuente (37,1% en 2008) y posibilita la estancia en domicilio de pacientes complejos, con alta mortalidad, asegurando su ingreso, hospitalario, cuando es preciso, en condiciones dignas.

P32.12 HACEMOS NUESTRO PROPIO REGLAMENTO: ELABORACIÓN DE UN REGLAMENTO DE RÉGIMEN INTERNO POR UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

J. Blasco Alvaredo, M. Aizpún Sara, D. Lleixà Lleixà, M. Roig Queral, I. Izquierdo Zaragoza y A. Tordera Queralt

CAP de Ulldecona. Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: maizsar@alumni.unav.es

Objetivos de la experiencia. El Reglamento de régimen interno (RRI) es el marco escrito de la forma de organización del equipo de atención prima-

ria (EAP) adaptado a las particularidades del territorio. Objetivo: elaboración de un RRI con la participación de los profesionales del área básica de salud (ABS).

Descripción de la experiencia. -Se forma, a propuesta del equipo directivo, una comisión de elaboración del proyecto compuesta por personal médico, enfermería y de gestión; -Durante dos meses (10 reuniones) se trabajó sobre un guión facilitado por la dirección territorial, adaptándolo a nuestra ABS; -Una vez definido el proyecto se incorpora al trabajo el equipo directivo (3 reuniones); -Posteriormente se solicita a todos los miembros del EAP que presenten alegaciones; -Se presentan 35 alegaciones/ aclaraciones, se incorporan la mayoría al RRI, reservándose algunas para discutir en EAP; -Se organiza una jornada de trabajo en la que participan todos los miembros de la ABS. Se presenta el RRI, debatiéndolo y votando las alegaciones: -Atención conjunta médico/enfermera en atención continuada; -Equilibrio de carga de trabajo en turno mañana/tarde; -Acceso equitativo a la formación continuada; -Registro de atención a usuarios desplazados; -Asignación de turnos en plazas nuevas; -Otras; -Se envía el RRI a recursos humanos para su revisión.

Conclusiones. El RRI mejora la organización del EAP. El conocimiento de las normas internas por parte de los trabajadores unifica criterios. Su elaboración por personal del ABS, por una parte implica a los profesionales, facilitando el cumplimiento y por otra se adapta a su idiosincrasia, haciéndolo más funcional.

P32.13 ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN DOS EAP: EXPERIENCIA DE UN AÑO DE CONSULTA DE ENDOCRINOLÓGIA EN EL CAP

Z. Herreras Pérez, A. Pérez, A. Pereira Rosalén, E. Ortega y J. Ferrer

EAP Capse Rosselló; EAP Capse Casanova; Hospital Clínic.

Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: herreras@clinic.ub.es

Objetivos de la experiencia. Análisis y evaluación de la actividad de una consulta de Endocrinología semanal en dos Equipos de Atención Primaria (EAP) urbanos.

Descripción de la experiencia. 2 EAP con una población asignada de 73.255 pacientes. Historia clínica informatizada, se utiliza el sistema OMI-AP. El centro trabaja en el marco de la Calidad y Gestión por Procesos. Consulta de Endocrinología un día a la semana en cada EAP, con un especialista (E) asignado. El (E) realiza 14 visitas/día. Desde marzo/07 a marzo/08 los (E) han realizado 502 primeras visitas y 872 sucesivas. Los motivos de consulta remitidos más frecuentes son 112 diabetes mellitus tipo II, 108 hipotiroidismo. Tras las visitas el (E) permanece en el Centro para realizar consultoría directa con los Médicos de Familia (MF) sobre pacientes concretos. Los (E) han realizado 4 sesiones clínicas durante este año sobre temas propuestos por los MF.

Conclusiones. -En un año se ha reducido la lista de espera de 12 a 3 semanas; -Mayor agilidad en el diagnóstico de patología endocrina severa; -Al trabajar con la misma historia clínica la información es compartida, se reducen los errores, duplicidad de fármacos y efectos secundarios en tratamientos, se optimizan pruebas complementarias; -La consultoría ha reducido el número de vistas sucesivas al (E); -Los profesionales y los pacientes perciben mayor calidad en la asistencia; -Se fomenta la formación continuada a los MF y creación conjunta de guías y protocolos de actuación consensuados.

Sesión 33

Viernes, 21 de noviembre. 12.00-13.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Proyectos de investigación

P33.01 INTERVENCIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES SOMATIZADORES

A. López García-Franco, F. Caballero Martínez, M. Barajas Gutiérrez, L. Losada Cuco, A. Rodríguez Cardoso y T. Rodríguez Monje

Gerencia de Atención Primaria del Área 9 del Servicio Madrileño de Salud. Madrid. Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: alopez.gapm09@salud.madrid.org

Objetivos. Evaluar la efectividad de una intervención grupal cognitivo conductual, junto con la aplicación de normas de buena práctica clínica, frente a la práctica clínica habitual para mejorar la calidad de vida, medida con el SF-12, en pacientes con síntomas somáticos atendidos en atención primaria.

Material y métodos. Diseño: ensayo clínico aleatorizado en grupos y evaluación ciega de la variable respuesta principal. Población: pacientes entre 18 y 65 años con ≥ 2 síntomas somáticos no explicados medicamente en los últimos 6 meses, que hayan consultado en el último año al menos 10 veces, por motivos relacionados con sus síntomas. Tamaño muestral: calculado para detectar una diferencia del 20% (50% grupo intervención y 30% grupo control) en el porcentaje de pacientes que mejoran ≥ 4 puntos en el área de salud mental del SF-12, error alfa de 0,05, error beta de 0,20 y un efecto diseño de 1,5, sobreestimándose las perdidas en un 15%. n = 355 pacientes, 178 en cada rama de estudio seleccionados por asignación aleatoria. Determinaciones: variables de respuesta principal: calidad de vida (cuestionario SF-12). Variables de respuesta secundaria: número de visitas realizadas, número de fármacos/mes y número de días de incapacidad laboral transitoria (ILT). Otras variables descriptivas. Análisis estadístico: análisis de efectividad principal, por intención de tratar. Se realizará una comparación de los porcentajes de pacientes que mejoran en 4 o más puntos en el área de Salud Mental del SF-12 a los 6 y 12 meses en ambos grupos mediante el test Chi-cuadrado, y se calculará el Intervalo de confianza de la diferencia. Se llevará a cabo un ajuste de la estimación por los factores pronósticos mediante regresión logística, siendo la variable dependiente la mejora en la puntuación de Salud Mental, y la variable independiente el grupo al que pertenece. Análisis de efectividad secundario. Para cada una de las variables de respuesta secundaria se compararán según el grupo asignado, mediante las técnicas estadísticas correspondientes según tipo de variable y de distribución. Limitaciones del estudio: la falta de potencia de este tipo de ensayos aleatorizados por grupos es subsanada por un incremento en el tamaño de la muestra. Imposibilidad de realizar un diseño doble ciego. No obstante se ha respetado el enmascaramiento en la evaluación de la respuesta, y la variable dependiente permanece ciega para el médico que realiza la intervención dado que el cuestionario es autocomplimentado y se entrega a la unidad administrativa del centro. Con el fin de minimizar las pérdidas durante el seguimiento, se llamará a los pacientes por teléfono para recordarles la cita para la evaluación a los 6 meses.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Proponer una herramienta eficiente, multidisciplinar y con un enfoque biopsicosocial que puede disminuir la variabilidad en la práctica clínica del paciente somatizador. Se podría evitar la cronificación de los síntomas somáticos y la mejora de la calidad de vida de los pacientes y de los profesionales que los atienden.

Aspectos éticos-legales. Se informará al paciente y se le solicitará consentimiento informado por escrito. Su aceptación se registrará en la historia clínica del paciente.

P33.02 DESIGUALDADES SOCIALES EN DIABETES TIPO 2

B. Pascual de la Pisa, C. Márquez Calzada, M. Arabal Trigueros, C. Cuberos Sánchez, M. Benítez Cambra y V. Cuberos Fernández

Unidad de Investigación del distrito Aljarafe, Servicio Andaluz de Salud. Camas (Sevilla). Andalucía.

Correo electrónico: beatriz.pascual.pisa@gmail.com

Objetivos. Analizar la relación entre la prevalencia de diabetes tipo 2 (DM2), de sus factores de riesgo y complicaciones con determinantes de desigualdad social; Determinar el conocimiento sobre manejo de diabetes y autocuidado en la población estudiada; Comparar los niveles de calidad de vida y satisfacción en los distintos grupos de estudio; Estimar la utilización de recursos sociosanitarios por las personas con DM2.

Material y métodos. Diseño: descriptivo transversal. Ámbito: distrito de Atención Primaria de Salud. Por cuestiones operativas, se agruparán los 34 municipios en 3 grupos según tamaño poblacional (menor 3000 habitantes, entre 3.000 y 10.000; mayor de 10.000) y tras un muestreo aleatorio se seleccionarán 3 pueblos de cada grupo. Sujetos: adultos diagnosticados de DM2 independientemente a la morbilidad. Criterios de exclusión: Imposibilidad para contactar en consulta o por teléfono, o a través de un familiar o conocido; Negativa a participar. Tamaño muestral: para comparación de proporciones, para un alfa del 5%, un potencia beta del 80% un valor esperado de p1 de aproximadamente 50% y una dife-

rencia mínima p2 al menos 5% resulta 449 sujetos más un 20% de posibles pérdidas. Muestreo aleatorio mediante software libre. Mediciones: edad, género, lugar de origen, estatus socioeconómico, nivel educativo, recursos sociosanitarios utilización y satisfacción de los mismos; antecedentes médicos, hábito tabáquico, complicaciones relacionadas con DM2, tratamiento, tensión arterial, índice de masa corporal, HbA1c, perímetro cintura, inspección miembros inferiores. Cuestionarios: test de Fagerstrom, actividad física, ECODI, EsDQOL. Fuentes de información: historia clínica digital, entrevista estructurada. Análisis estadístico: medidas de tendencia central y de dispersión. Análisis de normalidad. Test de contraste de hipótesis según naturaleza de las variables; Análisis de regresión logística múltiple, para el cálculo de Odds Ratio y sus intervalos de confianza al 95% de la prevalencia de DM2 según nivel socioeconómico y de los factores de riesgo, variables de control y complicaciones de la DM2 también según nivel socioeconómico. Limitaciones: dado que el estudio no es de base poblacional, queda la incertidumbre que los pacientes que presenten mayores problemas de desigualdad social sean aquellos que no pertenezcan al sistema sanitario público o que no estén registrados en este como diabéticos.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Conocer la existencia de desigualdades sociales en salud permitirá una correcta planificación y gestión de la asistencia sanitaria; se detectarán las causas y repercusiones de la desigualdad permitiendo actuaciones que mejoren la situación de los desfavorecidos. Para ello se analizará factores como el nivel de conocimientos y la calidad de vida percibida con el propósito de analizar las repercusiones que la privación puede tener tanto en el manejo de diabetes como en la satisfacción social del sujeto.

Aspectos éticos-legales. El presente estudio cumple con la normativa legal vigente y ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica de referencia. Se obtendrá el consentimiento del paciente para su participación. Se garantizará la confidencialidad de los datos y su uso exclusivamente para los objetivos del estudio.

P33.03 PROGRESIÓN DE ALBUMINURIA A 10 AÑOS EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 Y RELACIÓN CON EVENTOS CARDIOVASCULARES

B. Pascual de la Pisa, C. Márquez Calzada, M. Arabal Trigueros, C. Cuberos Sánchez, M. Benítez Cambra y V. Cuberos Fernández

Unidad de Investigación del distrito Aljarafe, Servicio Andaluz de Salud. Camas (Sevilla). Andalucía.

Correo electrónico: beatriz.pascual.pisa@gmail.com

Objetivos. Determinar la incidencia de accidentes cerebro vascular y cardiovascular (ACV) en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) y su relación con la progresión de micro y macroalbuminuria y el grado de control metabólico, a 10 años en presencia de otros factores de riesgo.

Material y métodos. Diseño: cohortes prospectivas. Ámbito: Centro de Salud periférico de Atención Primaria. Criterios de inclusión: personas con DM2 incluidas en proceso desde 1998 (n = 1498) distribuida en dos cohortes según la presencia de albuminuria. Se excluirán los sujetos con enfermedad sistémica o grave que comprometa la vida de la persona por causa no relacionada con la diabetes y el diagnóstico de algún tipo de nefropatía no relacionada con DM2. Muestreo: estratificado por cupo médico, con afijación proporcional, mediante muestreo aleatorio simple. Para un nivel de confianza del 95% y una potencia del 80%, basándonos en datos previos (el 20% de los pacientes presentan un control glucémico malo: relación no expuestos/expuestos 4:1) y suponiendo 4 veces más frecuente la presencia de microalbuminuria en el grupo expuesto, el tamaño necesario será 240 (192 no expuestos y 48 expuestos), añadiendo un 20% de pérdidas. Variables de resultado: eventos cardiovasculares (ángor de inicio, infarto de miocardio, muerte súbita, accidente isquémico transitorio, ACV o amputación de extremidades inferiores) y fallecimiento por otras causas relacionadas o no con DM2. Variables independientes: edad, género, control glucémico, años de evolución de DM2, índice de masa corporal, índice cintura cadera, control de tensión arterial, grado de control lipídico, progresión de albuminuria y variación respecto a la primera determinación, hábito tabáquico y alcohol, tratamiento de la diabetes, hipertensión y dislipemia. Fuentes de información: entrevista estructurada presencial y/o telefónica a los sujetos o familiares de los fallecidos; historia clínica informática; Conjunto Mínimo Básico de Datos, Instituto Nacional de Estadística a través del Boletín estadístico de defunción. Análisis estadístico: análisis descriptivo de variables; pruebas de normali-

dad; tests de contrastes; regresión lineal múltiple para la variación del nivel de microalbúminuria; regresión logística para determinar el valor predictivo del control metabólico en presencia de otros factores de riesgo (posibles variables confusoras) en la aparición de variables resultados. Limitaciones: prevemos dificultad en la recaptación de los sujetos que será minimizada con la entrevista con su médico de familia y el acceso a las fuentes descritas. Existen diferencias en la certificación de la diabetes cuando se asocia a otros procesos como cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal, etc. siendo frecuente que no figure como causa básica de defunción.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Pretendemos aportar evidencia a la relación de la evolución de la microalbúminuria en la DM2 y/o relación con la presencia y evolución de accidentes cerebrovasculares y cardiovasculares, lo que permitirá definir futuras estrategias de intervención.

Aspectos éticos-legales. El protocolo cumple con las recomendaciones de buenas prácticas clínicas y Declaración de Helsinki. Se asegurará la confidencialidad y uso de los datos para los objetivos planteados en el mismo.

P33.04 RIESGO DE DESARROLLO DE LA DIABETES MELLITUS 2: IDENTIFICAR PARA ACTUAR Y ACTUAR PARA PREVENIR

I. Rosendo y T. Pascoal

CS de Eiras; CS Norton de Matos. Coimbra, Lisboa. Portugal.
Correo electrónico: inesrcs@gmail.com

Objetivos. Identificar usuarios diabéticos, con cambios de la tolerancia a la glucosa y con riesgo aumentado de desarrollar diabetes en Centros de Salud de la región centro de Portugal. Verificar si compensa realizar la estratificación del riesgo en Atención Primaria. Verificar si tiene ventajas desarrollar un seguimiento específico para prevenir la diabetes en el Centro de Salud para los usuarios de riesgo intermedio o elevado.

Material y métodos. Diseño: estudio experimental, longitudinal, prospectivo (con componente inicial observacional y transversal). Muestra: 450 usuarios seleccionados aleatoriamente entre los pacientes de 15 médicos de cabecera que recurren a la cita en el período de tiempo definido (mayo y junio - pre-test - y julio y agosto de 2008). Lugar de realización: 6 Centros de Salud (pre-test) y 12 Centros de Salud de la región Centro de Portugal. Mediciones: aplicación por el investigador de cuestionario de riesgo de desarrollo de diabetes (FINRISK traducido al portugués) y estratificación del riesgo de diabetes de acuerdo con puntuación (bajo riesgo ≤ 11 , riesgo intermedio 12-14, alto riesgo ≥ 15). Medición de glucemia y prueba de tolerancia a la glucosa. Intervenciones: intervención breve en la cita a todos los usuarios que se incorporen al estudio. Randomización de usuarios con riesgo intermedio y elevado en 2 grupos: uno control y otro en el que hará una intervención activa para prevenir la diabetes: 4 citas de 2 en 2 meses de motivación para adopción de costumbres alimentarias y de ejercicio físico saludables. Análisis estadístico: caracterización de los usuarios diabéticos o con alteraciones del metabolismo de la glucosa identificados, verificar asociación entre algunos factores y resultados analíticos de estos usuarios, verificar si hay cambio estadísticamente significativo del riesgo de desarrollar diabetes un año después, tras una intervención activa vs intervención breve para la prevención de la diabetes, utilizando los programas Excel y SPSS 10. Limitaciones del estudio: hacer sólo un año de intervención e hacer la reevaluación justo un año después de la intervención. Sería interesante hacer la reevaluación 10 años después, haciendo una intervención más prolongada. La población del estudio es de conveniencia: los usuarios de la cita de los médicos tutores de los residentes investigadores.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Si se identifican los individuos con diabetes o cambios en el metabolismo de la glucosa mediante la aplicación de lo cuestionario de riesgo de desarrollo de diabetes, será interesante su aplicación en Atención Primaria. Si la intervención específica en la prevención de la diabetes, realizada por los médicos de Atención Primaria en el centro de salud, tiene un impacto positivo de reducción del riesgo en comparación con la intervención breve en la cita, debería recomendarse hacerlo en todos los Centros de Salud.

Aspectos éticos-legales. Se pediría a los pacientes si quieren participar en el proyecto, indicando las condiciones antes de empezar. Todos los pacientes, cualquiera que sea el riesgo, tendrán una intervención breve en la cita sobre la prevención de la diabetes.

P33.05 ACTITUDES Y OPINIONES DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA ESPAÑOLES FRENTA A LA DEPRESIÓN Y LOS FACTORES QUE PUEDEN INFLUIR EN SU PRÁCTICA CLÍNICA

E. Aragón Benaiges, A. López Santiago, M. Veleiro Tenreiro, D. Eichelbaum Sánchez, M. León Sanromá y F. del Río Fernández

Grupo de Trabajo Salud Mental de semFYC. Multicéntrico. Cataluña.
Correo electrónico: asensiols@ono.com

La depresión es el problema de salud mental más prevalente y relevante en atención primaria.

Objetivos. Explorar las actitudes y opiniones de los médicos de familia españoles sobre la depresión, su manejo y factores que influyen en su práctica clínica. Diseñar, construir y validar un cuestionario sobre actitudes y necesidades de médicos de familia ante la depresión.

Material y métodos. Constará de tres fases: 1. Estudio cualitativo, con metodología de grupos focales. El estudio cualitativo tiene una doble finalidad: -Explorar las opiniones y vivencias de los profesionales y establecer hipótesis de trabajo para diseñar intervenciones, organización y planificación para mejorar la atención; -Construir y validar un cuestionario sobre actitudes, conocimientos y necesidades organizativas de los médicos de familia respecto a la depresión. Se convocarán 6 grupos focales en diferentes CCAA. En cada grupo participarán 6-10 médicos reclutados por conveniencia. Las reuniones se grabarán para posterior transcripción y análisis. Se procederá a una categorización y agrupación de la información, utilizando el procedimiento de triangulación para la concordancia ciega. 2. Diseño del cuestionario. Tras revisar la bibliografía y el análisis de los grupos focales, se seleccionarán los constructos del cuestionario (actitudes, conocimientos, opiniones, análisis de recursos, valoración de necesidades...), a partir de las cuales se elaborará una versión previa del cuestionario. Una muestra piloto de 10-15 médicos de familia realizará una valoración cualitativa de cada pregunta y del cuestionario en su conjunto (comprensión, claridad, significado y nuevas aportaciones). La versión final del cuestionario se someterá a validación con 80-100 médicos. Mediante análisis factorial se seleccionarán aquellas preguntas que se agrupen en factores que coincidan con los constructos inicialmente definidos y se determinará la consistencia interna (alfa de Cronbach). 3. Estudio cuantitativo. Utilizando el cuestionario previamente diseñado se realizará una encuesta postal/telemática a una muestra aleatoria estratificada por CCAA de médicos socios de SEMFYC (n = 1000).

Aplicabilidad de los resultados esperados. Estudio enmarcado en investigación de servicios de salud, orientado a mejorar los modelos formativos, organizativos y de atención a pacientes con depresión.

Aspectos éticos-legales. El grupo entregará un Documento a los participantes, con un compromiso de confidencialidad.

P33.06 RIESGO DE HIPOACUSIA ASOCIADO AL USO DE CASCOS DE SONIDO EN POBLACIÓN DE 12 A 15 AÑOS DEL ÁREA BÁSICA DE LA GAVARRA

C. Rodríguez-Quevedo, C. Vilamala Serra, C. Báñez Martín, M. Martí Nogué, J. Toll Clavero y J.C. Hernández Clemente

EAP La Gavarra. Cornellà de Llobregat (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: carmen.rodriguezq@campus.uab.es

Objetivos. -Determinar la prevalencia de uso de cascos de sonido en población de 12 a 15 años de nuestra área de referencia; -Determinar las variaciones microeconómicas de los cascos más frecuentemente usados en la población de referencia; -Determinar los factores asociados a las alteraciones auditivas en la población estudiada; -Determinar la asociación del uso de cascos de sonido con alteraciones audiométricas.

Material y métodos. Diseño: cohortes, con cohorte dinámica. Lugar: escuelas de Cornellà de Llobregat. Población: adolescentes de 12-15 años que estudian en colegios del ámbito de influencia del CAP La Gavarra. Muestra: por estratos. Criterios de inclusión: todos los niños que acepten participar en el estudio con consentimiento informado de sus tutores legales. Criterios de exclusión: niños con patología auditiva previa o con factores de riesgo claros para hipoacusia. Tamaño muestral: 100 niños (potencia 85%, % pérdidas de 25%, significancia al 95%). Metodología: se aplicará un cuestionario inicial para recoger variables de interés y factores de riesgo, se seleccionará la muestra y a los pacientes seleccionados se les realizará un examen clínico inicial, se realizará la entrada y gestión informática de datos, se realizará la valoración audiométrica, se medirán

las frecuencias de sonido de sus cascos personales, se realizará un seguimiento al año, a los 2 años de los pacientes. Se controlaran los cambios de cascos de sonido. Se ha comprometido al Equipo de Física del Sonido de la Universidad de Barcelona, para las determinaciones físicas de emisiones de sonido de los cascos. Análisis estadístico: medidas de tendencia central y dispersión, regresión logística multivariante. Limitaciones: escasos recursos económicos y logísticos.

Aplicabilidad de los resultados esperados. El uso de cascos de sonido empieza a generar recomendaciones sin que exista evidencia que sustente. La población de 12 a 15 años comienza a utilizar cascos de sonido y es por ello de interés, determinar su riesgo sobre alteraciones auditivas. El estudio aportará resultados de gran impacto, útiles para diseñar actividades preventivas promocionales y recomendaciones basadas en la evidencia.

Aspectos éticos-legales. Disociación de datos, utilización de bases de datos disociadas, envíos de información confidencial con contraseña y encriptados, declaración jurada del personal que manejará las bases de datos, consentimiento informado, siempre se permite retirarse del estudio a decisión del paciente y/o tutor legal. Sólo se realizarán mediciones por lo que el proyecto no implica ningún riesgo de salud.

P33.07 FACTORES PREDICTIVOS ASOCIADOS A LA MORBIMORTALIDAD DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. ESTUDIO DE COHORTE (PROYECTO EPOCAP)

C. Orive Lago, B. Laguna Fonseca, G. Arbe Schinkel, S. Watson Illich, J. Baena Díez y M. García Lareo

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

Objetivos. Estudiar factores predictivos asociados a la morbimortalidad de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en atención primaria.

Material y métodos. Estudio de cohorte, prospectivo, emplazado en Atención primaria. Los criterios de selección serán: Pacientes con bronquitis crónica (códigos ICD-10 J41, J42 y J44) y enfisema (códigos ICD-10 J43), al menos con 2 visitas registradas en los últimos 12 meses. Se excluirá a los pacientes con asma, bronquiectasias y enfermedades terminales. Serán seleccionados a partir de la historia clínica informatizada, tras aceptar participar en el estudio y firmar el consentimiento. Mediante un protocolo estandarizado, precedido de una prueba piloto con 25 pacientes se recogerán las siguientes variables predictivas al inicio del seguimiento: edad, sexo, nivel educativo, profesión, calidad de vida (SF-12), capacidad actividad física (cuestionario validado), hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, drogas), comorbilidad (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica, insuficiencia cardíaca, apneas obstructivas), factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia), variables antropométricas (peso, talla, perímetro cintura), forma clínica (bronquitis crónica o enfisema), años de evolución EPOC, enfermedades pulmonares previas (neumonías, tuberculosis, cirugía pulmonar), variables espirométricas (FEV1, CVF, Tiffeneau, FEV 25-75, prueba broncodilatadora), saturación oxígeno, variables bioquímicas (hemoglobina, hematocrito, reactantes de fase aguda), tratamientos EPOC (beta-2 de corta y larga duración, bromuro de ipatropio y tiotropio, teofilina, corticoides, oxigenoterapia), tratamientos farmacológicos depresores respiratorios (benzodiazepinas, opioides), vacunaciones (gripe y neumococo), ingresos previos por EPOC y médicos responsables (atención primaria, neumólogo de zona, neumólogo hospitalario). Durante el seguimiento se analizarán las siguientes variables de respuesta: ingreso hospitalario por reagudización ó descompensaciones atendidas en atención primaria (variable principal), necesidad de tratamiento con antibióticos, corticoides y oxigenoterapia, intensificación del tratamiento broncodilatador, diagnóstico de gripe o neumonía y mortalidad (total y de causa respiratoria). Se realizará un análisis descriptivo de las variables y un análisis de supervivencia mediante regresión de Cox, considerando como variables dependientes a las variables de respuesta y como variables independientes a las variables predictivas al inicio del seguimiento. Se utilizará un nivel alfa de 0,05 en todos los casos. Los posibles sesgos de selección se minimizarán al tratar de reclutar a todos los pacientes de los centros de salud participantes y los sesgos de información mediante la estandarización, el entrenamiento de los encuestadores y un control de calidad en un 20% de los protocolos. Se comprobará si existen

factores de confusión o interacción, ajustando el efecto mediante modelos multivariantes.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Los resultados permitirán conocer mejor la historia natural de la enfermedad y si existen factores, tanto sociodemográficos, como clínicos o de tratamiento que modifican el pronóstico de la enfermedad.

Aspectos éticos-legales. Se solicitará consentimiento informado y el estudio será evaluado por el Comité de ética de la Fundación Jordi Gol i Gurina.

P33.08 PROYECTO PIPA: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIO QUE COMPARA LA ATENCIÓN A LA DEMANDA DEL MISMO DÍA POR MÉDICOS Y ENFERMERAS

B. Iglesias Pérez, F. Ramos Pérez, M. García Serrano, P. Cortes Pérez y M. Grifell Martín

Institut Català de la Salut. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: biglesias@ambitcp.catsalut.net

Objetivos. Comparar la efectividad de la atención realizada por enfermeras respecto la que realiza de forma habitual el médico en los pacientes adultos que solicitan ser visitados el mismo día en Equipos de Atención Primaria (EAP).

Material y métodos. Diseño: ensayo clínico aleatorio (ECA), sin enmascaramiento, dos grupos paralelos. Ámbito: Atención Primaria. 142 EAP (área urbana/metropolitana). Selección de profesionales: se ofrece participar a todos los médicos y enfermeras integrados en la red reformada (1.500 médicos y 1500 enfermeras aproximadamente). Período: 3 años (01/01/2007-31/12/2009). Sujetos: ≥ 18 años que solicitan ser atendidos el mismo día en los centros de salud participantes, que cumplen todos los criterios de inclusión y ninguno de exclusión y que dan su consentimiento. Inclusión: estar asignado; presentar algún motivo incluido (quemaduras, heridas, diarrea aguda, lumbalgia, síntomas respiratorios agudos leves, odinofagia o molestias al orinar). Exclusión: ADVP, estado grave, anticoagulación, IMAO, antecedentes de enfermedad grave; embarazo; lactancia; hospitalización reciente; dificultad de seguimiento; atención continuada, domiciliaria o telefónica; inclusión o atención anterior. Tamaño y selección de muestra: bioequivalencia entre dos proporciones: 2.154 pacientes (1.077 en cada grupo). Serán necesarios como mínimo 40 profesionales para garantizar la variabilidad interprofesional. Aleatorización: simple. Se incluirán sujetos de manera consecutiva hasta el número necesario. Una vez dado el consentimiento, será asignado al grupo, según tablas de asignación. Reclutamiento: 01/01/2009-31/04/2009. Intervención: los pacientes del grupo intervención serán atendidos por enfermeras. Se han elaborado guías de actuación para los motivos incluidos, un aplicativo de ayuda a la decisión y se ha formado a las enfermeras en la resolución de estos problemas. El control será atendido por médicos de familia habitualmente. Variables principales: resolución de síntomas (sí/no); satisfacción del paciente (escala 0-10) a las 2s. Se incluyen otras variables secundarias y co-variables. Fuentes: historia clínica informatizada; cuestionario en visita; encuesta telefónica (15 días). Análisis: por intención de tratar. Para comparar la efectividad entre los grupos se realizarán modelos multinivel logísticos o lineales, realizando correlación intracase. Limitaciones: aunque es un estudio pragmático, su validez externa tiene limitaciones inherentes a los ECA y la intervención podrá ser generalizada a enfermeras motivadas y bien formadas. El tema es actual y debatido. Institucionalmente es un objetivo estratégico, lo que puede favorecer, pero también dificultar, su desarrollo. Estado actual: han dado consentimiento a participar 42 EAP (202 enfermeras; 170 médicos de familia y 57 administrativos). Para seleccionar los problemas, se analizaron las visitas del 2006 de todo el territorio. Un grupo multidisciplinar elaboró las guías, actualmente editadas. Se diseñó un aplicativo informático de ayuda a la decisión, operativo en octubre 2008. Actualmente se está realizando la formación teórico-práctica de enfermería.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Creemos que los resultados permiten avanzar sobre diversos aspectos añadiendo evidencia a las decisiones de gestión: eficiencia para el sistema, cambios organizativos basados en pruebas, adaptación a las demandas poblacionales.

Aspectos éticos-legales. El estudio ha sido aprobado por el CEIC, registrado en la web del "U.S. National Institutes of Health". La protección de la salud de los sujetos será garantizada con la protocolización y el aplicativo de ayuda a la decisión clínica.

P33.09 IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

S. López Rojo, L. Redondo Romero, C. Fructuoso Miralles, C. Alfonso Cano, M. Martínez Villalba y M. Sánchez López

CS San Andrés, Murcia. Murcia.

Correo electrónico: sara_rojo@msn.com

Objetivos. 1. Valorar si los pacientes conocen la posología de la medicación prescrita y la toman de forma correcta. 2. Determinar si han recibido una información clara por parte de su médico. 3. Detectar los problemas relacionados con el cumplimiento terapéutico y el proceso de comunicación médico-paciente.

Material y métodos. Diseño: descriptivo, transversal. Población a estudio: pacientes mayores de 18 años que acuden a la consulta de un centro de salud docente urbano, entre septiembre y noviembre de 2008 que hablan y/o entienden castellano y que se les haya prescrito algún fármaco en dicha consulta. Criterios de exclusión: -Pacientes que no precisa tratamiento farmacológico; -Cuidador o familiar que acude a consulta sin el paciente; -Pacientes con trastornos psíquicos o enfermedades neurológicas que objetivamente presentan deterioro del nivel cognitivo; -Pacientes que rechazan participar en el estudio. Muestreo: de una población de 10.000 personas pertenecientes a 7 cupos docentes, seleccionamos de forma aleatoria una muestra de 370 pacientes (intervalo de confianza del 95%). Intervención: se utiliza una encuesta de 6 preguntas extraídas de un cuestionario validado (Proyecto PROSPER-S: Patient Reports on System Performance). La administran 3 médicos residentes de familia de 4º año, captando al paciente al salir de la consulta, indicándole que escoja el fármaco prescrito que considere más importante. Los médicos titulares desconocen el día que se entrevista a sus pacientes. Variables: -Edad, sexo y años de servicio del médico titular; -Hora de realización de la encuesta; -Minutos en consulta del paciente encuestado; -Existencia de instrucciones por escrito; -Variables del paciente: edad, sexo, estado civil, nacionalidad, nivel de estudios (ninguno, básicos, medios y superiores). Se obtiene de la historia clínica la presencia de enfermedad crónica (cardiopatía isquémica, diabetes, EPOC, hipertensión y artrosis) y frecuenciación en el último año. Análisis estadístico: -Se realiza una estadística descriptiva de todas las variables obteniendo la distribución de frecuencias. Para las variables cuantitativas se calculan parámetros característicos: media, mediana, desviación típica, máximo y mínimo; -Las comparaciones entre grupos de variables cuantitativas se realizan mediante contraste de igualdad de medias con el test de la t-Student; -Las comparaciones entre grupos de variables cualitativas se realizan mediante contrastes de igualdad de proporciones con el test de la χ^2 de Pearson. Limitaciones del estudio: -La no realización de la encuesta a pacientes que recogen sus recetas crónicas en el mostrador; -Datos no recogidos en la historia clínica; -Falta de concordancia entre los entrevistadores (se realiza el índice kappa).

Aplicabilidad de los resultados esperados. Analizar los grupos de población que presentan mayor dificultad en el cumplimiento terapéutico, identificar las posibles causas de la no comprensión del mismo y detectar posibles intervenciones para mejorarlo.

Aspectos éticos-legales. Al no ser un estudio intervencionista, sino observacional pretendemos describir una realidad social con la finalidad de obtener una mejoría.

P33.10 EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD CLÍNICA DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Melguizo Jiménez, P. Martín Moreno, L. López del Hierro Ruiz, S. Duarte Vallejo, I. Barrio Cantalejo, D. Sánchez Mariscal y Grupo TAO en Atención Primaria

CS Almanjaya; CS Cartuja; CS La Chana; UD de MFyC de Granada. Granada. Andalucía.

Correo electrónico: oziuglemm@telefonica.net

Objetivos. Medir el grado de control terapéutico en los pacientes con tratamiento anticoagulante oral (TAO) en Atención Primaria y Hospital, comparándolo con los estándares internacionales de calidad. Evaluar la satisfacción del usuario con el proceso de control de su TAO.

Material y métodos. Estudio observacional analítico de cohorte concurrente en pacientes sometidos a TAO adscritos a tres centros de salud con una misma área hospitalaria de referencia. La población de estudio está constituida por todos los pacientes adscritos a los tres Centros de Salud,

según Base de Datos de Usuarios, que, por cualquier indicación, precisen TAO desde el inicio del estudio hasta los 2 años que durará el seguimiento. La población se subdivide en anticoagulados controlados en el hospital y controlados en atención primaria. Criterios de exclusión: pacientes controlados del TAO en otros Centros de Salud u hospitales por traslado o desplazamiento; pacientes que por fallecimiento, indicación temporal, inicio reciente de la anticoagulación, ingreso hospitalario o complicaciones mayores no hayan completado al menos 6 determinaciones de INR ambulatorias anuales. No se plantea ninguna nueva intervención, tan sólo evaluar el seguimiento del TAO según guías clínicas del Servicio de Hematología y del Centro de Salud. Variables independientes: sociodemográficas, relacionadas con la indicación del TAO y la comorbilidad. Variables dependientes: complicaciones hemorrágicas y tromboembólicas. INR en rango y tiempo efectivo de anticoagulación. Índice sintético de satisfacción adaptado al TAO (modelo SERVQUAL). En el análisis estadístico se comprobará la homogeneidad de las subpoblaciones TAO en hospital y primaria. La comparación de medias según variables cualitativas se hará mediante el test de Student en el caso de la variable dicotómica sexo y con ANOVA en el caso de las variables cualitativas con más de 2 categorías, previa comprobación de los supuestos de aplicación para el mismo. Finalmente se hará el análisis de regresión lineal considerando las variables dependientes y como independientes las variables que en análisis bivariante hayan tenido una significación < 0,20. Estas variables se seleccionaron con el procedimiento de pasos sucesivos. Limitaciones del estudio: es preciso asegurar la comparabilidad de las poblaciones (controlados en Centros de Salud y controlados en el Hospital) al no poder realizarse una asignación aleatoria. El conocimiento de la realización del estudio por los médicos de Atención Primaria y Hospital puede modificar las pautas de actuación.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Se puede demostrar que la efectividad del control clínico en los pacientes con TAO en Atención Primaria es comparable a la conseguida en los estándares internacionales de calidad y en el nivel hospitalario. Con similares resultados clínicos de calidad en el control del TAO, Atención Primaria ofrece como valor añadido mejor accesibilidad, integralidad clínica, continuidad asistencial y satisfacción global.

Aspectos éticos-legales. Se informará a los pacientes del desarrollo del estudio de investigación, de su necesario consentimiento y de que el estudio no supone ninguna modificación de las pautas de actuación clínica. Se evaluará el proyecto por los Comités de Ética e Investigación Clínica del Hospital y del Distrito Sanitario. Los investigadores no utilizarán nombres o datos de identificación.

P33.11 ANÁLISIS DE LAS EXPECTATIVAS Y NECESIDADES ANTE EL FINAL DE LA VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA (PROYECTO KAYROS)

J. Júdez Gutiérrez, A. López Santiago, M. Soler Torroja, P. Gómez Jara, A. Novoa Jurado y M. Martínez Ros

Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria (FFIS); Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria; Servicio Murciano de Salud. Murcia. Murcia.

Correo electrónico: asensiols@onoo.com

Un objetivo de buena práctica y excelencia clínica es el cumplimiento de las "últimas voluntades" de los pacientes. Además es un indicador de la humanización de la atención al final de la vida. La investigación en bioética debe ir cada vez más en la línea de los estudios de intervención en servicios de salud, en este caso en planificación anticipada. Los objetivos de la Planificación Anticipada son: (1) facilitar la toma de decisiones (profesionales, paciente, cuidadores); (2) dar herramientas y oportunidades a los cuidadores-representantes para hablar previamente a que pierdan su capacidad de tomar decisiones; (3) responder con flexibilidad a las necesidades de cada paciente; (4) ofrecer educación sanitaria.

Objetivos. Identificar las necesidades y expectativas de las personas con enfermedades crónicas acerca de la planificación del final de la vida. Identificar las necesidades y expectativas de los cuidadores principales consanguíneos de pacientes con enfermedades que generan dependencia, acerca de cómo planificar el final de la vida.

Material y métodos. Metodología cualitativa con técnica de grupos focales. Convocatoria de 6 grupos focales de pacientes con enfermedades crónicas, en distintas fases de evolución. Convocatoria de 2 grupos focales de cuidadores principales. Los participantes pertenecen a tres centros de sa-

lud. El guion está orientado a identificar: Impacto de la enfermedad en sus vidas; Impacto de la enfermedad en sus familias; Relación y necesidades del sistema sanitario; Planificación del futuro; Periodo del final de la vida; Conocimiento sobre documentos de planificación anticipada. Los grupos son grabados en audio y video, transcritos y analizados por tres miembros del equipo de investigación mediante triangulación, dando como validez el criterio de concordancia ciega.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Los resultados de este estudio permitirán elaborar hipótesis para adaptar a las necesidades de nuestros pacientes y cuidadores las herramientas para la planificación anticipada, procedentes de experiencias internacionales de éxito (el Programa Respecting Choices).

Aspectos éticos-legales. El equipo de investigación incorpora un documento de consentimiento informado para los participantes, adquiriendo un compromiso escrito de garantía de confidencialidad.

P33.12 SITUACIÓN ACTUAL DE LA EPOC EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA. ESTRATEGIAS DE DETECCIÓN

N. Sánchez Ruano, E. Mañes, M. Moreno Ubiedo, P. Miro Botella, E. Sant Arderiu, J. Angrill Paxeras y Grupo de Mejora de Calidad del Consorcio de Atención Primaria de Salud del Eixample

EAP Capse Casanova. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 31806nsr@comb.es

Objetivos. Aumentar la detección de la EPOC en nuestro centro de Atención Primaria dada la baja prevalencia de diagnóstico registrada (1%).

Material y métodos. Lugar: Centro de atención primaria urbano (CAP) de aproximadamente 30.000 habitantes (> 40 años (55%). Diseño: se realizará análisis descriptivo de pacientes fumadores, o ex-fumadores de larga evolución (> 40 años, > 10 paquetes/año, no diagnosticados de EPOC) para la realización de una espirometría de screening en esta población con previsión de la relación coste-beneficio más adecuada al ser la población diana con mayor situación de riesgo de padecer la enfermedad. Intervención: Se enviará al domicilio de los pacientes de riesgo carta informativa sobre la EPOC y la posibilidad de realizar espirometría en el CAP para la detección de la misma si el paciente lo desea. El médico de familia informará a los pacientes interesados que acuden a consulta, y solicitará e interpretará los resultados de la prueba. Variables: sexo, edad, pacientes asintomáticos o sintomáticos, paquetes/año, funcionalismo pulmonar (FEV1, FVC, FEV1/FVC, FEF25-75%, prueba broncodilatadora). Análisis posterior de nuevos casos diagnosticados, o afectación de pequeña vía (SPSS) Se registrarán las posibles pérdidas del muestreo por no-respuesta o criterios de exclusión (pacientes ya diagnosticados, enfermedad concomitante grave, imposibilidad de realización de la prueba). Resultados previos: Población de riesgo pacientes no diagnosticados de EPOC: Fumadores: 40-69 años n: 1783 (16,7%); > 70 a n: 297 (5,2%); Ex-fumadores: 40-69 años n: 487 (4,6%), > 70 años 284 (4,9%).

Aplicabilidad de los resultados esperados. Es previsible un aumento en la detección de la enfermedad que permitirá acciones de educación sanitaria y mayor intervención y refuerzo en el consejo antitabaco e instauración de tratamiento a los pacientes que lo precisen. El diagnóstico precoz junto al abandono del hábito tabáquico y el inicio de las medidas terapéuticas adecuadas constituyen el único medio de impedir la progresión de la enfermedad. Desde Atención Primaria es importante la detección precoz de esta enfermedad en la que existe un largo periodo asintomático en fases iniciales en las que ya existe alteración obstructiva espirométrica y por supuesto la detección de pacientes que ya padecen manifestaciones clínicas de la EPOC.

Aspectos éticos-legales. El estudio se llevará a cabo siguiendo rigurosamente las recomendaciones éticas internacionales para investigación y ensayos clínicos en humanos recogidas en la Declaración de Helsinki.

P33.13 UTILIDAD DEL CRB65 EN EL MANEJO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Carandell Jäger, A. Leiva Rus, M. Esteua Cantó, P. Torán Montserrat, J. Alcántara Pellón y J. Molero García

Gabinet Tècnic Gerència d'Atenció Primària de Mallorca; Unitat de Suport a la Recerca Barcelonès Nord i Maresme; CS de Bollullos Par del Condado; CS San Andrés 3, Àrea 11. Palma de Mallorca, Barcelona, Huelva, Madrid. Illes Balears, Cataluña, Andalucía, Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: ecarandell@ibsalut.caib.es

Objetivos. Principales: 1) Validar capacidad del CRB 65 para predecir severidad de Neumonía Adquirida en la Comunidad en adultos diagnosticados en Atención Primaria (AP). Severidad: ingreso en UCI u hospital, mortalidad a 30 días. 2) Determinar valor pronóstico de saturación de oxígeno, factores sociales, comorbilidad y otros datos a la presentación clínica, en severidad. Secundarios: 3) Determinar influencia de presentación clínica, comorbilidad, imposibilidad de ingesta oral y factores sociales en la decisión del médico de AP de remitir al hospital y/o el ingreso. 4) Evaluar su capacidad para predecir fracaso de tratamiento ambulatorio, reingresos, consulta no programada a servicios de urgencias o de AP y días de baja.

Material y métodos. Diseño: estudio multicéntrico de cohortes prospectivo de NAC incidentes en AP con seguimiento hasta 30 días después del diagnóstico. Lugar: Centros de salud de Baleares, Cataluña, Madrid y Andalucía. Inclusión: Pacientes ≥ 18 años que acuden a AP con confirmación diagnóstica de NAC mediante RX. Exclusión: 1. Desplazados. 2. Pacientes diagnosticados en hospital. 3. Ingreso en los 14 días previos. 4. NAC en terminales. 5. Anomalías clínicas y radiológicas por otras causas: 6. Inmunosupresión. 7. Institucionalizados. Muestreo: para estudiar el poder predictivo del CRB 65 (severa) basándonos en el número de ingresos en la UCI; el CRB 65 presenta sensibilidad del 24,4% y especificidad del 90,3% y el poder predictivo de la escala CRB 65 (leve) de ausencia de ingresos en la UCI; el CRB 65 presentaba una sensibilidad del 99,5% y especificidad del 12, 2%. Se estima una proporción de ingresos en UCI de 4,1%, una precisión del 6%, resultan 991 pacientes, con pérdidas del 10% necesitamos 1.081. Los pacientes que cumplen criterios de inclusión serán invitados a participar en el momento del diagnóstico con consentimiento informado. Mediciones: mediante entrevista revisión historias clínicas AP y hospital. Variables de resultado: ingreso en UCI, ingreso en hospital y mortalidad a los 30 días, días de baja, ingreso sucesivo, reingresos, fracaso tratamiento ambulatorio. Variables independientes: CRB65 (confusión, edad, frecuencia respiratoria y tensión arterial). Fiebre, síntomas, afectación Rx. Comorbilidad, dificultades para ingesta, convivencia, cuidador principal, pulsioximetría, hábitos tóxicos y vacunaciones. A bordaje terapéutico. Valoración subjetiva de gravedad. Análisis estadístico. Objetivo 1.- Se calculará especificidad, sensibilidad, valor predictivo positivo y negativo, coeficientes de probabilidad, curvas ROC. Objetivo 2.- Análisis bivariante con chi cuadrado. Regresión logística entre variables dependientes: ingreso en UCI y hospital, mortalidad a 30 días, y las independientes que en el bivariante muestren una $p < 0,250$, y las presentes en el CRB 65. Limitaciones: 1. Falta de exhaustividad en la recogida de casos y de validez externa; 2. Posibles valores missing en las variables para construir el CRB65; 3. Pérdidas de seguimiento en personas con escaso soporte social; 4. Selección de ingreso en UCI como variable principal en vez de mortalidad; 5. Se tendrán en cuenta los casos en que derivación se realice para confirmación diagnóstica.

Aplicabilidad de los resultados esperados. Permitirá valorar la severidad de una neumonía a la cabecera del enfermo, evitando derivaciones innecesarias.

Aspectos éticos-legales. El proyecto ha obtenido la aprobación de CEIC de Baleares.

Sesión 34

Viernes, 21 de noviembre. 12.00-13.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Miscelánea

P34.01 ¿DEBO HACERME UN PSA? HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES SOBRE EL CRIBADO DE CÁNCER DE PRÓSTATA

J. Sánchez Sánchez, C. Tello Royloa, I. Hidalgo García, E. Ortín Ortín, A. Romero Hoyuela y E. Aguinaga Ontoso

Centro Tecnológico de Información y Documentación Sanitaria, Consejería de Sanidad. Murcia. Murcia.

Correo electrónico: jantonioss@gmail.com

Objetivos. La construcción de la HATD ha sido coordinada por un panel de expertos formado por seis Médicos de Familia, cuatro Urólogos y un especialista de Salud Pública. Ha contado con la realización de: una revisión de fuentes secundarias sobre la efectividad del cribado de CP, tres grupos focales (dos de pacientes diagnosticados de CP y uno con personas que se han realizado un PSA) y un estudio comparativo de HATD ya existentes.

Material y métodos. 144 estudios fueron recuperados a texto completo y analizados por dos investigadores de forma independiente. De la revisión realizada se cuenta con una tabla de evidencias para ser incorporadas en la HATD. Los tres grupos focales fueron analizados por cinco investigadores. Aportaron conclusiones sobre el posicionamiento frente al cribado, la gestión de la incertidumbre y la toma de decisiones, así como del léxico a emplear en la HATD. Nueve HATD fueron recuperadas y se les aplicó la escala de IPDAS, por tres investigadores de forma independiente. Las de mayor calidad, mostraron una mayor concordancia interobservador.

Aplicabilidad de los resultados esperados. El proceso seguido garantiza contar con la evidencia publicada, las opiniones de los pacientes y la experiencia de otras ayudas publicadas. Antes de darle difusión, la HATD será pilotada entre pacientes y profesionales.

P34.02 ¿PODEMOS MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE NUESTROS PACIENTES FIBROMIÁLGICOS?

M. Narváez Ferri, S. Sánchez Casco, R. Ayala Mitjavila,

P. Rosales Espallargas y J. Funes Ortiz

EAP Serraparera. Cerdanyola del Vallès (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: pnar@camfic.org

Objetivos. Demostrar que la intervención sanitaria puede mejorar la calidad de vida de los afectados. Determinar perfil sociodemográfico y sanitario.

Material y métodos. Diseño: estudio intervencionista cuasi experimental antes- después, ABS urbano. Obtenemos datos mediante diagnóstico (M79.0) historia informatizada. Creamos cuestionario recogida datos: Variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, situación laboral), sanitarias (actividad física, tratamiento farmacológico, años diagnóstico). Cuantificación nivel sintomático: Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). Criterios de selección: pacientes puntuación = 75 FIQ. Predeterminamos muestra de 30 para demostrar una diferencia del 20% porcentaje FIQ antes-después, potencia del test 80% IC 95%. EPIDAT. Intervención: 3 visitas de educación sanitaria. 6 meses. No abandonos.

Resultados. 124 pacientes, mujeres 117 (94,4%), hombres 7 (5,7%). Prevalencia 4,7%. Intervención: 29 mujeres/1 hombre, edad 52,9, rango 35-72. 80% casados. Actividad laboral: 8 activos, 5 parados, 6 ILT, 4 jubilados, 7 amas de casa. Actividad física 23%. Años diagnóstico 4,93, rango 1-15 años. Consumo de fármacos 4,03, rango 3-6. 87% analgésicos y antidepresivos simultáneos. FIQ 85,86, rango 75-97,67. FIQ post 81,79, rango 64-91,34; 47% mejoran FIQ, diferencia 8,70, rango 2,8-14,33. Actividad física 54%, consumen fármacos 3,46, rango 2-5.

Conclusión. Elevada prevalencia en nuestro centro. El consumo de fármacos se eleva al aumentar el tiempo de enfermedad, a expensas de antidepresivos y ansiolíticos. La educación sanitaria puede modificar la percepción de la calidad de vida, 47% se objetiva disminución FIQ y aumento de actividad física, disminuyendo el consumo de fármacos.

P34.03 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

L. Pascual Benito, A. Stella, V. Espinal, R. Fernández Vergel, M. Soler Vila y M. Peñarrubia María

CAP Gavà-2. Gavà (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: 28433lpb@comb.es

Objetivos. Describir los tratamientos no farmacológicos (TnF) que utilizan los pacientes con fibromialgia (FM). Describir si se establece alguna correlación entre el uso de TnF y calidad de vida.

Material y métodos. Diseño: análisis descriptivo de un corte transversal de un ensayo clínico (Estudio FibroQoL, entrevista inicial). Ámbito: urbano. Marco: Atención Primaria. Criterios de inclusión: pacientes visitados

por el reumatólogo del centro de referencia, confirmación del diagnóstico según criterios del American College of Rheumatology (ACR 1990), entre 18 y 75 años. Criterios de exclusión: incumplimiento de los criterios diagnósticos, deterioro cognitivo según criterio clínico, enfermedad reumatólogica concomitante grave, esperanza de vida inferior a 12 meses, analfabetismo. Se incluyeron 300 sujetos, aceptaron participar 144, hubo 11 abandonos. Variables: sociodemográficas, historia de la enfermedad, cuestionario sobre el uso de terapia no farmacológica. Método de evaluación: FIQ para evaluar calidad de vida.

Resultados. n = 133, 100% mujeres, edad media 55,22 años. Se observa que el 44% realizaban algún TnF, para éstas la X FIQ = 53,49. En las que no realizaban ninguna TnF la X FIQ = 56,94. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa. El 31,6% realizaban ejercicio físico, X FIQ = 50,74. Entre las que no realizaban ejercicio físico X FIQ = 57,28, con una significación estadística ($p < 0,01$). Otros TnF utilizados fueron: 3% psicoterapia, 6% técnicas de relajación, 12% acupuntura, 17% masajes, 9,1 otros TnF.

Conclusión. La variabilidad de la FIQ no parece alterarse por realizar cualquier TnF, pero sí lo hace, y de forma estadísticamente significativa si el TnF que realizan es el ejercicio físico.

P34.04 ¿CÓMO ACTUAMOS ANTE LA EOSINOFILIA?

J. Pertíñez Mena, M. de Villasante Fuentes, A. Martínez Satorres, T. Clusa Gironella, G. Portela Rosada y V. Mazo Ancochea

ABS Raval Sud; Institut Català de la Salut. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 31315jpm@comb.es

Objetivos. Analizar las actuaciones de los profesionales tras el hallazgo de eosinofilia en análisis de sangre.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de 387 casos con diagnóstico de eosinofilia registrados en historia clínica informatizada de una ABS situada en área urbana socioeconómicamente deprimida con 50% de población extranjera. Variables: edad, sexo, país-origen, viajes en 3 años anteriores. Motivos de petición analítica. Petición coproparasitológicos, número-muestras, lugar realización, resultados. Derivaciones a unidad especializada. Tratamiento. Controles postratamiento.

Resultados. Hombres 73,1%, edad media momento detección eosinofilia: 35 años (IC95%: 33,7-36,4). País-origen: 40,8% Pakistán, 12,9% Ecuador, 8,5% Bangladesh, 5,9% España. Últimos 3 años: viaje > 3 meses: 58%, < 3 meses: 6,5%. En extranjeros: mediana tiempo de estancia hasta detección: 2 años (P25-75: 1-4). Recién llegados: 71,1%. Motivos petición analítica: 51,9% control, 8,5% astenia-anorexia, 7,2% rinitis-asma-alergia, 6,2% dolor abdominal. Coproparasitológicos solicitados: 80,4% (con diarrea: 100%, dolor abdominal: 100% ($p < 0,05$)). Media número-muestras: 2,27 (IC95%: 2,16-2,37). Realización en laboratorio referencia: 59,5%, en unidad especializada: 28,8%, hallándose mayor número resultados positivos en ésta ($p = 0,00$). Resultados: positivos (anquilostoma 17,1%, giardia 14%, E. coli 11,6%, B. hominis 8,5%, Ascaris 6,2%): 23,5% patógenos, 11,4% no patógenos. Negativos: 47,6%. No realizados: 12,7%. Resultados positivos: tratados 63,3% (patógenos: 80,8%), no necesitan tratamiento: 22,4%. Derivación a unidad especializada para valoración: 33,7%. Controles postratamiento: coproparasitológicos 1 mes después: 28% (positivos: 17,6% (3)); analíticas 3 meses después: 41% (positivas: 28% (7)). De los negativos: 23,7% se repiten coproparasitológicos, 13,8% derivados, 31,9% tienen otros motivos eosinofilia.

Conclusión. Deberían solicitarse coproparasitológicos en todos los casos y con 3 muestras según nuestro protocolo, aunque no se hallan diferencias de resultados en función de este número. Un 19,2% de positivos-patógenos no reciben tratamiento. Se hallan pocos positivos: podría significar mayor necesidad de derivación (sobre todo negativos) a unidades especializadas para iniciar-proseguir estudio. Mayor número de positivos en laboratorio especializado posiblemente por inexperience del laboratorio convencional o sesgo de selección. Deberían hacerse más controles post-tratamiento para comprobar curación.

P34.05 TAICHÍ EN UN ABS: EN BUSCA DEL CHI

M. Ballester Torrens, J. Morro Pla, R. Calderer Cardona, M. Mullol Tarragona, C. Llamas Urrutia y R. Cañada Momblan

CAP Ramon Turró. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: maramagnum@terra.es

Objetivos de la experiencia. Conocer los beneficios de la técnica del taichí en sesiones voluntarias y autofinanciadas por el propio personal del centro de salud dentro de la jornada laboral.

Descripción de la experiencia. Tras una encuesta realizada al personal para realizar un sondeo sobre las necesidades de formación del centro, surge por parte de muchos miembros del equipo el interés por los beneficios del taichí en la población, se planteó realizar una sesión de una hora a la semana para auto-experimentar los efectos de esta técnica, se decidió realizarla los viernes por tener menos volumen de trabajo de 14-15 h, en la aula de educación sanitaria y en el jardín del centro los días soleados.

Conclusiones. Se apuntaron al curso unas 20 personas, de todos los estamentos, edad media de 35 años (23-55), siendo mayoría mujeres. En general lo consideran útil, se tenían un bajo conocimiento del técnica de taichí y sus beneficios, con poca incomodidad de practicarlo en el centro y a fomentado las relaciones interpersonales, el trabajo en equipo y una mejoría subjetiva de salud y apreciando menos estrés.

P34.06 CRIPTERAPIA, LA NUEVA ALIADA DEL MÉDICO DE FAMILIA

C. Bernades Carulla, S. Vilalta García, S. González Azuara, C. Bardina Cabrera, M. Urbano Fernández y E. Bosch Romero

CAP Can Bou. Castelldefels (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: cbernades@casap.cat

Objetivos. Describir la efectividad, seguridad y satisfacción de los pacientes que han recibido crioterapia en un equipo de atención primaria (EAP).

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo transversal. Ámbito: un EAP del área metropolitana de Barcelona. Participantes: todos los pacientes que consultaron por lesiones cutáneas susceptibles de tratamiento con crioterapia entre enero y mayo de 2008. Se excluyeron los individuos que rechazaron la intervención. Variables de estudio: edad, sexo, diagnóstico de la lesión, número de sesiones y tiempo de crioterapia en cada sesión, efectos secundarios observados, satisfacción del paciente y derivación al especialista. Análisis estadístico: se realizó un análisis descriptivo mediante media y desviación estándar (DE) de las variables cuantitativas y porcentajes de las variables cualitativas.

Resultados. Se estudió a 74 pacientes con una edad media de 53,8 (DE 17,6) años, el 55,4% eran mujeres. Las lesiones más frecuentes fueron las verrugas (31,1%), queratosis seborreicas (28,4%) y el acrocordón (25,7%). El tiempo de aplicación del agente criogénico fue de 12,72 (DE 6,5) segundos. No se observaron efectos secundarios en el 91,7% de los pacientes. En un 95,8% de los pacientes la crioterapia fue resolutiva y en tan sólo 3 pacientes se requirió la consulta con el especialista (2 acrocordones y una queratosis seborreica). El 40,3% de los pacientes refirió estar muy satisfecho con la crioterapia y tan sólo un 2,8% refirió estar poco satisfecho.

Conclusión. La crioterapia realizada por el Médico de Familia es una técnica eficaz, bien tolerada y con una gran satisfacción por parte de los pacientes subsidiarios a ella.

P34.07 INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA: EXPERIENCIA EN UNA ABS

M. Montoliu José, L. Orteu Domínguez, N. Pereira Berdullas, M. de Miguel Peláez, M. Olmos Pagès y A. Andrades Corrales

CAP Barri Llatí. Santa Coloma de Gramanet (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: mdolmos.bnm.ics@gencat.net

Objetivos de la experiencia. Objetivo principal: instaurar seguimiento y control de pacientes con fibromialgia (FM) en la atención primaria. Objetivos secundarios: valorar los cambios en la percepción de la enfermedad, controlar el grado de cumplimiento en el tratamiento establecido y promover la práctica de ejercicio.

Descripción de la experiencia. En el año 2006 se diseña un modelo de atención a la FM en Cataluña. Nuestra ABS es centro piloto desde el 2007. Sobre un total de 64 pacientes diagnosticados de FM en nuestro centro de salud, diseñamos un circuito de atención multidisciplinar. Se estableció, con el paciente, una entrevista individual de 30-45 minutos. El médico realizaba la anamnesis registrando antecedentes, años de evolución de la enfermedad, tratamiento actual y práctica del ejercicio. La enfermera evaluaba: test de depresión (BECK), impacto de la enfermedad (FIQ), test del sueño (COS) y escala analógica del dolor (EVA). La trabajadora social valoraba: disfunción familiar (APGAR) e informaba sobre las ayu-

das sociales existentes. A los 6 meses el médico recitaba al paciente para valorar cambios en la percepción de la enfermedad, adhesión al tratamiento y práctica de ejercicio.

Conclusiones. 1) La entrevista individual y el seguimiento consiguen una mejor adherencia al tratamiento; 2) La propia percepción de la enfermedad mejora; 3) Promover e informar sobre los beneficios del ejercicio aumenta la práctica del mismo. Todo lo anterior hace que se produzca una mejoría clínica.

P34.08 FIBROMIALGIA Y ESCALAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

M. García Muñoz, M. Karaki, O. Ortiz Oliete, L. Rodríguez Latre y S. Gómez Martín

ABS Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: amonigarsi@hotmail.com

Objetivos. Comparar la escala de ansiedad y depresión propuesta por el Institut Català de la Salut (ICS) para valorar el grado de afectación en pacientes con fibromialgia (FM), con escalas específicas ya validadas para ansiedad y depresión (Goldberg).

Material y métodos. Estudio observacional de prueba diagnóstica en mujeres con FM de una ABS (Área Básica Salud) urbana. Criterios inclusión: mujer con FM, edad \leq 65 años. Criterios exclusión: varón, edad $>$ 65 años, enfermedades reumatólogicas inflamatorias. De 320 mujeres con diagnóstico de FM extrajimos una muestra aleatoria de 100; en consulta pasamos cuestionario con datos de filiación, sociodemográficos, escala Goldberg y escala ICS de ansiedad y depresión. Se analizan los resultados mediante el análisis de sensibilidad y especificidad de pruebas diagnósticas.

Resultados. Resultados escalas ansiedad: cumplen criterios 77% de las pacientes según Goldberg y 74% según escala ICS. Sensibilidad ICS 85%. Especificidad ICS: 50%. Valor predictivo positivo (VPP) ICS: 85%. Valor predictivo negativo (VPN) ICS: 46%. Razón de probabilidad positiva (RPP) Goldberg: 1,64. Resultados escalas depresión: cumplen criterios 92% de las pacientes según Goldberg y 63% según escala ICS. Sensibilidad ICS: 64%. Especificidad ICS: 50%. VPP ICS: 94%. VPN ICS: 50%. RPP Goldberg: 1,28.

Conclusión. En nuestro estudio observamos que la escala propuesta por ICS para el diagnóstico de ansiedad y depresión presenta una sensibilidad y una especificidad inferior a la escala validada de Goldberg. Estos resultados pueden ser debidos a las características de nuestra población o a la escala ICS. La utilización de la escala ICS requeriría su validación, ya que de su resultado puede depender el grado de incapacidad que se reconoce a las pacientes con FM.

P34.09 FIABILIDAD DE LOS REGISTROS ELECTRÓNICOS ASOCIADOS AL MANEJO DE LA OSTEOPOROSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Carné Rovira, R. Azagra Ledesma, N. Puchol Ruiz, A. Aguyé Batista y N. Moreno Milán

CAP Sant Andreu; Institut Català de la Salut; Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: razagral@telefonica.net

Objetivos. Objetivo principal: conocer el porcentaje de registro del diagnóstico de osteoporosis en la historia clínica informatizada de atención primaria (e-CAP) en pacientes tratadas \geq 3 meses con medicamentos para la osteoporosis. Objetivos secundarios: conocer el porcentaje de pacientes con diagnóstico y una densitometría (DXA) y la asociación de la edad con estos registros.

Material y métodos. Diseño: estudio observacional retrospectivo. Emplazamiento: Atención primaria, población urbana de 58.992 habitantes con 32.037 mujeres con registros informatizado desde hace más de 5 años. Participantes: pacientes con tratamiento para la osteoporosis con/sin fractura osteoporótica, pacientes con/sin diagnóstico de osteoporosis registrado y con/sin DXA realizada. Mediciones: asociación en porcentaje entre mujeres diagnosticadas o no y que reciben tratamiento continuado para la osteoporosis. Asociación de la edad de las pacientes con estas mediciones.

Resultados. De las 1.566 pacientes con tratamiento específico, el 62,5% (978) no tienen diagnóstico registrado de osteoporosis y en el 40,9% (641) no consta que tengan realizada una DXA. De las 1.048 pacientes

diagnosticadas de osteoporosis el 37,31% (391) toman tratamiento y DXA realizada. No existe relación significativa entre tener fractura y/o tener DXA i/o recibir tratamiento, pero sí entre tratar y solicitar DXA a pacientes de menor edad.

Conclusión. Conclusiones. Existe un infraregistro de diagnósticos en pacientes con tratamientos de osteoporosis y tendencia a realizar DXA y tratar farmacológicamente a pacientes de menor edad. Existen dificultades en el e-CAP para registrar correctamente los resultados de la DXA.

P34.10 CONTROL DE SÍNTOMAS DE LAS PACIENTES CON FIBROMIALGIA, ¿PODEMOS MEJORARLO?

M. García Muñoz, M. Karaki, O. Ortiz Oliete, L. Rodríguez Latre y S. Gómez Martín

ABS Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: amonigari@hotmail.com

Objetivos. Conocer el control de los síntomas de depresión, ansiedad y dolor así como el grado de afectación funcional para las actividades de la vida diaria en nuestras pacientes con FM.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal en mujeres con FM de ABS (Área Básica de Salut) urbana. Criterios inclusión: mujer diagnosticada de FM, edad ≤ 65 años sin enfermedades reumatólogicas inflamatorias. Extrajimos muestra aleatoria de 100; en consulta pasamos cuestionario: datos de filiación, sociodemográficos, EVA dolor, escala Goldberg ansiedad y depresión y sFIQ (instrumento autoaplicado): 10 ítems: funcionamiento físico, funcionamiento laboral, depresión, ansiedad, sueño, dolor, rigidez, fatiga y bienestar. La puntuación máxima: 100, a mayor puntuación mayor impacto enfermedad).

Resultados. Reciben tratamiento antidepresivo el 53% de las 92 pacientes con Goldberg depresión+. Reciben tratamiento ansiolítico el 64% de 77 pacientes con Goldberg ansiedad+. El 11% de pacientes con EVA ≥ 7 no recibe tratamiento analgésico y solamente un 23% de pacientes con tratamiento analgésico controlan el dolor (EVA < 5). Grado de funcionalidad según sFIQ: presentan valor ≥ 50 el 89% y valor ≥ 70 el 50%. Media 70,04.

Conclusión. Debemos tratar más a nuestras pacientes con fibromialgia diagnosticadas de ansiedad y depresión. Hay que intensificar el tratamiento analgésico para controlar el dolor y así mejorar la calidad de vida. La complejidad de las pacientes diagnosticadas de FM requiere un abordaje global en el tratamiento de su sintomatología para conseguir mejor control y mejorar su percepción de salud.

P34.11 RENDIMIENTO DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

J. Ródenas Aguilar, A. Serra Vázquez, N. Pérez León, R. Sequera Requero, Y. Bermejo Cacharrón y J. Carreter Parreño

ABS Llefià. Badalona (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: jlrodenas@telefonica.net

Objetivos. Conocer los motivos de petición y los resultados de las fibrogastoscopias solicitadas por médicos de familia de nuestro centro de salud.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo realizado en un centro de salud urbano. Revisión de 187 historias clínicas de pacientes a los que se les solicitó una fibrogastoscopia desde las consultas de medicina de familia el año 2007. Análisis estadístico mediante el programa SPSS.

Resultados. En 123 pacientes se realiza la fibrogastoscopia (34,2% de negaciones o no presentados). 58,8% son mujeres; edad media de 52,7 años (rango entre 16 y 90 años); 19,3% fumadores; 19% consumen enol; 17,7% tomaron aine previo; 40% ansiedad. Los síntomas que justificaban la petición fueron: pirosis (43,3%), asociada o no a epigastralgia ulcerosa (29,4%) y no ulcerosa (26,7%) y anemia ferropénica (18,2%). Los resultados fueron: 31,7% normal (14% de los hombres y 41,3% de las mujeres, diferencia estadísticamente significativa), 31,7% hernia de hiato (sola o en asociación), 11,3% esofagitis por reflujo, 16,2% cardias laxo, 5,7% antritis erosiva, 2,4% úlcus gástrico, 2,4% duodenitis erosiva, 2,4% cáncer gástrico 1,6% úlcus duodenal. En el 12,9% de los casos se investigó la presencia de Helicobacter pylori (positivo en el 56%) y el tratamiento se hizo desde atención primaria en todos los casos con pauta OCA.

Conclusión. Una de cada tres fibrogastoscopias solicitadas no se realizó (mayoritariamente en pacientes jóvenes). Son patológicas dos de cada tres

fibrogastoscopias solicitadas en nuestro centro (especialmente hombres con hábitos tóxicos con pirosis y epigastralgia ulcerosa). El tratamiento mayoritario es omeprazol. Estimamos bajo el porcentaje de investigación de la infección por Helicobacter pylori.

P34.12 CONSULTA DE ACOGIDA AL INMIGRANTE: UN AÑO DE EXPERIENCIA

M. Ciurana Tebé, F. Cantero Gómez, A. Soler Costa, I. Soler Galera, S. Campo Aledo y M. Balaguer del Río

ABS Igualada Urbano. Igualada (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: montse.ciurana@terra.es

Objetivos de la experiencia. Describir el trabajo realizado en una consulta de acogida al inmigrante (CAI).

Objetivos de la experiencia. Estudio descriptivo retrospectivo. Ámbito: centro de salud urbano que atiende a una población de 42.000 habitantes. Sujetos: todos los pacientes citados en la CAI entre los meses de junio 2007-abril 2008. Variables: edad, sexo, lugar de origen, número visitas realizadas, aplicación protocolo al inmigrante recién llegado (PPD o Rx tórax, analítica 54 (98,2%), VHB 44 (80%), VHC 44 (80%), HIV 40 (72,7%), Líes 39 (73,6%), coprocultivo 37 (69,8%). Diagnósticos: 2 casos TBC QMX2^a, 3 anemias ferropénicas, 1 sífilis (tratamiento penicilina), 3 coprocultivos positivos (2 giardias, 1 blastocistosis) tratados.

Resultados. N: 92, hombres 48 (52%), mujeres 44 (48%), edad media 24, visitas realizadas 55 (59,8%). Lugar origen: Europa Este 8 (8,7%), África Norte 36 (39,1%), África subsahariana 14 (15,2%), Sudamérica 22 (23,9%), Este asiático 1 (1,1%), desconocido 11 (12%). PPD 32 (61,8%), Rx 7 (12,7%), analítica 54 (98,2%), VHB 44 (80%), VHC 44 (80%), HIV 40 (72,7%), Líes 39 (73,6%), coprocultivo 37 (69,8%). Diagnósticos: 2 casos TBC QMX2^a, 3 anemias ferropénicas, 1 sífilis (tratamiento penicilina), 3 coprocultivos positivos (2 giardias, 1 blastocistosis) tratados.

Conclusión. Según nuestro estudio el 60% de los pacientes a los que se les citó en la CAI acudió a la consulta, todos realizaron las exploraciones recomendadas y recibieron los resultados. Aplicar los protocolos ha permitido diagnosticar enfermedades que, aunque escasas, podrían repercutir en el estado de salud del paciente y del resto de la población. Creemos que la existencia de la CAI ha mejorado la atención a los inmigrantes recién llegados, pero si mejoramos la comunicación probablemente aumentará la asistencia en la primera visita.

Sesión 35

Viernes, 21 de noviembre. 13.00-14.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Gestión clínica y calidad

P35.01 ES NUESTRA POBLACIÓN INMIGRANTE HIPERFRECUENTADORA

A. Sánchez Callejas, F. Orfila Pernas, A. Escosa Farga y E. Barceló Colomer
SAP Muntanya; Institut Catalá de la Salut. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: andrea_sanchezc@hotmail.com

Objetivos. Describir a nuestra población inmigrante y sus indicadores de salud así como conocer su frecuentación a atención primaria.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal de 18 centros de salud de atención primaria en una región de Barcelona. Se obtuvo los datos de la historia clínica informatizada, se seleccionaron los pacientes adultos mayores de 14 años. Se consideró hiperfrecuentación mayor de visitas 20 al año.

Resultados. De nuestra población asignada (410.270) el 12,34% (50.561) es inmigrante, con una media de edad entre los adultos de 34,7 (DE 11,5) de los cuales un 17% son del Ecuador, 12,8% de Bolivia y 6,3% de Marruecos. Un 87,6% son > 14 años y un 50,6% son hombres. Generan un 7,5% de visitas del total, de estas, un 34,5% son visitas programadas, 25,9% espontáneas y 7,4% urgentes; la población inmigrante asignada se visita un 0,8 veces/año vs 0,7 veces/año en los autóctonos, de la población atendida los inmigrantes se visitan 2,4 veces/año vs 2,9 en los autóctonos; en adultos la hiperfrecuentación es mayor en los autóctonos (IC95%

1,10-1,12) ($p < 0,000$). En los adultos inmigrantes los 5 principales motivos de consulta son: Conductas generadoras de salud 3,5%, examen general 2,8%, lumbago 2,4%, rinofaringitis 2,3% y embarazo confirmado 2,1%.

Conclusión. La mayoría de nuestra población inmigrante es mayor de 14 años y joven. El principal país de origen de la inmigración es el Ecuador. Los inmigrantes usualmente programan sus visitas. La población asignada atendida inmigrante se visita menos al año y son menos hiperfrecuentadores que los autóctonos.

P35.02 CONTINUIDAD ASISTENCIAL. FRECUENTACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES HIPERFRECUENTADORES DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

M. Fernández Sanmartín, A. Aguas, P. Torres, J. Davins Miralles, C. Pareja Rossell y M. Roura Oliván

SAP Litoral; Hospital del Mar. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: cpareja.bcn.ics@gencat.cat

Objetivos. La historia clínica informatizada (HCi) en Atención Primaria (AP) posibilita la realización de estudios de utilización de servicios entre niveles asistenciales, detectando problemas de continuidad asistencial (CA). Describir la frequentación y problemas de salud identificados en AP, de pacientes que acudieron > 2 veces/año al servicio de urgencias del hospital de referencia (SUHR).

Material y métodos. Todos los pacientes atendidos en el SUHR urbano > 2 veces durante 2007, y asignados a 10 equipos de AP ($n = 988$). Variables: edad, sexo, país de nacimiento, EAP de referencia, iniciativa de la urgencia (paciente, profesional sanitario), destino del paciente (domicilio, ingreso), nº visitas al EAP-2007 (médico, enfermera, trabajador social, otras), problemas de salud crónicos en HCi (CIE10). Fuentes de información: registro informatizado de urgencias e HCi de los EAP.

Resultados. Varones: 55% de los atendidos en SUHR > 2 veces. Media de edad (ME): $65,1 \text{ años} \pm \text{DE: } 19,6$ (25% < 50 años). Nacidos fuera de España: 13,8%, siendo la ME de este grupo menor ($42,9 \pm 17,4$ vs $68,7 \pm 17,5$; $p < 0,001$). Iniciativa de visita a SUHR: 69,5% propia. Media de visitas al EAP-2007: $25,1 \pm 24,6$ (estadísticamente superior en autóctonos, mujeres, y edades superiores). En el 44,8% no constaba ninguna patología crónica (19,9% extranjeros vs 61,2% autóctonos; $p < 0,001$). ME de pacientes con patología vs sin patología ($73,6 \pm 12,9$ vs $54,6 \pm 21,3$; $p < 0,001$). Variable relacionada con visitas a AP de autóctonos, ajustado por sexo y edad: nº patologías crónicas, modelo que no reprodució en extranjeros.

Conclusión. Los hiperfrecuentadores a SUHR son pacientes conocidos en AP, que presentan patologías crónicas. Disponer de información sobre utilización del SUHR puede mejorar la CA.

P35.03 IMPLEMENTACIÓN DE UN CIRCUITO DE NOTIFICACIÓN DE AGRESIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA: NECESARIO, PERO NO SUFFICIENTE

M. García Muñoz, S. Maneus Quintela, J. Llussà Arboix, S. Gómez Roig, R. Domínguez Jiménez y L. Fajula Pijuan

ABS Badalona-5. Badalona (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: lluisfp@hotmail.com

Objetivos de la experiencia. Implementar un circuito de notificación de agresiones a través de la Unidad Básica de Prevención de riesgos laborales (UBP). Sensibilizar a los profesionales del Equipo de Atención Primaria (EAP) de la importancia de notificar las agresiones de cualquier tipo (verbales o físicas) recibidas de los usuarios. Buscar recursos para evitar las agresiones y aumentar la capacidad de los profesionales para contenerlas y resolverlas con el mínimo coste personal y la mínima repercusión en la atención al resto de usuarios.

Descripción de la experiencia. Ante la percepción creciente de agresión de usuarios a profesionales, se presentó al EAP el protocolo de la UBP (investigación y envío de carta al usuario pidiendo un cambio de actitud). Se realizaron varios cursos de formación en los que participó la mayor parte del EAP, dirigidos a aumentar las habilidades para manejar las situaciones de violencia verbal o física. Entre octubre de 2005 y abril de 2008 se registraron 75 agresiones. El 89% fueron verbales y sólo 2/3 se notificaron a la UBP. Los administrativos fueron los más agredidos (45%), seguidos por médicos de familia (26%) y enfermeras (13%). Los adminis-

trativos fueron los que más agresiones notificaron (73,5%). El 96% de los agresores son españoles y el 70% de etnia gitana. No hubo diferencias significativas en el sexo del agresor.

Conclusiones. Aunque se ha conseguido sensibilizar a los profesionales y aumentar de forma importante el registro y notificación, necesitamos profundizar en las causas para evitar que se sigan produciendo agresiones.

P35.04 EXPERIENCIA DE UN ÁREA SANITARIA CON LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN (RADIO Y TELEVISIÓN)

A. López García-Franco, O. Aguado Arroyo, C. Salgado Mendiola, M. Girbés Fontana, S. Martín Iglesias y A. Rodríguez Cardoso

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

Objetivos de la experiencia. Utilizar medios de comunicación para difundir información sobre estilos de vida saludables, actividades preventivas, cuidados en patologías crónicas y enfermedades prevalentes. Se pretende neutralizar mensajes mediáticos tendentes a la medicalización y a la sobreutilización de tecnologías sanitarias. El objetivo secundario es favorecer el conocimiento sobre el trabajo en los centros de salud y fomentar una utilización juiciosa de los recursos.

Descripción de la experiencia. Desde el año 1997 en radio y 2004 en televisión, un área sanitaria de Madrid desarrolla una comparecencia semanal en dichos medios. La programación de radio se planifica anualmente con profesionales médicos, de enfermería y/o de unidades de apoyo, que exponen el tema establecido. En el caso de la televisión, el director técnico se encarga de conducir el programa sólo o con profesionales del área. Se evita caer en el alarmismo con el que muchos de estos programas abordan determinadas enfermedades, evitando la tan manida recomendación de "para esto hay que acudir al médico..." Se muestra el trabajo de los profesionales ilustrando sus competencias y funciones ("...acuda a su enfermera...") y se fomenta un uso racional de pruebas diagnósticas y de tratamientos farmacológicos. La respuesta a muchos de los problemas que alteran nuestra calidad de vida no está en el ámbito sanitario.

Conclusiones. Es posible realizar actividades de educación para la salud en radio y televisión, informando y formando en aspectos ligados a la salud y al autocuidado, y dar a conocer el trabajo de los profesionales de atención primaria.

P35.05 UN AÑO DE E-RECETA: EXPERIENCIA DE UN AÑO DE RECETA ELECTRÓNICA EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

J. Blasco Alvaredo, M. Aizpún Sara, D. Lleixà Lleixà, C. Verdera Benedicto, J. Ausensi Estellé e I. Martínez Dueso

ABS Ulldecona-La Sénia. Tarragona. Cataluña.
Correo electrónico: maizs@alumni.unav.es

Objetivos de la experiencia. Evaluar la prescripción electrónica en nuestra Área Básica de Salud (ABS), un año después de su implantación.

Descripción de la experiencia. La receta electrónica es un sistema que conecta el programa de prescripción de la historia clínica electrónica con un sistema informático de receta electrónica (SIRE), centralizado para toda la comunidad autónoma. Las recetas se firman electrónicamente. Nueve médicos de familia participan en el proyecto (siete de plantilla y dos de refuerzo). En fecha 2 de junio de 2008, nuestro centro ha prescrito 76.473 fármacos electrónicamente en 19.992 recetas, con un promedio de 3,8 fármacos por receta. El 49% de la facturación ha sido electrónica en el período enero-junio del 2008. Puntos débiles: -Riesgo para el estándar de calidad de prescripción al espaciar las visitas; -Problemas técnicos detectados al reautorizar la medicación. Puntos fuertes: -Ahorro de tiempo para profesionales y usuarios; -Accesibilidad para el paciente y/o cuidador; -La validación que realiza el Director del equipo de atención primaria (EAP) de determinados fármacos es on-line; -Futuro prometedor por la incorporación a la receta electrónica de otros servicios (urgencias del hospital, especialistas, otros centros); -Menor impacto medioambiental.

Conclusiones. La implantación de la receta electrónica ha sido bien aceptada tanto por parte de los usuarios, como de los profesionales sanitarios y farmacéuticos. Hay que mejorar los problemas técnicos con la reautorización de los tratamientos.

P35.06 LA DEMANDA DEL MISMO DÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: MUCHO RUIDO Y pocas NUECES

B. Serrano Carro, B. Iglesias Pérez, F. Ramos Pérez, M. García Serrano y M. Fàbregas Escrivola

Institut Català de la Salut. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: biglesias@ambitcp.catsalut.net

Objetivos. 1. Estimar el volumen de pacientes que concentran la mayoría de visitas. 2. Analizar el perfil de pacientes que solicitan ser visitados el mismo día, los motivos asistenciales por los que consultan y el volumen que representan estas visitas en la consulta.

Material y métodos. Diseño: descriptivo observacional transversal. Financiación FISS 2006. Ámbito: Atención Primaria (AP). 268 EAP. Sujetos: visitas, de enero a diciembre 2006, solicitadas y realizadas el mismo día, atendidas por médicos de familia o enfermeras (≥ 18 años; centro o domicilio; telefónicas excluidas). Variables: edad, género, diagnóstico CIE-10, profesional, fecha visita y programación. Fuente: historia clínica informatizada.

Resultados. 4.680.706 usuarios realizaron 23.327.557 visitas. El 27,86% de asignados no fueron visitados. El 31% (1.450.933 sujetos) de usuarios generaron el 79% de las visitas. Las visitas que se solicitan el mismo día que son atendidas, representan el 17,5% de toda la demanda. La edad media fue 44,8 años (DE = 18,9). 52,7% mujeres. Enfermería atendió el 20,89% de este tipo de demanda. En el 29,06% (n = 1.187.261) de las visitas se añadió un código diagnóstico. Las enfermedades respiratorias (14,93%) y del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo (13,81%) fueron las más frecuentes. Las infecciones de vías respiratorias altas, diarrea presuntamente infecciosa y dorsalgias fueron los problemas de salud más prevalentes.

Conclusión. Pocos pacientes concentran la mayoría de visitas. La demanda del mismo día representa un volumen considerable en la actividad diaria del centro. Este tipo de demanda es atendida preferentemente por médicos de familia, a pesar de tratarse de problemas de baja complejidad.

P35.07 ESTUDIO DE OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

F. Leal Helmling, I. Jiménez Pulido, A. Pérez Milena, M. Mesa Gallardo, M. Sánchez Madrid y M. Soriano Molina

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

Objetivos de la experiencia. Recoger la opinión de profesionales, sanitarios y no, de las Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria de Andalucía.

Descripción de la experiencia. Se realizó un cuestionario para recoger la opinión de todos los trabajadores que trabajan en los Centros de AP y están constituidos como UGCDAP en una provincia Andaluza. Se repartieron encuestas anónimas, y voluntarias de las cuales respondieron 331 sujetos.

Resultados. El 56% de los que responden la encuesta son mujeres. Más de la mitad llevan más de 2 años en la UGCDAP, y una tercera parte son médicos. El 56% consideran la organización de su unidad como buena o muy buena. Un 5% consideran que la dotación y el instrumental de la UGCDAP es peor, aunque un 54% refieren que los recursos humanos son insuficientes o deficientes así como los incentivos económicos. Un 44% creen que la calidad asistencial es buena o muy buena y tan sólo un 7% mala o muy mala. Un 66% de los profesionales creen su implicación ha sido buena o suficiente y un 15% está insatisfecho desde la existencia de UGCDAP. El 78% de los encuestados piensan que no ha mejorado el manejo con los pacientes.

Conclusiones. Existe una buena organización de unidades clínicas y una mejor de dotación instrumental y humana. El incentivo económico es escaso, aunque hay una sensación de mayor implicación del profesional, buena satisfacción y mejor calidad de atención al usuario. El sanitario no percibe mejora de atención con respecto al ciudadano.

P35.08 SEGURIDAD DEL PACIENTE: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS DEL ESTUDIO PROTECS

M. Sánchez Amat, M. Fàbregas Escrivola, A. Vall-Llossera Mol de Alba, J. Sobrequés Soriano, R. Pou Vila y A. Estabanel Buxó

EAP Besós; EAP Bon Pastor; EAP Gòtic; Institut Català de la Salut; Institut Universitari Avedis Donabedian. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: mfabregase@gencat.net

Objetivos. Descripción de los errores y acontecimientos notificados.

Material y métodos. Estudio multicéntrico descriptivo transversal. Aceptaron participar 21 equipos de atención primaria; 750 profesionales (médicos y enfermeras). Se informa de la existencia de un sistema confidencial de notificación de errores. Se notifican voluntariamente, entre 06/2007 y 02/2008. Se recogen de las notificaciones: edad, sexo y nivel de conocimiento del paciente, tipología del problema de seguridad según las consecuencias, factores relacionados, grado de evitabilidad y frecuencia del error. Financiado por el Departament de Salut, proyecto asociado a la "Alianza para la Seguridad del Paciente".

Resultados. 31 notificaciones de 11 profesionales diferentes. En el 54,8% de las notificaciones participaron médicos de familia y en el 51,5% enfermeras. En 22 casos (71,0%) el error estaba relacionado con un paciente en concreto con una distribución de sexos 1:1 y una edad media de 53 años. En el 54,6% de los casos el paciente era poco/nada conocido. En el 90,4% no se causaron lesiones; hubo 1 que causó la muerte del paciente. Los factores relacionados fueron el exceso de trabajo (54,7%) y una supervisión inadecuada (41,9%). El 87% de los errores eran considerados evitables. El 35% de los errores pasaban más de una vez al mes.

Conclusión. Se han notificado pocos errores y muy pocos profesionales lo han hecho, pero las notificaciones nos indican que los errores pasan en pacientes poco conocidos, que la mayoría no causan lesiones, pero que pueden ser fatales. La mayoría de errores son frecuentes pero evitables.

P35.09 POBLACIÓN ATENDIDA Y FRECUENCIA DE LA POBLACIÓN AUTÓCTONA E INMIGRADA

M. Medina Peralta, F. Fina Avilés, L. Méndez Boo, B. Iglesias Pérez, M. Ferran Mercadé y M. Fàbregas Escrivola

Institut Català de la Salut. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: ffinaaviles@gencat.net

Objetivos. Conocer el porcentaje de población atendida y la frecuentación de las poblaciones autóctona e inmigrada.

Material y métodos. Se analizaron informáticamente los datos de la totalidad de los pacientes mayores de 14 años de la comunidad autónoma a partir de la historia clínica informatizada de atención primaria en fecha 30-4-08. Para cada paciente se recogieron el número de visitas médicas en el último año, la edad, el sexo y la nacionalidad. Se calcularon el porcentaje de población atendida por lo menos una vez en el último año, y la frecuentación de la población atendida (media de visitas anuales entre los que acudieron por lo menos una vez).

Resultados. Se incluyeron 5.002.644 pacientes, de los cuales 4.417.176 (88,3%) eran de nacionalidad española y 585.468 (11,7%) de otras nacionalidades. La media de edad fue 47,5 años y 34,4 años respectivamente, y el porcentaje de mujeres 51,4% y 46,1%. El porcentaje de población atendida fue 68,3% para la población autóctona y 54,7% para la inmigrada. La frecuentación fue 5,49 y 3,84 respectivamente. El mayor porcentaje de población atendida y frecuentación de la población autóctona se mantuvo en ambos sexos y para todos los grupos de edad, acentuándose en los mayores. Agrupando las nacionalidades por regiones, la población autóctona siguió registrando un mayor uso de servicios, seguida por la población magrebí y latinoamericana.

Conclusión. El porcentaje de población atendida y la frecuentación es mayor en la población autóctona que en la inmigrada. Este hecho no se explica sólo por la diferente composición de sexo y edad de ambos grupos.

P35.10 BUENOS DÍAS, QUERÍA QUE VISITARAN HOY AL NIÑO...

M. Pérez Vera, V. Ferrer Valls, M. Gámez González, M. Pujol Armengol, N. Bartrés Canet y M. Gallardo Díaz

ABS La Roca del Vallès. La Roca del Vallès (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: mperez@absroca.com

Objetivos de la experiencia. Principal: dar respuesta al aumento de la demanda de visitas pediátricas, potenciando las características de la Atención Primaria: accesibilidad, continuidad, longitudinalidad, integralidad y coordinación. Específicos: mejorar la atención al paciente (aumentar cobertura horaria, satisfacción de usuarios y familias, disminuir su angustia, garantizar valoración de demanda por profesional sanitario); beneficiar al centro de salud (mejorar la valoración del servicio, unificar criterios, me-

jarar coste-oportunidad), mejorar las condiciones laborales (evitar conflictos internos, mejorar calidad laboral).

Descripción de la experiencia. Se crea la Unidad de Pediatría: un equipo coordinado, polivalente y operativo. Requiere formación del equipo asistencial: 1 pediatra, 2 médicos de familia (MF), 4 enfermeras. Cambios de estructura y organización: contratación de un MF, asignación de adultos y menores de 7 años a 2 MF, modificación de agendas, gestión de las consultas telefónicas por enfermería. Realización de actividades no asistenciales: edición de material didáctico, programación de actividades comunitarias. Actividades de coordinación: reuniones de equipo, con servicios sociales y responsables del Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de referencia.

Conclusiones. La creación de la Unidad de Pediatría pretende optimizar los recursos disponibles hasta la actualidad, de manera que con inversiones económicas asumibles se pueda desarrollar un modelo de atención integral al paciente pediátrico dentro del Área Básica de Salud.

P35.11 UTILIZACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS (E-MAIL) PARA LA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

V. Aragunde Miguens, E. Moric, M. Catalán Adell, E. Sequeira Aymar y E. Páez

EAP Capse Rosselló. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: varagund@clinic.ub.es

Objetivos de la experiencia. -Mejorar la comunicación médico-paciente; - Integración de los pacientes en los sistemas de comunicación electrónica; -Facilitar la accesibilidad a Atención Primaria; -Introducir TIC en gestión de agenda y consulta.

Descripción de la experiencia. Ante la necesidad de mejorar la comunicación médico-paciente y la accesibilidad a Atención Primaria haciendo uso de las TIC (tecnologías información y comunicación). Realizamos un proyecto para valorar esta nueva vía de comunicación en un cupo de aprox. 2000 personas en un Equipo de Atención Primaria urbano docente. Se facilita un e-mail corporativo del médico a los usuarios y/o familiares de pacientes Atdom para mejorar la accesibilidad a su médico. Se da respuesta en < 4 8h a las consultas y/o peticiones, teniendo en cuenta las limitaciones de confidencialidad y protección de datos. Se realiza una valoración de la herramienta por parte de los usuarios (pacientes y médicos).

Conclusiones. -Gran aceptación del medio por parte de los usuarios; - Analizamos los e-mail por tipo de temática/petición/consulta; -Incremento de la calidad percibida por los usuarios; -Actitud generalmente positiva de profesionales y pacientes hacia los usos de Internet y redes informáticas en el sistema de salud.

P35.12 EVOLUCIÓN DEL INDICADOR ACSC (AMBULATORY CARE SENSITIVE CONDITIONS) EN EL ÁREA DE SALUD DE TENERIFE. USO EN LA EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE SALUD

M. Marrero Díaz, M. Pérez Cánovas y M. Rodríguez de la Rosa

Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Santa Cruz de Tenerife.
Islas Canarias.
Correo electrónico: mariolamd@telefonica.net

Objetivos. Valorar la evolución de calidad de la Atención Primaria en el Área de Salud de Tenerife y los resultados globales de la aplicación del Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular (PPCECV) en el periodo 2000-2006 mediante el indicador ACSC.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal retrospectivo, de evolución temporal. Años 2000-2006, en el Área de Salud de Tenerife Población mayor de 14 años. Se usaron los Ambulatory Care Sensitive Conditions validados para España por Caminal et al. (Gac Sanitaria 2001). Se analizaron las tasas estandarizadas (TE) por edad y sexo, usando como referencia la población canaria de 2006, y la evolución temporal de estas tasas, mediante los IC 95% de la TE para cada año.

Resultados. Se observa una disminución de la TE de ACSC en el año 2006 respecto al año 2000 con valores de 43,45 (IC95%: 42,54-44,36) vs 37,92 (37,07-38,77), lo que supone un 12,73%. La tendencia temporal muestra una disminución de altas por ACSC relacionado con el PPCECV (IC95% 30,85-32,41 vs 27,61-29,08), esto es, un 10,39%. Hay una mejora del indicador, lo que puede significar una evolución positiva

de la efectividad de la atención primaria, teniendo en cuenta las limitaciones que tiene todavía el uso de esta herramienta.

Conclusión. Los ACSC se pueden usar para valorar la evolución de la calidad de la atención primaria, aunque existen diferencias respecto al listado usado. La implantación del PPCECV parece tener un resultado positivo. Es necesario definir una metodología común para su extensión como instrumento de gestión.

P35.13 LA ENFERMERA EN SELECCIÓN: EL PRIMER CONTACTO CON LA URGENCIA. EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

R. Pérez Villegas, G. Mosull Paredes, O. Migilyova, Y. Ramírez García, J. Montero Alía y P. Sín Navarro

CAP Mataró 7 -Ronda Prim. Mataró (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: 31297jma@comb.es

Objetivos de la experiencia. Determinar la implantación, seguimiento y evaluación del proceso de triaje. Conocer la satisfacción por parte de los profesionales del EAP y de los usuarios.

Descripción de la experiencia. Estudio descriptivo cuantitativo y cualitativo. Se realizó el diseño del proceso con todos los cambios organizativos necesarios con formación externa al personal de enfermería y formación interna a todo el personal implicado. Se diseñó una encuesta de satisfacción interna y externa, que se pasó en octubre del 2007. Visitas adultos: 3.407. Visitas de Pediatría: 879. El lunes es el día de mayor presión asistencial, con una media de 30 visitas en adultos y de 9 en pediatría. El 60% de las visitas de pediatría consultan por la tarde. La resolución en adultos es de un 32,5%. Los profesionales médicos puntúan la implantación del proceso con 7/10 detectando discrepancias en el grado de resolución según el profesional de enfermería. Los profesionales de enfermería puntúan con 6/10, planteando dudas sobre los circuitos por parte de todos los colectivos implicados y el personal de admisiones con una puntuación de 8/10. La satisfacción de los pacientes es excelente con una puntuación de 9/10. Puntos de mejora detectados: formación, mejora y clarificación de los circuitos e información al usuario del servicio.

Conclusiones. La implantación del proceso de triaje de enfermería se ha realizado con éxito. Se han detectados puntos a mejorar y se han expuesto a todo el equipo. Trabajaremos el perfeccionamiento del servicio con todas las aportaciones recibidas. Existe un grado de satisfacción elevado por parte de todos los implicados, sobre todo de los pacientes.

Sesión 36

Viernes, 21 de noviembre. 13.00-14.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Comunicaciones de investigación cualitativa

P36.01 COMPETENCIAS EN EL MANEJO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO

A. Muñoz Ureña, M. Ortúñoz del Moral, M. Serna Miquel, M. Mateos Besada, R. Manrique Medina y A. de Miguel Gómez

UD de MFyC de Cartagena-San Javier. Cartagena. Murcia.
Correo electrónico: alfonso.munoz@carm.es

Objetivos. Elaborar y validar una encuesta para conocer las competencias de médicos y pediatras en el manejo de las Urgencias Pediátricas en Atención Primaria.

Pacientes y métodos. Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal. Período de estudio: 2º semestre 2007. Población: 3 Zonas Básicas de Salud: 30 médicos de familia y 8 pediatras (profesionales de Atención Primaria). Cuestionario autoadministrado 23 ítems y datos sociodemográficos (edad, sexo, profesión, empleo actual). Respuestas con escala Likert (1-Total Desacuerdo, 2- En desacuerdo, 3-Ni de acuerdo/ni desacuerdo, 4-

De acuerdo, 5- Totalmente de acuerdo). Todas las preguntas formuladas en positivo. Mediciones: validación de construcción: análisis de fiabilidad (alfa de cronbach, coeficiente de correlación, análisis factorial KMO y prueba de esfericidad de Bartlett, rotación de varimax).

Resultados. Cuestionario con 23 ítems, con coeficiente de correlación superior a 0,4 en cada uno de ellos. Alfa de Cronbach = 0,9653. KMO = 0,766. Bartlett: $p < 0,001$. 5 dimensiones encontradas (para una varianza total explicada del 81%). Dimensión 1: ítems 8, 17, 7, 22, 11, 13. Dimensión 2: ítems 10, 12, 15, 6 y 9. Dimensión 3: ítems 27, 25, 16 y 14. Dimensión 4: ítems 23, 18, 26, 28, 24 y 21. Dimensión 5: ítems 19 y 20.

Conclusión. La fiabilidad del cuestionario es elevada. El cuestionario diseñado se compone de 5 dimensiones: Urgencias en el R.N. y en el lactante, Urgencias Digestivas, Urgencias-Emergencias, Urgencias en el niño, Urgencias comunes. La validez y fiabilidad del cuestionario son adecuadas y permiten utilizarlo en Atención Primaria.

P36.02 PROYECTO AMAMUJER: ATENCIÓN AL MALESTAR DE LA MUJER. EXPERIENCIA DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL

M. de Casas Fernández, A. Muñoz Ureña, R. Cobo González, N. Antolín Bravo, F. Pérez Aguilar y A. de Miguel Gómez

CS Cartagena-San Antón, UD de MFyC de Cartagena-San Javier. Cartagena. Murcia.

Correo electrónico: alfonsom.munos@carmm.es

Objetivos. Mejorar la Salud Biopsicosocial de las mujeres de 45 a 65 años. Conocer los factores psicosociales relacionados con el "malestar de las mujeres" de nuestra Zona de Salud.

Pacientes y métodos. Estudio cualitativo. Intervención grupal: grupo formativo y grupo focal. Emplazamiento: Centro de Salud Cartagena-San Antón. 28 mujeres, con sintomatología psíquica-somática sin causa orgánica, seleccionadas de forma explicativa. Intervención intersectorial-multidisciplinar. Mediciones: actividad grupal de cinco sesiones, evaluada mediante cuestionario de preguntas abiertas y cerradas. Entrevista mediante grupo focal de 10 participantes, posterior análisis del discurso: segmentación y codificación, para determinación de factores psicosociales.

Resultados. 27 principales factores psicosociales desencadenantes del "Síndrome del malestar de las mujeres" de nuestra Zona de salud, destacando la soledad y la falta de soporte sociofamiliar. La intervención grupal es evaluada positivamente, aconsejando aumentar la duración del taller. Exteriorización, aumento de la autoestima y creación de un grupo de autoayuda son otros resultados derivados de la intervención grupal.

Conclusión. Son numerosos los factores psicosociales desencadenantes de síntomas somáticos sin causa conocida, identificarlos facilita el abordaje de esta patología y mejora la relación médico paciente. Este trabajo aporta la experiencia de una intervención grupal, en un modelo biopsicosocial y una perspectiva de género, siendo una herramienta útil para abordar los síntomas somáticos sin causa orgánica, y es una actividad dinamizadora de un Equipo de Atención Primaria.

P36.03 PROGRAMA DE VIGILANCIA Y CONTROL DE INSTALACIONES SUSCEPTIBLES DE TRANSMISIÓN DE LEGIONELLA

E. Bravo Martín, A. Arias Senso, R. Mata Ayuso, P. Vaca Macho y N. Sánchez Santos

Dirección de la Gerencia del Área de Salud Don Benito, Servicio Extremeño de Salud. Don Benito (Badajoz). Extremadura.

Correo electrónico: adolfo.arias@ses.juntaex.es

Objetivos. Elaboración de un censo de instalaciones susceptibles de transmisión de legionelosis (alto y bajo riesgo) en el año 2006 y efectuar una Inspección y vigilancia del 70% de las instalaciones de alto riesgo en el año 2007.

Pacientes y métodos. Los facultativos farmacéuticos y veterinarios en el año 2006 visitaron industrias alimentarias, hoteles, restaurantes y otros establecimientos en busca de instalaciones de alto y bajo riesgo de proliferación de Legionella. Una vez encontradas se comunicaron a la Dirección de Salud y se introdujeron en una base de datos. En el año 2007, se Inspeccionaron y vigilaron los establecimientos con instalaciones de alto riesgo. Los datos se han tratado con Access y Excel.

Resultados. Se han censado: 92 instalaciones de alto riesgo, de las cuales hay 24 torres de refrigeración (26,08%), 19 condensadores evaporativos (20,65%), 34 sistemas de agua caliente con acumulador y con retorno

(36,95%), 3 sistemas de agua climatizada (3,26%) y 12 sistemas de agua caliente sin retorno y con acumulador (13,04%); 70 instalaciones de bajo riesgo de las que 45 son sistemas de agua caliente sin acumulador y sin retorno (63,38%), 19 depósitos de agua fría (27,14%), 1 elemento de refrigeración por aerosolización (1,42%), 3 humectadores (4,28%), 1 bañera de hidromasaje y un acondicionador evaporativo. Se han inspeccionado 91 instalaciones de alto riesgo (98,9%) y 21 de bajo riesgo (30%).

Conclusión. Se ha conseguido tener un censo de instalaciones de riesgo categorizado. El objetivo propuesto de Inspección y vigilancia sanitaria se ha logrado muy satisfactoriamente.

P36.04 ¿CÓMO PERCIBEN EL RIESGO CARDIOVASCULAR LAS MUJERES ENTRE 20 Y 50 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD CON ALGÚN FACTOR DE RIESGO DIAGNOSTICADO?

R. Rubio Caverio, L. Luzón Oliver, M. Astier Peña, N. Castro Pinedo, M. Eguiluz López y M. Ariño Martín

CS de San Pablo. Zaragoza. Aragón.

Correo electrónico: mpastier@salud.aragon.es

Objetivos. 1. Atender llamamiento del informe del Observatorio de Mujer y Ministerio Sanidad para sensibilizar a población femenina en enfermedad cardiovascular. 2. Estudio cualitativo: describir creencias de enfermedad cardiovascular entre mujeres de centro de salud (CS) con factor de riesgo y profesionales que las atienden. 3. Identificar actividades preventivas efectivas reconocidas por población, sensibilizar mujeres en relación con problema.

Pacientes y métodos. Población CS: 23.286. Mujeres: 11.810 mujeres (7.071 son menores de 70 años, 59,87%). Población diana: 1. Mujeres entre 20 y 50 años con al menos uno de los siguientes diagnósticos en historia clínica electrónica: tabaquismo, hipertensión, diabetes, dislipemia. 2. Profesionales: 13 médicos y 16 enfermeras. Muestreo aleatorio simple de profesionales y de pacientes CS que cumplen los criterios de inclusión. Se estratifican en 3 grupos: 20-30, 31-40, 41-50 años. Selección de 15 pacientes por grupo. Citación telefónica. Sesiones en CS con moderador y observadores, videogravadas. Se realizan 3 grupos focales de 8-10 pacientes y 1 de profesionales (5 médicos/as, 5 enfermeros/as). Se realiza motivación, cuestionario de preguntas de creencias, rueda de opiniones y debate. Análisis: del discurso en estructura y contenido. Análisis de factibilidad de actividades preventivas.

Resultados. Baja percepción del riesgo cardiovascular expresada en análisis del discurso. Factibilidad de actividades: cambios en los estilos de vida: tabaquismo, ejercicio físico, dieta y manejo del estrés; propuesta de sesiones formativas en CS.

Conclusión. Debemos trabajar con la población femenina en prevención de factores cardiovasculares y en modificar sus creencias con la meta de reducir la incidencia de patología cardiovascular, que va en aumento y tiene peor pronóstico en esta población.

P36.05 ESTUDIO ANTROPOLÓGICO DE LOS INMIGRANTES MAGREBÍES CON DIABETES. PLANIFICACIÓN DE ESTRATEGIAS EN EDUCACIÓN TERAPÉUTICA

M. Martínez Sierra, J. Franch Nadal, A. Mérida Martos, M. Díez Casas, M. Jansa y M. Vidal

ABS Raval Sud. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: josep.franch@gmail.com

Objetivos. Conocer el perfil antropológico de los pacientes magrebíes con DM2 y adaptar estrategias en educación diabetológica.

Pacientes y métodos. Investigación cualitativa observacional sobre entrevistas a 40 inmigrantes magrebíes diabéticos atendidos en Atención Primaria (con 16 entrevistas abiertas preliminares al diseño definitivo). Selección secuencial entre los que dieron su consentimiento. Entrevista en 5 apartados (demográfico, integración social, datos clínicos, convivir con la DM, factores culturales) realizada por antropóloga y mediador cultural. Duración estudio 1 año. Análisis estadístico descriptivo.

Resultados. Edad 50 ± 15 años, 73% mujeres, 67% residía en España > 5 años. Barrera idiomática 60%. 58% analfabetos. El 80% prefieren la transmisión oral a la lectura. Refieren dificultades en seguir la dieta el 66%. El 54% utiliza la cocina española y marroquí. Creen que su DM ha sido provocada por el estrés 38%, no sabían causa 31%, susto 17%, herencia 14%, Dios 7%. Mayoritariamente conciben la DM como una en-

fermedad de la sociedad occidental. No adherencia a fármacos el 32% y a las visitas 43%. Utilizan medicina alternativa el 24%. Practicaban el Ramadán el 63%. Percepción de calidad de vida (EuroQol) > 5 (rango 0-10) en el 53%.

Conclusión. La aproximación antropológica al colectivo magrebí con DM2 permite evitar estereotipos y definir las características sobre material educativo para minimizar las barreras detectadas: dirigido a los profesionales (material escrito) y a pacientes (DVD bilingüe incluyendo consejos cocina magrebí y española, y recomendaciones para el Ramadán y celebraciones). Adaptación del vaso medidor de alimentos a la dieta magrebí.

P36.06 LA CERTIFICACIÓN DE DEFUNCIÓN: FUENTE DE MALESTAR PARA EL MÉDICO DE FAMILIA

G. Díaz Grávalos, G. Palmeiro Fernández, M. Arandia García, M. Gómez Fernández, I. Casado Górriz y L. Vázquez Fernández
CS Cea; CS Rubiá; CS Coles; CS Xinzo de Limia; CS Allariz. Cea (Ourense). Galicia.
Correo electrónico: gdgravalos@hotmail.com

Objetivos. Conocer los sentimientos y actitudes que genera la certificación de defunción (CMD) en los médicos de familia (MF).

Pacientes y métodos. Tipo de estudio: cualitativo, con 3 grupos focales. Ámbito del estudio: Atención Primaria. Sujetos: participaron 32 MF de 3 Servicios de Atención Primaria (12, 9 y 11), elegidos según criterio geográfico para representar el territorio, dirigidos por 2 moderadores. Se invitó a la totalidad de facultativos de cada Servicio. Métodos: audiograbación de las entrevistas y análisis de contenido de la transcripción literal. Se segmentó el texto en 4 temas: sentimientos del MF, problemas detectados, causas y posibles soluciones. Se alcanzó la saturación de la información.

Resultados. Se crearon 5 categorías de análisis: Responsabilidad profesional y legal, habilidades prácticas, vivencia de los hechos, influencias y relaciones con agentes externos y manejo del problema. Alta preocupación por la responsabilidad profesional y legal que entraña. El MF desconoce frecuentemente la causa de la muerte, debiendo suponerla. Existen serias dudas sobre la validez de los registros de mortalidad. Es presionado frecuentemente por diversos agentes (familia, entorno, empresas funerarias, Administración de Justicia). Existe poco apoyo de jueces y forenses. Se constatan necesidades formativas y de protocolización conjunta con otros estamentos implicados. El actual modelo de CMD favorece una cumplimentación inexacta y debería simplificarse para certificar muerte cierta e inexistencia de signos externos de violencia.

Conclusión. El actual modelo de CMD no se adecua a la realidad de la práctica en Atención Primaria y es fuente de conflictos para el MF.

P36.07 LOS JÓVENES Y EL TIEMPO LIBRE. ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LA PERCEPCIÓN DE RIESGOS PARA SU SALUD

A. López Santiago, M. Villanueva Bañuls, A. Bañón Arias, M. Alarcón Nicolás, A. Domínguez Domínguez y G. Navarro Carretero
Concejalía de Sanidad y Consumo del Ayuntamiento de Murcia. Murcia.
Correo electrónico: asensiols@ono.com

Objetivos. Realizar una aproximación al estudio del tiempo libre y las conductas de riesgo de los jóvenes mediante sus vivencias y experiencias.

Pacientes y métodos. Estudio cualitativo con técnica de grupos focales. Se constituyeron 11 grupos con chicos y chicas entre 14 y 24 años, diferenciados según género, edad y zona de residencia. Constituidos entre 8 y 10 personas, tuvieron una duración de 60 a 90 minutos. Se grabó en audio y vídeo, realizándose posteriormente la transcripción y el análisis de los contenidos, mediante segmentación, categorización de los discursos, con triangulación y concordancia ciega.

Resultados. El alcohol: difícil entender el tiempo de diversión sin alcohol; la embriaguez es un hecho normal y rutinario; no hay una percepción clara de riesgo con el consumo de alcohol; no tienen dificultades para la compra de alcohol; los padres no se comportan de forma restrictiva. La satisfacción: el tiempo libre debe ser satisfactorio; buscan sensaciones con intensidad emocional; dicen no planificar las actividades del fin de semana. A veces salen por pura rutina. No es posible entender la satisfacción sin la compañía del grupo de amigos. La dualidad tiempo libre entre semana/fin de semana: El tiempo libre libera de las obligaciones cotidianas;

Las actividades extraescolares y extralaborales durante la semana, no las califican de ocio. Escasas aficiones. Las actividades semanales son obligaciones, el fin de semana sirve para liberarse.

Conclusión. El alcohol es un facilitador para el tiempo libre; existe una percepción de tiempo libre centrada en fin de semana/vacaciones.

P36.08 EL JURADO CIUDADANO EN ITUS: REQUERIMIENTOS DE LA POBLACIÓN FEMENINA ESPAÑOLA FRENTE A LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO INFERIOR

J. Cots Yago y J. Cañada Merino

CS La Marina, CS de Salud de Algorta. Barcelona, Gesto (Vizcaya). Cataluña, País Vasco.
Correo electrónico: 23465jcy@comb.es

Objetivos. Probar la eficacia del método Jurado Ciudadano, en el colectivo de pacientes con infección del tracto urinario (ITU), para conocer sus recomendaciones y peticiones.

Pacientes y métodos. Se siguió la metodología del Jefferson Center sobre jurado ciudadano, consistente en un dialogo estructurado entre pacientes y médicos especialistas. Se seleccionaron a 25 mujeres que reconocieron haber padecido al menos un episodio de ITU, con representatividad geográfica, de edad, de nivel de estudios y de número de episodios sufridos. Se creó un comité de expertos asesor con especialistas en urología, ginecología, enfermedades infecciosas, atención primaria, medicina interna y farmacia. La vista del jurado tuvo lugar durante junio de 2007 y duró tres días. El primero estuvo dedicado a la formación de las asistentes sobre el jurado en sí y sobre las ITU. En el segundo se produjo el debate entre las asistentes y los miembros del comité de expertos, siguiendo un guión establecido. En el tercero las asistentes reflejaron en un documento las conclusiones a las que llegaron. Al finalizar el proceso todos los participantes completaron un cuestionario de satisfacción.

Resultados. Se recogieron en un documento consensuado por las 25 miembros del jurado las conclusiones y recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de las ITU.

Conclusión. El formato del jurado ciudadano demostró su capacidad para evidenciar las necesidades de los pacientes. Demostró que las pacientes desconocen muchos aspectos de ITU y de sus tratamientos y reclaman mayor información por parte del médico, mayor comprensión por parte de la sociedad y pautas que favorezcan la adhesión al tratamiento.

P36.09 ¿CÓMO PODEMOS AYUDAR A NUESTRAS FIBROMIÁLGICAS?

A. Fortuny Borsot, S. Torrent Goñi, M. Sieira Ribot, I. Hernández Maldonado, M. Vilar Pont y P. Franco Comet

ABS Girona-2. Girona. Cataluña.
Correo electrónico: silvia_torrent@hotmail.com

Objetivos. Descripción de la experiencia vivida por mujeres fibromiálgicas recién diagnosticadas que han participado en la intervención psicoeducativa de nuestro centro de salud como prueba piloto.

Pacientes y métodos. El diseño de nuestro estudio es cualitativo fenomenológico descriptivo, siguiendo el paradigma constructivista del modelo de Guba & Lincoln. Recogida de datos: grupo de discusión con entrevista semi-estructurada y diario de campo. Duración de 90-120 minutos. Muestreo: reclutamiento intencional con criterios de homogeneidad: mujeres fibromiálgicas recién diagnosticadas y criterios de heterogeneidad: etnia, estatus social, participación en el taller dirigido por dos equipos de profesionales diferentes. Se reclutan a 6 personas, que permiten obtener una saturación teórica. Tres investigadores (dos médicos y una enfermera). Registro: grabación magnetofónica del grupo, transcripción literal, consulta del diario de campo y discusión final.

Resultados. Se establecen tres categorías de significado: -Visión de la enfermedad: se repiten conceptos como dolor, depresión, tristeza, cansancio. Al diagnóstico destaca la indiferencia o el alivio; -Taller psicoeducativo: con una valoración muy positiva; -Cambios y estrategias para afrontar el futuro: destacan actitudes positivas y esperanzas de mejora y preocupación principalmente a nivel laboral.

Conclusión. En las vivencias personales destacan los cambios en el carácter con muestras de ira y agresividad, con respecto al círculo más íntimo. Sorprenden las ganas de explicar los síntomas padecidos, y la indiferencia que genera el diagnóstico en las pacientes. La intervención psicoedu-

cativa es valorada positivamente. Se trabaja en las propuestas de mejora solicitadas, mayor dedicación a los ejercicios de fisioterapia y continuidad del grupo, dado que estas eran sus mayores reivindicaciones.

P36.10 ESTUDIO DELPHI SOBRE LAS CAUSAS DE INFRADIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA: UNA VISIÓN MULTIDISCIPLINAR

E. Borrell Thió, L. Muñoz Ortiz, M. Rodríguez Álvarez, C. Doménech Turà, J. Mezquiriz Ferrero y L. Valladares Mateo
Unitat de Suport a la Recerca del Barcelonès Nord i Maresme. Mataró (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: eborrell.bnm.ics@gencat.net

Objetivos. Conocer la opinión de cuáles son las causas de infradiagnóstico de la EPOC entre los profesionales sanitarios de una región sanitaria. **Pacientes y métodos.** Estudio semicualitativo: proceso de consulta orientado a la obtención de consensos utilizando la técnica Delphi (dos rondas de consulta). La muestra la forman profesionales sanitarios de 40 centros de salud, todos los neumólogos de 5 hospitales, técnicos de salud de Atención Primaria (AP) y directores de entidades proveedoras de servicios del ámbito. Se invitó a 283 profesionales, por correo electrónico, a que opinaran (valorando de 0 -10) sobre 27 afirmaciones respecto las causas de infradiagnóstico. Los resultados de esta primera ronda se analizaron (percentiles 25-50-75) y se reenviaron, de manera personalizada, para la segunda ronda.

Resultados. La participación de la primera y la segunda ronda fue de 186 (65%) y 153 (82%) respectivamente. Después de la segunda ronda las principales causas de infradiagnóstico de la EPOC fueron: la población no conoce la enfermedad y no la percibe como grave, los fumadores no consultan porque no quieren dejar el hábito y (debido a que hay un largo periodo de la enfermedad leve o asintomática) no se consulta en fases precoces; la infratratamiento de la espirometría en AP y la poca implicación del personal de enfermería en el cribaje; se administran pocos recursos para su prevención y falta tiempo en las visitas de AP.

Conclusión. Las causas son multifactoriales y se debería intervenir sobre varios niveles, por lo que no parece fácil un cambio a corto plazo.

Sesión 37
Viernes, 21 de noviembre. 13.00-14.00 h
Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Miscelánea

P37.01 CÓMO SON NUESTROS PARTES JUDICIALES

I. Villar Balboa, M. Llano Izquierdo, E. de Prado Peña, A. Aguilar Margalejo, L. Santiago Pérez y M. Monclús González
ABS Florida Sud. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: miriamllano@hotmail.com

Objetivos. Describir los datos que figuran en los partes judiciales realizados en un Centro de Atención Primaria y las características de la agresión.

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo transversal. Ámbito: centro de salud urbano. Sujetos: pacientes que requirieron partes judiciales tras asistencia (enero 2005-mayo 2007). Mediciones: datos filiación, datos agresión e identificación del personal sanitario.

Resultados. 114 partes revisados. 50% hombres, 40,3% mujeres. Edad media 31 años. 35% inmigrantes. De los datos evaluados en los partes consta: edad 84%, estado civil 67,55%, domicilio 93,86%, DNI 79%, teléfono 72%, profesión 52%, hora agresión 96,5%, lugar agresión 84,47%, características de la lesión 98,25%, pronóstico 93%, identificación profesional 98,25%. No consta: nº SOE 73,68%, nº historia 85,96%, titular 92,11%. Motivos: contusión 38,59%, hematomas 22,8%, herida incisa 16,66%, excoriaciones 10,5%. Causa de la lesión: manual 32%, arma blanca 2,6%, porra 1,75%, no consta 56%. Agresor: pareja 12,2%, otro familiar 2,6%. Lugar: 44% vía pública, 24% domicilio habitual, 10% no consta. Pronóstico:

91% leve, 11,75% moderado, 7% no consta. Tiempo transcurrido entre agresión y salida de parte al juzgado: 3,5 días. Tiempo entre la salida del parte y llegada al juzgado: 4,5 días.

Conclusión. -Cumplimentación mayoritaria de los datos básicos de un parte judicial; -Identificación del personal sanitario aceptable; -Agresiones más frecuentes: contusiones leves sin arma y en la vía pública; -Habría que valorar si la gestión entre la emisión de partes y llegada al juzgado es adecuada, e intentar buscar métodos de mejora.

P37.02 HOLA, SOY FIBROMIÁLGICA

V. Gallego Dueñas, M. Lasala Moreno, P. Badia Millán, G. Ormeño Victorero, M. Llano Izquierdo y A. Aguilar Margalejo
ABS Florida Sud. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: 39818vgd@comb.es

Objetivos. Describir perfil de las pacientes con fibromialgia del ABS.

Material y métodos. Ámbito: Centro de Salud Urbano. Diseño: encuesta administrada por personal sanitario. Sujetos: pacientes diagnosticadas de fibromialgia. Citación telefónica. Medidas: filiación, antecedentes, historia de la enfermedad, tratamiento, bajas laborales.

Resultados. N: 101. Tasa de respuesta: 100%. 96% mujeres. Edad media 57. Tres cuartos estudios primarios. 77% viven en pareja, 47% con hijos a su cargo. 50% cuidadoras de progenitores y/o nietos. 9% pertenece a asociación de fibromialgia. 62% tiene antecedentes familiares de primer grado con dolor crónico. 60% identifica factor desencadenante de la enfermedad (50% problemas familiares, 23% problemas laborales). Edad media inicio: 41. -Síntomas principales presentes actualmente: astenia (86%), insomnio (76%), dolor (94%). -Localización: cervicales (60%), EESS (53%), lumbares y EEII (46,5%). -Duración media de crisis: 7,5 días. 1/3 ha estado de baja laboral en alguna ocasión. -Comorbilidad: paroxismos (87%), ansiedad y déficit memoria (86%), depresión y déficit concentración (81%), rigidez articular (77%). 5% fatiga crónica. -Sólo 18% diagnosticadas por médico de familia. -22% controlado exclusivamente en ABS. 25% visitado por ≥ 3 médicos. Tratamiento: 25% ≥ 3 analgésicos (64% AINE, 68% paracetamol). 70% recibe psicofármacos (67,5 benzodiacepinas, 40% antidepresivos). 52% realiza habitualmente ejercicio físico. 40% ha utilizado alguna vez medicinas alternativas. 60% considera ineficaz su tratamiento.

Conclusión. Nuestras pacientes son mujeres de edad media, con importante carga familiar y antecedentes familiares de dolor crónico. Suelen identificar un factor desencadenante de su enfermedad. Sintomatología clásica: dolor, astenia e insomnio, con importante asociación a ansiedad y depresión. Son controladas por varios especialistas. Poca tendencia a acudir a asociaciones de pacientes. Elevado consumo de analgésicos y psicofármacos, pero con escasa eficacia.

P37.03 DOLOR CRÓNICO OSTEO-ARTICULAR, ¿ESTÁN TAN MAL COMO PARECE?

A. Muñoz Pena, E. Rayó Martín, R. Monteserín Nadal, B. Ichazo Tobella e I. Sáenz Herranz
EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: 20456amp@comb.es

Objetivos. Descripción de un grupo de pacientes con dolor crónico por artrosis seleccionados para participar en un ensayo clínico de eficacia de un programa para mejorar síntomas y discapacidad.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal en centro de salud urbano (25.000 habitantes). Participaron 120 personas de 50 a 70 años, seleccionadas sistemáticamente en la consulta. Se les proporcionó un cuestionario autoadministrado que incluía: variables socio-demográficas, estado de salud, estilos de vida, medicación, escalas de: dolor (escala visual analógica (EVA)), ansiedad-depresión (Golberg), capacidad funcional (Spanish Stanford HAQ-20 disability scale (SSHAQ)) y estado de salud (SF-12).

Resultados. 82,5% mujeres. Edad media: 64 años ($DE \pm 7$). 15% viven solos, 16% activos, 50% jubilados, 6,8% en paro y 27% amas de casa. IMC medio 28,8. 59,1% hacia ejercicio. 21,7% tenían dolor de espalda, 35% de rodilla, 48% de mano. 91,4% tenían dolor de más de un año de evolución. 78,8% tomaba analgésicos (62% diariamente). El 20% tomaba antidepresivos, 30% ansiolíticos. La media de la EVA 5,97 ($DE \pm 2,11$). Golberg: 78,3% ansiedad y 76,7% depresión. SSHAQ: media 0,84 ($DE \pm 0,52$).

SF-12 (medias): función física 36,9 (DE \pm 11,5); dolor corporal 38,5 (DE \pm 11,9); salud general 35,8 (DE \pm 8,3); vitalidad 44,72 (DE \pm 12); función social 42,43 (DE \pm 15,1); salud mental 47,96 (DE \pm 13,3); rol emocional 18,28 (DE \pm 5,5).

Conclusión. Grado de dolor considerable con mínima afectación funcional. Elevado porcentaje de alteraciones emocionales. Consumo elevado de analgésicos y de psicofármacos.

P37.04 PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS Y/O FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS EN LAS BASES DE DATOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

R. Azagra Ledesma, G. Prieto de Lamo, A. Aguyé Batista, N. Puchol Ruiz, E. Gené Tous y M. Fuentes Díaz

CAP Badia del Vallès, SAP Cerdanyola, Institut Català de la Salut, Universidad Autónoma de Barcelona, Camfíc. Badia del Vallès, Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: razagraf@telefonica.net

Objetivos. Principal: determinar la prevalencia de osteoporosis y/o fractura osteoporótica registrada en la historia clínica informatizada de AP en pacientes de una amplia zona geográfica en situación de riesgo por criterios de edad y sexo. Secundario: conocer el porcentaje de pacientes con diagnóstico con tratamiento farmacológico.

Material y métodos. Diseño: estudio observacional. Ámbito: Atención primaria. Zona geográfica atendida por dos Servicios de Primaria (SAP) que agrupan a 17 Centros de Atención Primaria (CAP) y a 217 médicos de Familia. Criterios de inclusión: mujeres mayores de 49 años y hombres mayores de 59 años con riesgo de osteoporosis y/o fractura osteoporótica por edad y sexo, residentes en la zona de estudio y con historia clínica informatizada en activo. Determinación de densitometría ósea (DXA) y/o tratamiento farmacológico específico.

Resultados. La población global de estudio es de 441.705 habitantes con un 17,4% de pacientes mayores de 65 años. La población de riesgo es del 23,2% (68.340 mujeres y 34.255 hombres). Los pacientes con diagnóstico de osteoporosis y/o fractura patológica representan el 9,4% (8.378 mujeres y 1.313 hombres) y se les ha solicitado una densitometría (DXA) al 3,3% (3.365/102.595). El 28,2% de los pacientes diagnosticados está recibiendo tratamiento farmacológico.

Conclusión. Existe en AP una marcada menor prevalencia de personas con diagnósticos de osteoporosis y/o fractura osteoporótica que en los estudios en grupos más reducidos recogidos en la literatura de nuestro país así como de tratamientos farmacológicos y DXA realizadas.

Investigación financiada por CAMFiC "VIII Ajut Investigació 2007".

P37.05 ¿ESTAMOS PREPARADOS PARA TRATAR A NUESTROS PACIENTES CON FIBROMIALGIA?

S. Sánchez Casco, M. Narváez Ferri, J. Funes Ortiz, M. Pérez Lucena, R. Ayala Mitjavila y P. Rosales Espallargas

CAP Serraparera. Cerdanyola del Vallès (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: 32966ssc@comb.es

Objetivos. Analizar la relación existente entre el grado de afectación de la enfermedad (leve, moderado, grave) recogido mediante el cuestionario FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire), y la actitud terapéutica.

Material y métodos. Estudio observacional transversal en ABS urbano. Obtenemos datos de pacientes diagnosticados de fibromialgia en historia informatizada (M79.0), y se mide grado de afectación de la calidad de vida mediante cuestionario FIQ (leve, moderado, grave). Se registra el tratamiento farmacológico (PI: poco intensivo: menos de 3 fármacos/I: intensivo: 3 o más fármacos/NF: tratamiento no farmacológico/AF: actividad física).

Resultados. Obtenemos datos de 124 pacientes: mujeres 117 (94,4%), hombres 7 (5,7%). Prevalencia 4,7%. Seleccionamos muestra de 52 pacientes (42%): mujeres 49 (94,2%), hombres 3 (5,8%). Resultados del cuestionario: FIQ leve 3 (5,8%): PI 2 (66,6%), I 1 (33,33%), AF 1 (33,3%). FIQ moderado 16 (30,8%): PI 5 (31,25%), I 10 (62,5%), NF 1 (6,25%), AF 2 (12,5%). FIQ grave 33 (63,4%): PI 8 (24,24%), I 25 (75,76%), AF 9 (27,27%).

Conclusión. El desconocimiento de la etiología y por tanto de un tratamiento específico provoca que el abordaje de la fibromialgia se realice de forma diferente entre profesionales de nuestro centro. Observamos como en algunos casos aún teniendo un nivel de afectación grave sean tratados con tratamiento poco intensivo, incluso fármacos sin reconocida eviden-

cia científica. Destacar la infrautilización de terapias no farmacológicas y sobre todo de actividad física.

P37.06 DOLOR ABDOMINAL INESPECÍFICO EN ATENCIÓN CONTINUADA

M. Vidal Cambra, D. Abelló Bottomley, D. García Vidal, M. Ruiz Batalla, M. Pinilla Macarro y O. Araujo Loperena

ABS Baix Penedès Interior, Xarxa Sanitària i Social Santa Tecla. Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: deborahkim@ya.com

Objetivos. 1. Conocer las características de los pacientes diagnosticados de dolor abdominal inespecífico en las urgencias de un CAP semi-rural. 2. Determinar su destino tras la valoración médica. 3. Valorar el diagnóstico final de estos pacientes.

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo transversal. Análisis estadístico mediante el paquete SPSS12 para Windows. Ámbito: ABS que comprende una población de unos 12.000 habitantes. Nivel de atención sanitaria: primaria/secundaria. Criterios de selección: pacientes diagnosticados de dolor abdominal inespecífico en atención continuada durante los meses de octubre y noviembre 2007. Número de sujetos incluidos: 38. Variables y métodos de evaluación: edad, sexo, origen, antecedentes, destino (domicilio-hospital), diagnóstico final tras la valoración en el hospital.

Resultados. La edad media de los pacientes fue de 33 años (DE 21) y el 71,1% fueron mujeres (27 casos). Trece pacientes eran inmigrantes (34,2%) y 27 (71,1%) carecían de antecedentes médicos importantes. Tras la valoración médica el 60,5% (23 casos) fue dado de alta a domicilio y 15 pacientes (39,5%) fueron derivados al hospital: -En 6 casos se mantuvo el diagnóstico de abdominalgia inespecífica. -Otros 7 fueron diagnosticados de infección urinaria (3), gastroenteritis aguda (2) y dolor lumbar (1). -2 quedaron ingresados por rotura folicular y pancreatitis.

Conclusión. 1. La mayoría de pacientes diagnosticados de abdominalgia inespecífica son mujeres jóvenes sanas y autóctonas. 2. El destino final más frecuente es el domicilio. 3. El dolor abdominal inespecífico es el diagnóstico final más frecuente.

P37.07 PREVALENCIA DE FACTORES MENORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON DIFERENTES GRADOS DE MASA ÓSEA

E. Pariente Rodrigo, E. Obregón Gómez, I. Pérez Pajares, F. Pinedo López, D. Nan Nan y J. Hernández Hernández

CS de Camargo. Santander. Cantabria.
Correo electrónico: cramos@gap01.scsalud.es

Objetivos. Determinar y comparar las prevalencias de factores de riesgo menores (FRm) de osteoporosis (OP) en 3 grupos de pacientes, clasificados según su masa ósea (normalidad-osteopenia-OP).

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal de una muestra de 1160 pacientes reclutados a medida que acuden a la consulta de forma oportunista (caso finding). Pertenecen a la Cohorte de un EAP, diseñada en 2006, para estudio de enfermedades metabólicas óseas en mujeres postmenopáusicas y varones \geq 50 años. Se recoge historia clínica con datos sobre FR de OP en cuestionario estructurado y se realiza estudio analítico, radiológico y densitométrico. Se analizan los datos con el programa informático SPSS.

Resultados. Se han estudiado 1.160 sujetos (75,6% mujeres/24,4% hombres), con edad media de 63,5 años (DE 9,1). Fueron analizados 10 FRm de OP en los 3 grupos, actuando el grupo de "densitometría normal" como grupo de comparación. Mediante ANOVA se observa que en el grupo de "OP", sólo "peso $<$ 57 kg" (con una prevalencia del 16%) presenta diferencias significativas respecto al grupo de comparación (prevalencia 3,2%). Los restantes FRm de OP se distribuyeron en los tres grupos con prevalencias desiguales y sin diferencias significativas.

Conclusión. El estudio confirma la prevalencia significativa de bajo peso en los pacientes osteoporóticos. Dicho factor se incluye en diferentes escalas (NOF, ORAI, índice FRACTURE) de identificación de sujetos de riesgo de fractura osteoporótica. No se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos para el resto de factores menores de riesgo estudiados (sedentarismo, bajo consumo de calcio o café, tabaco o alcohol...).

FIS: PI05 0125.

P37.08 EL AGUA FUENTE DE VIDA Y SALUD

M. Moreno Girao, M. Romera Punzano, M. Martínez Martínez y M. Gámez González

ABS La Roca del Vallès. La Roca del Vallès (Barcelona). Cataluña. Correo electrónico: 24728mmg@comb.es

Objetivos de la experiencia. Incidiendo en el Día Mundial de la Salud con el lema "hábitos de vida saludables = vida sana" potenciamos el agua como medio indispensable de vida. Unificar menajes de los distintos agentes sociales, el agua bien apreciable y escaso necesario para la vida. Fomentar la participación activa de vecinos, asociaciones y técnicos del barrio. Favorecer las relaciones intergeneracionales y familiares por un bien común y social.

Descripción de la experiencia. Trabajamos en los diferentes niveles, fomentando la participación y la cohesión de mensajes sobre el agua. En la escuela se fomenta lo necesario que es el agua para la vida, potenciando su buen uso en nuestra vida diaria. Los niños del colegio (160) realizan dibujos. Los alumnos de 6º Primaria, elaboran una presentación, que exponen en una jornada familiar e intergeneracional, para concienciarlos a todos. El Grupo comunitario (grupo de ciudadanos, entidades y asociaciones que impulsan el Proceso de intervención comunitaria) organizan el acto, una gincana de juegos de agua (sin agua), merienda saludable, exposición de dibujos, entrega de premios y fin de fiesta con el baile de una danza ancestral, para activar la aparición de lluvias.

Conclusiones. La coordinación de los diferentes niveles que participaron comportó una excelente acogida por parte de la Comunidad y reafirma la línea de actuación del Proceso de Intervención Comunitaria. Cuando trabajamos juntos ciudadanos, técnicos y administración local, compartimos la ilusión y la satisfacción del trabajo bien hecho. Activar la conciencia social hacia un bien común y necesario, como es el agua.

P37.09 DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIAS DE PULMÓN Y DE COLON ANTES Y DESPUÉS DE UNA UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO

M. Faro Colomés, E. Simó Cruzet, E. Tor Figueiras, M. Vernet Vernet y P. Larrosa Sàez

CAP Terrassa Nord. Terrassa (Barcelona). Cataluña. Correo electrónico: 34174mfc@comb.es

Objetivos. Valorar el intervalo entre el síntoma y el diagnóstico y la supervivencia de pacientes con neoplasia de pulmón o colon, antes y después de la implantación de una Unidad de Diagnóstico Rápido (UDR). **Material y métodos.** Diseño: estudio observacional transversal. Ámbito: Centro de Atención Primaria urbano. Población estudio: pacientes ≥ 15 años diagnosticados de neoplasia de pulmón o colon desde el 2004 al 2006. Variables analizadas: sociodemográficas, fechas de primera consulta en relación a la neoplasia, de diagnóstico y de éxito si lo hubiese, lugar de primera consulta y periodo pre UDR o UDR (julio 2005).

Resultados. Neoplasias pulmón: Incluidos 29 casos (edad media $68 \pm 9,5$ años, 89,7% hombres). Pre UDR: 62,1%. Primera consulta: Atención Primaria (AP) 51,7% hospital de referencia (HR) 26,7%. En periodo UDR, derivación del 77,8% de casos de sospecha. No se observaron diferencias significativas en los intervalos primera consulta-diagnóstico y diagnóstico-exito entre los períodos pre UDR y UDR. Neoplasias colon: incluidos 43 casos (edad media $68 \pm 12,6$ años, 65,1% hombres). Pre UDR: 39,5%. Primera consulta: AP 58,6%, HR 11,6%. En periodo UDR, derivación del 33,3% de casos de sospecha. No se observaron diferencias significativas en los intervalos primera consulta-diagnóstico y diagnóstico-exito entre los períodos pre UDR y UDR.

Conclusión. Mayor utilización de la UDR en la neoplasia de pulmón. La derivación de pacientes con sospecha de neoplasia de pulmón o colon a la UDR no se acompaña de una mayor rapidez diagnóstica ni de una mayor supervivencia.

P37.10 ¿ES POSIBLE MEJORAR LAS URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD?

M. Caldentey Tous, G. Tamborero Cao, M. Millán Oller, E. Miró Viamonte, A. Tamayo y R. Casamartina Bach

CS Coll D'en Rebassa. Palma de Mallorca. Illes Balears. Correo electrónico: mcaldentey@ibsalut.caib.es

Objetivos de la experiencia. Mejorar la atención a las urgencias de un Centro de Salud (CS) urbano y docente de Mallorca de 26100 habitantes.

Descripción de la experiencia. La percepción de los profesionales en la atención urgente, no era satisfactoria. Se propuso mejorar el circuito de urgencias, involucrándose todos los profesionales del centro y obteniendo mejoras como: atención más efectiva a la solicitud de atención urgente, unificación de criterios, educación sanitaria, racionalización de recurso. Las medidas adoptadas fueron: Revisión del protocolo de urgencias. Definición del rol de cada profesional (administrativo, enfermería, médico) realizando un documento. Se realizaron hojas informativas al usuario. Se organizó la priorización y clasificación de las urgencias.

Resultados. Se disminuyeron el número de reclamaciones por los tiempos de espera (un 25%), mejoró la satisfacción del usuario (95%), y la percepción de los profesionales en la organización tanto por el triaje como por el circuito establecido (97%). Se eliminaron pasos intermedios descongestionando la sala de curas. Se revisó y actualizó el protocolo de enfermería.

Conclusiones. Las urgencias en un CS es una fuente potencial de conflictos por la percepción diferenciada entre usuarios y profesionales y distorsiona el funcionamiento correcto del CS si no se dispone de un sistema de urgencias racional y eficiente. La mejora en la atención de las urgencias influye en la satisfacción de los diferentes protagonistas: satisfacción del usuario y profesional, mejora la eficiencia de las actuaciones. También la mejora en las urgencias obliga a revisar aspectos de: política y estrategia, personas, procesos, resultados de clientes y la sociedad.

P37.11 UN BLOG COMO HERRAMIENTA DOCENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO

A. González González y E. Barrera Linares

CS Vicente Muzas, Área 10; Gerencia de Atención Primaria de Madrid. Getafe (Madrid). Comunidad de Madrid. Correo electrónico: ernestobarrera@gmail.com

Objetivos de la experiencia. Adquirir conocimientos y habilidades para una mejor gestión de la información sanitaria, utilizando herramientas informáticas y utilidades Web 2.0.

Descripción de la experiencia. Inicialmente, para saber el nivel de conocimientos de los participantes, todos profesionales de atención primaria, se organizó una encuesta virtual por medio de la utilidad <http://www.surveymonkey.com>. El análisis de los resultados del cuestionario permitió adaptar y personalizar el contenido del curso a las necesidades formativas de los alumnos. Se creó un blog (<http://ernesto-curso.blogspot.com>) que fue el soporte docente para iniciar el aprendizaje durante los tres primeros meses. Periódicamente, se iban añadiendo textos en el blog (post), que los alumnos recibían por suscripción de e-mail, o por sindicación a contenidos (RSS). Los comentarios que los alumnos añadían en cada post se distribuían también al resto de suscriptores, así como las contestaciones del autor. Para facilitar el feed-back docente, en cada post se podía llenar un cuestionario que orientaba al autor sobre la claridad de lo expuesto. Finalmente, celebramos una sesión presencial para trabajar con todas las dudas, y experimentar con todo lo aprendido.

Conclusiones. El blog ha permitido avanzar en la formación de contenidos a los participantes. Se consideró una herramienta útil, por la interacción que permitió y por la posibilidad de reunir en un aula virtual común a un grupo de personas (profesionales de Atención Primaria) con similares inquietudes formativas, a pesar de su procedencia de diferentes puntos geográficos.

P37.12 INCAPACIDAD TEMPORAL EN UNA ZONA DE SALUD URBANA: ¿HA CAMBIADO ALGO CON LOS AÑOS?

J. Marcos Serrano, J. Menárguez Puche, A. Nicolás García, M. López Piñera, J. Hernández Soler y E. Monzó Núñez

CS de Molina de Segura. Molina de Segura (Murcia). Murcia. Correo electrónico: josef.marcos@carm.es

Objetivos. Describir características de procesos de incapacidad temporal (IT), identificando diferencias entre las de los años 2001 y 2007.

Material y métodos. Diseño: descriptivo, retrospectivo. Ámbito de estudio: Zona de Salud urbana. Sujetos: muestreo aleatorio sistemático (confianza = 95%, precisión = 5%) de IT ocurridas en 2001 (N = 1.207, n = 292) y 2007 (N = 1.710, n = 314). Se compararon incidencia interanual IT global y por embarazo (E) según tasas/100 trabajadores y 100 nacidos vivos. Variables independientes analizadas: edad, sexo, enfermedad causante, contingencia, régimen afiliación (RA), profesión, accidente de tráfico (AT), embarazo e interconsulta (IC). Se utilizó días en IT como variable dependiente. Para el tratamiento estadístico se usaron: χ^2 , U Mann-Whitney, test Kruskal-Wallis.

Resultados. Tasa global en 2001 menor que 2007 (17,422 y 21,830 respectivamente), con menor número de IT por E en 2007 (20 vs 27,914). Los procesos duraron más días en 2001 que en 2007 (323,12 vs 285,26, $p < 0,01$). Comparando IT de ambos años no hubo diferencias relevantes para ninguna de las características reflejadas por variables independientes. Por el contrario, sí influyeron diferentes variables en el número de días de IT. Las IT fueron más largas para mujeres (321,94 vs 290,01, $p < 0,05$), en AT (464,19 vs 293,65 días, $p < 0,0001$), en E (388,32 vs 298,62, $p < 0,004$) y con IC (441,21 vs 224,45, $p < 0,0001$). En relación con el RA fueron más largas las de empleadas de hogar ($p < 0,0001$). Según causas IT más largas fueron las de origen ginecológico.

Conclusión. El número de IT en 2007 fue mayor con menor duración que 2001. Las características de IT de ambos años fueron similares. El perfil de duración de los procesos de IT cambia de forma considerable según diversas variables.

Sesión 38

Viernes, 21 de noviembre. 09.00-10.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Miscelánea

P38.01 ESTUDIO DE LOS PÓLIPOS DE COLON EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

J. Ródenas Aguilar, R. Sequera Requero, A. Serra Vázquez, N. Pérez León, Y. Bermejo Cacharrón y J. Carreter Parreño

ABS Llefià. Badalona (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: jrodenas@telefonica.net

Objetivos. Conocer las características y los síntomas de los pacientes diagnosticados de pólipos de colon por médicos de familia. Conocer la actitud terapéutica y recomendaciones de seguimiento.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo en un centro de salud urbano. Revisión de 186 historias clínicas de todos los pacientes a los que se les solicitó una colonoscopia desde las consultas de medicina de familia el año 2007.

Resultados. De los 142 pacientes a los que se realizó colonoscopia, se diagnosticaron pólipos en un 15,9%: 56,5% mujeres; edad media 59 años; 21,7% fumadores; 30% enolismo; 13% antecedentes familiares de cáncer de colon. Los síntomas que justificaron la petición de la colonoscopia fueron: 43,5% rectorragia; 17,4% estreñimiento; 13% anemia ferropénica; 16% abdominalgia; 8,7% diarrea. El 73,9% de los pólipos fueron menores de 1 centímetro y la localizaron más frecuente fue en recto-sigma (47%), seguida de colon descendente (17,6%) y ascendente (11,8%). La actitud fue electrofulguración en el 30,4%, resección y envío a anatomía patológica en el 65,2%. El estudio histológico demostró pólipos hiperplásicos en 15,4%, adenoma tubular en 46,2%, adenoma veloso en 15,4% y adenoma tubuloveloso en 15,4%. Se recomendó realizar colonoscopia de control en 1 año en el 13%.

Conclusión. El estudio de los pólipos de colon es fundamental en la prevención del cáncer de colon. En nuestra población la forma de presentación más frecuente fue la rectorragia. Sorprende el elevado porcentaje en los que no consta recomendación de nueva colonoscopia, de ahí que creemos necesario priorizar y protocolizar el seguimiento de estos pacientes.

P38.02 INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES: ¿USO O ABUSO?

F. Cornejo Martín, M. García Fernández, J. Fernández Horcajuelo, L. Balsalobre Arenas, R. Martín Tomás y V. Silva Herrera

CS Dr. Mendiguchía Carricé, Área 9. Madrid. Comunidad de Madrid.
Correo electrónico: cornejoma@hotmail.com

Objetivos. Evaluar la adecuación de las prescripciones crónicas de IBP a las indicaciones autorizadas y recogidas en guías de Práctica Clínica.

Material y métodos. Diseño: descriptivo trasversal. Ámbito: Zona básica de salud. Sujetos: 979 prescripciones crónicas correspondientes al código A02B2 de la clasificación anatómica (IBP) registradas en base de datos OMI, durante octubre 2007. Variables: tipo de prescripción; episodio asociado; edad. Método de evaluación: evaluación por pares de la adecuación de la prescripción con las indicaciones autorizadas en ficha técnica y/o las recomendadas en la GPC de enfermedad por reflujo gástrico y dispepsia (AEG- SEMFYC- Cochrane) y gastroprotección, revisando en la historia clínica el episodio asociado a la prescripción.

Resultados. De un total de 2613 prescripciones de IBP, 979 eran crónicas (37,5% del total). Prescripción crónica: -30,5% se asociaron a gastroprotección por AINES y corticoesteroides. El 6,6% correspondían a patología inflamatoria crónica. El 75,8% se prescribieron a pacientes mayores de 60 años. -13,3% se asociaron a tratamientos con antiagregantes plaquetarios por distintos episodios de patología cardiovascular. 17,6% en episodios de enfermedad por reflujo gástrico. -2,1% prescrito en dispepsia funcional. 2,1% asociado a úlcera gastroduodenal. 0,9% por hemorragia digestiva alta. 23,5% aparecía asociado a episodios que no correspondían a las indicaciones autorizadas. Se consideraron adecuadas el 37,5% de las prescripciones.

Conclusión. Solamente un 37,5% de las prescripciones crónicas se adecuan a las indicaciones autorizadas. Un 39% tendría indicación sólo de forma aguda. El resto se prescribe sin indicación clara o podría tratarse de un error de registro.

P38.03 PREVENCIÓN DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA: ACTITUD ACTIVA ANTE EL GOLPE DE CALOR

E. Artigues Barberà, M. Martínez Orduna, A. Plana Blanco, S. Sáez Cárdenas, M. Guitard Sein-Echaluce y C. Torres Penella

ABS Balàfia-Pardinyes-Secà de Sant Pere; Facultat de Medicina i Escola Universitària d'Infermeria, Universitat de Lleida. Lleida. Cataluña.
Correo electrónico: antoniplana@camfic.org

Objetivos. Conocer actividades preventivas en población de riesgo susceptible de padecer golpe de calor (GC). Minimizar sus efectos en población vulnerable: > 75 años, discapacitados físicos/psíquicos, cardiópatas, broncópatas, hipertensos, diabéticos, personas que viven solas y medicaciones concretas (psicotropos, diuréticos, neurolépticos).

Material y métodos. Estudio descriptivo longitudinal. Personas > 15 años, consecutivos, no aleatorio. Área urbana. Recogida de datos desde consulta de enfermería (15 mayo a 31 agosto'07): género, edad, antecedentes y factores de riesgo. Entrevista individualizada paciente y/o cuidador (discapacitados y población de atención domiciliaria), ofreciendo consejos educativos (material escrito de apoyo para educación para la salud (EpS) en relación al GC).

Resultados. 461: 274 mujeres (59,5%), 187 hombres (40,5%). 144 son > 75 años (31,24%), 179 tienen 60 y 74 años (38,83%) y 138 < 60 años (29,93%). Presencia de 49 discapacitadas (10,63%). Patologías y factores de riesgo: 221 hipertensos (48% del total), 179 obesos (38,83%), 140 diabéticos (30,30%), 123 personas toman medicaciones de riesgo (26,70%), 63 cardiópatas (13,67%), 43 broncópatas (9,34%), 30 neoplasias (6,50%) y 9 viven solos (2%). 45 personas hipertensión y cardiópatas (9,76% del total, 20,36% de hipertensos). 56 hipertensos necesitan diuréticos (25,34%). Presencia síndrome metabólico en 55 personas (NCEP III: 12%): 35 son mujeres y 20 hombres.

Conclusión. Una cuarta parte de nuestros hipertensos toman diuréticos y una quinta parte afecto de cardiópatas, elementos que pueden provocar desestabilización en época estival de calor. Consulta de enfermería detecta estos pacientes y desarrolla actividades de EpS mediante actividades con folletos informativos y consejo educativo directo.

P38.04 RIESGO DE PRESENTAR OSTEOPOROSIS SEGÚN LAS ESCALAS OST Y DIAZ-CURIEL

M. Yuste Marco, M. Iglesias Martínez, M. Teixidó Clotet, M. Jiménez Moreno, F. Solé Sancho y A. Gener Viñas

ABS Badia del Vallès. Badia del Vallès (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: milaiglesias@camfic.org

Objetivos. Estudiar la necesidad de realizar densitometría ósea (DMO) en las mujeres posmenopáusicas de nuestro centro, utilizando las escalas de riesgo OST y Diaz-Curiel.

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo transversal. Ámbito realización: Centro de atención primaria urbano. Criterios de selección: mujeres mayores de 55 años atendidas en nuestro centro, sin diagnóstico de osteoporosis (OP) secundaria. N° sujetos: seleccionadas aleatoriamente 255 pacientes, incluyéndose 218 al final del estudio. Variables: edad, peso, antecedentes familiares OP, antecedentes familiares de fractura por fragilidad, antecedentes personales de fractura, fecha de menopausia., densitometría ósea (DMO), resultado del riesgo según escala OST y según escala Diaz-Curiel. Datos recogidos mediante encuesta telefónica e historia clínica.

Resultados. 218 mujeres con una media de 68,4 años \pm 8,6 años., la edad media de la menopausia era de $49,67 \pm 4,8$, con una media $69,82 \pm 14,7$ Kg. de peso. Tenían antecedentes familiares OP 3,7%, y de fractura 13,3%, antecedentes personales de fractura por fragilidad 20,2%. Tenían DMO 75 pacientes (34,4%). Resultados escala OST: riesgo bajo (> 1) 81 (37,15%), riesgo moderado (-3 y 1) 117 (23,39%) riesgo alto (< -3) 30 (13,76%). Resultados escala Diaz-Curiel (punto de corte 8): 122 (55,96%) tenían riesgo de presentar OP.

Conclusión. Los resultados muestran una menor indicación de DMO de las que sería necesario realizar según las escalas OST y Diaz Curiel.

P38.05 ESTIMACIÓN DEL INFRAREGISTRO DEL HIPOTIROIDISMO A PARTIR DEL CONSUMO DE HORMONA TIROIDEA

G. Galindo, L. Galván, I. Cruz, C. Serna, N. Nadal y E. Ribes

Regió Sanitària de Lleida. Lleida. Cataluña.
Correo electrónico: ggalindo@menta.net

Objetivos. Estimar el infraregistro en las historias clínicas informatizadas del hipotiroidismo en un área de 372.027 usuarios, a partir del n° de personas expuestas a hormona tiroidea durante el año 2007.

Material y métodos. Diseño: transversal. Ámbito: Atención primaria y farmacia de atención primaria. Sujetos: 372.027 usuarios de la región sanitaria. Comparamos los datos estimados a partir de los registros de consumo farmacéutico (recetas retiradas de oficinas de farmacia) con los registros en las historias clínicas informatizadas. Consideramos hipotiroidismo los códigos CIE 9 E01, E02, E03. Para mejor ajuste, en una segunda aproximación se añadió el código E04.

Resultados. Prevalencia estimada según consumo de levotiroxina: 19,8 casos por 1.000 habitantes y 15,3 según registros (máxima en mujeres de más de 65 años -57,3 según consumo y 42 según registros- y mínima en varones de 0 a 14-0,9 según consumo y 1 según registros). 1 entre 4 y 5 pacientes en tratamiento no tiene un registro diagnóstico de hipotiroidismo. El infraregistro es menor en mujeres de 15 a 64 años (1 de cada 5) y mayor en hombres de más de 65 (superior a 1 de cada 3). Añadiendo E04 se reduce casi a la mitad (1 de 8 pacientes). De los 664 pacientes con diagnóstico E04 (bocio) toman levotiroxina 103 (15,5%) no existiendo un diagnóstico de hipotiroidismo concomitante.

Conclusión. Existe un importante infraregistro de hipotiroidismo en pacientes que siguen tratamiento. A ello se suma un problema de codificación de las patologías.

P38.06 ANÁLISIS DE LA INDICACIÓN DEL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN UN CENTRO DE SALUD

J. Pinar Manzanet, M. Martínez Urroz, E. Antolín Saez, S. Garrido Elustondo, Y. Lozano García y A. Miguel Gordillo

CS Miguel Servet, Área 8. Madrid. Comunidad de Madrid.
Correo electrónico: juanmapinar@inicia.es

Objetivos. Determinar la pertinencia en la indicación del tratamiento con fármacos inhibidores de la bomba de protones (IBPs) en pacientes a quienes se prescriben dichos fármacos en un Centro de Salud.

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo transversal. Estudio prescripción-indicación de medicamentos. Ámbito: Centro de Salud urbano. Población adscrita: 26.000. Población diana: pacientes pertenecientes a un centro de salud a quienes les haya sido prescrito tratamiento con cualquier IBP.

Material y métodos. Muestreo consecutivo mediante revisión de historias clínicas informatizadas de todos los pacientes que acudieron a consultas durante febrero-2008 y a quienes se prescribió cualquier IBP en dicha visita, hasta completar tamaño muestral necesario: considerando situación más desfavorable, $p = q = 0,5$; precisión: $\pm 5\%$; intervalo confianza: 95%: 384 pacientes. Se recogieron los datos necesarios para determinar la causa motivo de prescripción y si ésta se ajustaba a indicaciones de la ficha técnica del producto y guías clínicas recientes.

Resultados. Se prescribió un IBP al 8,9% de pacientes. Edad media: 57,9 años. Mujeres: 62%. Indicaciones no ajustadas a criterios establecidos: 29,8%, destacando una innecesaria gastroprotección ante antiinflamatorios (46,9% de prescripciones incorrectas) y el tratamiento de dispepsias no ulcerosas (11,5%). Indicación adecuada: 66,9%, siendo la gastroprotección ante antiinflamatorios la más frecuente (43,8% de indicaciones correctas). IBP más prescrito: omeprazol (90,7%). En las prescripciones sucesivas (71,6%), la indicación fue más correcta de modo estadísticamente significativo (duración media tratamientos: 28 meses).

Conclusión. Pese al predominio de prescripciones adecuadas, existe un importante consumo innecesario de IBPs en nuestros pacientes, relacionada fundamentalmente, con gastroprotección ante antiinflamatorios.

P38.07 EFICACIA Y SEGURIDAD DE LAS INFILTRACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Roser Galard, E. Saenz Yuste y A. Hernández Hernández

ABS Sant Adrià del Besòs; Hospital Sant Jaume de Calella. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: carolinaroser@camfic.org

Objetivos. Conocer la respuesta al tratamiento con infiltraciones de glucocorticoides en la patología periarticular o de partes blandas en Atención Primaria (AP).

Material y métodos. Diseño: estudio observacional descriptivo, longitudinal. Ámbito: consulta de Atención Primaria de un centro urbano. Participantes: los pacientes atendidos en una consulta de atención primaria entre 1/01/2000 y 1/06/2006, con diagnóstico de patología reumática de partes blandas y que han recibido una o más infiltraciones. Intervención: infiltraciones locales con glucocorticoide depot más anestésico y evaluación de los pacientes a las 2-3 semanas tras la infiltración. Variables: sexo, edad, tiempo de evolución, diagnóstico, tratamientos previos realizados, número de infiltraciones, valoración subjetiva del dolor tras la infiltración y efectos secundarios.

Resultados. Resultados: Se realizaron 223 infiltraciones, siendo la edad media de los pacientes de 57 ± 13 años. El 73% fueron mujeres. El 67% de los pacientes habían realizado un tratamiento previo con AINEs sin obtener mejoría y en el 62% el tiempo de evolución del dolor previo a la infiltración fue entre 1 y 6 meses. Las patologías más frecuentemente infiltradas fueron: tendinitis del manguito de rotadores (32,2%), trocánteritis (28,5%) y epicondilitis (13,5%). La mejoría del dolor tras la intervención fue total en 54% de casos, parcial en 34,5% y nula en 11,4%. Únicamente se observaron complicaciones en 7 casos (3,1%) y fueron de carácter leve (1 hematoma, 5 despigmentaciones cutáneas y 1 infección cutánea).

Conclusión. Las infiltraciones son un tratamiento eficaz, seguro y de bajo coste en la patología reumática de partes blandas y fácilmente realizable en las consultas de AP.

P38.08 OSTEOPOROSIS EN EL VARÓN EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

A. Sacristán Rubio, H. Juan Gallinari, L. Pérez Egido, L. Hernández Ismán, M. Hernando Martínez y A. Hermosa Gelbard

CS Ibiza; CS Monterozas; Universidad Complutense de Madrid. Madrid. Comunidad de Madrid.
Correo electrónico: hdjuan@hotmail.com

Objetivos. Conocer la prevalencia de la osteoporosis en el varón en zona básica de salud, qué tipo de fractura sufre, causas secundarias y qué tratamiento recibe.

Material y métodos. Los datos se obtienen de la historia clínica y se incluyeron en Excel, realizando análisis con SPSS-11.0.

Resultados. Se obtienen 1593 pacientes con osteoporosis, 32 (2%) son varones. La edad media son 73 ± 11 . Edad de osteoporosis es 67 ± 16 años. El IMC de 28 ± 4 . Ningún varón presentó fractura de cadera, 1 fractura de Colles y 8 (25%) fractura vertebral. En 10 (31%) pacientes no tenían causa secundaria, 14 (43%) presentaban dos o más causas. Reciben tratamiento con bifosfonatos 16 (50%) pacientes y 3 (9%) con ranelato de estroncio, 11 (34%) con calcio + vitamina-D, de los cuales 4 (36%) reciben tratamiento con bifosfonatos o ranelato de estroncio. El tiempo de tratamiento es de 28 meses. Se relacionó la presencia de fractura de cualquier causa con la presencia de IMC mayor de 25 ($p < 0,001$) y edad mayor a 66 años ($p < 0,06$).

Conclusión. La prevalencia en nuestra zona básica de salud, de osteoporosis en el varón es más baja según la bibliografía consultada. La fractura vertebral fue la fractura más frecuente. La gran mayoría tienen al menos una causa secundaria para osteoporosis. Los bifosfonatos fue el tratamiento farmacológico que predominó aunque no siempre se asoció a suplementación con calcio + vitamina-D.

P38.09 ¿SEGUIMOS CORRECTAMENTE A NUESTROS PACIENTES CON HEPATITIS C?

S. González Sánchez, A. Escobar Oliva, J. Ojuel Solsona, N. Soler Solé, M. Fernández Soriano y J. Comín Junquera

ABS La Salut. Badalona (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: aescobaroliva@yahoo.es

Objetivos. Conocer el grado de control y seguimiento de nuestros pacientes con hepatitis C.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Ámbito: Centro de Atención Primaria urbano. Sujetos: pacientes con diagnóstico de hepatitis C en la historia clínica informatizada, $n = 258$. Método: seguimiento de las recomendaciones semFYC para la hepatitis C (2003). Mediciones: edad, sexo, parámetros hepáticos, ecografía hepática, estado de vacunación y/o inmunidad a hepatitis B (HB), presencia de cirrosis hepática.

Resultados. La edad presenta una distribución bimodal, con un máximo alrededor de los 40 años y otro alrededor de los 75 (media 55,49, DE 16,5) predominan los hombres en el primer grupo (edad media 50,62, DE 15,8) y las mujeres en el segundo (edad media 62,16, DE 15). El 36,8% era inmune a HB por infección pasada, del resto el 15,9% estaba vacunado de HB. El 58,4% presentaba en la última analítica una ALT elevada (> 35) sugestiva de hepatitis C crónica (excluidos los diagnosticados de cirrosis hepática (8,9%) por ser de control hospitalario). En este grupo, un 32,4% tenían una analítica hepática en los últimos 6 meses y el 31,6% una ecografía en los últimos 2 años. Un 77,5% del total eran controlados por digestivo de zona.

Conclusión. El seguimiento de las recomendaciones es bastante bajo, sólo un 1/3 de los pacientes con hepatitis C crónica tienen realizada una ecografía en los últimos 2 años y una analítica en los últimos 6 meses. Es especialmente llamativo el bajo grado de vacunación de la HB en un grupo que presenta tanto riesgo de contagio.

P38.10 ¿UTILIZAMOS CORRECTAMENTE EL TRATAMIENTO CON DOXAZOSINA EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS?

J. Comín Junquera, J. García Vicente, J. de la Fuente Cárdenas, N. Montella Jordana, S. González Sánchez y J. Ojuel Solsona

EAP Badalona-7, ABS La Salut. Badalona (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: jcomin.bn@scsalud.cat

Objetivos. Conocer el porcentaje de pacientes hipertensos tratados con doxazosina, detectar la presencia de patologías que desaconsejasen su prescripción, describir las condiciones de uso y el grado de control de la presión arterial (PA).

Material y métodos. Estudio descriptivo observacional transversal realizado en mayo 2008, en el que se revisaron todos los pacientes hipertensos del EAP La Salut. Las variables de estudio fueron: tratamiento con doxazosina, presencia de hipertrofia benigna de próstata (HBP) y de insu-

ficiencia cardíaca, (IC) número de fármacos antihipertensivos y últimas cifras de PA en el último año (control aceptable $< 140/90$ mmHg).

Resultados. El número de pacientes hipertensos fue de 4585 de los cuales 234 (5,1%) tomaban doxazosina. El 54,7% son varones ($n = 128$) y la edad media es de 69,8 años (DE 10,8). Diagnósticos: 20,1% HBP e IC 8,5% ($n = 20$) (0,85% ambos). Condiciones de uso: 13 pacientes (5,6%) tomaban únicamente doxazosina, 63 (26,9%) tomaban dos fármacos, 88 (37,6%) tres fármacos y el resto (29,9%) 4 o más medicamentos. La media de principios activos administrados a los pacientes tratados con doxazosina fue de 2,96 (DE 0,97). El tratamiento con doxazosina se asoció a tiazidas en un 50%, IECA en 40,6% y ARA II en 34,6%. El 53,4% de los pacientes presentaban un control aceptable.

Conclusión. Destaca el elevado número de pacientes hipertensos tratados con doxazosina, según la literatura. La presencia de IC en pacientes tratados con doxazosina no es despreciable. Un elevado número de pacientes toman tres o más fármacos antihipertensivos (probablemente debido a que se trata de un fármaco de tercera elección).

P38.11 LOS SÍNTOMAS DE ERGE SON CONSIDERADOS MOLESTOS POR EL PACIENTE EN BASE A LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS SÍNTOMAS

E. Rey Díaz-Rubio, J. Zapardiel Ferrero, M. Muñoz Mínguez y E. Sobrevala Blázquez

Servicio de Gastroenterología del Hospital Clínico San Carlos, Medical Department Astrazeneca, Quintiles Iberia. Madrid. Comunidad de Madrid.
Correo electrónico: javier.zapardiel@astrazeneca.com

Objetivos. Se considera que los síntomas típicos de reflujo constituyen enfermedad (ERGE) si el sujeto los considera molestos (SM). El objetivo del estudio es definir si esta categorización como SM depende de las características de los síntomas o del propio paciente y si hay diferencias entre molestos o no, según tratamiento.

Material y métodos. Estudio transversal multi-céntrico en sujetos con síntomas típicos de ERGE en AP en España. Los sujetos dieron su consentimiento y recogieron con cuestionarios auto-administrados la frecuencia e intensidad (RDQ y GIS) y autodefinieron los síntomas como molestos. Los médicos recogieron datos epidemiológicos, de diagnóstico y tratamiento. Se construyeron dos modelos de regresión logística para predecir la presencia de SM en pacientes con y sin tratamiento.

Resultados. Se incluyeron 4,574 pacientes, tratados con IBP el 65% y de ellos 91% con SM. No hubo diferencias demográficas, excepto en tabaquismo. Las variables predictivas de SM estaban relacionadas con los síntomas: regurgitación, ardor epigástrico y problemas para dormir. Entre los pacientes sin tratamiento (35%), el 87% tenían SM. Este grupo tenía más hombres, de edad algo superior y con mayor frecuencia tenían hipercolesterolemia. Las variables predictivas de SM, excepto hipercolesterolemia, estaban relacionadas con regurgitación, ardor epigástrico y problemas para dormir.

Conclusión. La percepción de los síntomas de ERGE como molestos depende principalmente de las características de los síntomas, especialmente frecuencia de regurgitación y síntomas nocturnos. Las mismas variables se consideran factores predictores tanto en pacientes nuevos como en pacientes en tratamiento con IBP.

Sesión 39

Viernes, 21 de noviembre. 10.00-11.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Miscelánea

P39.01 RELACIÓN ENTRE DENSIDAD MINERAL ÓSEA Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN MUJERES POSMENOPÁSICAS Y VARONES DE ≥ 50 AÑOS

P. García Velasco, E. Pariente Rodrigo, I. Pérez Pajares, G. Pinedo López, J.M. Olmos Martínez y C. Valero Díaz de Lamadrid

CS José Barros; Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; Universidad de Cantabria. Camargo, Santander. Cantabria.
Correo electrónico: cramos@gap01.scsalud.es

Objetivos. Conocer la relación entre densidad mineral ósea (DMO) y riesgo cardiovascular (RCV) en una muestra de mujeres postmenopáusicas y varones de ≥ 50 años. Comprobar si se cumple la hipótesis de que en mujeres postmenopáusicas se asocian baja DMO y RCV elevado.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal de una muestra de pacientes que se reclutan a medida que acuden a consulta de AP, de forma oportunista. Pertenece a una Cohorte de población general, diseñada en 2006, para estudio de enfermedades metabólicas óseas en mujeres posmenopáusicas y varones de ≥ 50 años. Participan 803 sujetos (621 mujeres/182 hombres), menores de 75 años. Se realiza anamnesis sobre factores de riesgo de osteoporosis y estudio analítico, radiológico y densitométrico. Se obtiene el RCV a partir del programa OMI-AP, según la puntuación Framingham. Se analizan los datos con el programa informático SPSS.

Resultados. Los participantes fueron distribuidos, según sexo, en tres grupos: Bajo RCV (0-9%), Moderado RCV (10-19%) y Alto RCV ($\geq 20\%$). El grupo de Alto RCV mostró, en ambos sexos, una media de edad significativamente mayor, mayor índice de masa corporal, y en el caso de las mujeres, mayores valores de DMO en cuello femoral, cadera total y columna lumbar. En hombres, los valores más altos de DMO en las 3 localizaciones se obtuvieron en el grupo de Moderado RCV.

Conclusión. En contra posición con los resultados obtenidos en estudios con población anglosajona, hemos observado mayor DMO en mujeres posmenopáusicas con alto RCV. Creemos necesarios más estudios sobre población no-anglosajona para dilucidar esta cuestión.

FIS: PI05 0125.

P39.02 CONDUCTA DE LOS PACIENTES EN EL MANEJO DEL TRATAMIENTO CRÓNICO FARMACOLÓGICO. EL PAPEL DE LA FECHA DE PRESCRIPCIÓN Y EL RESULTADO PARADÓJICO

J. Montero Alia, Y. Ramírez García, S. Cid Andújar, O. Migilyova, M. Cano de Arribas y A. Brufau García

CAP Mataró 7 -Ronda Prim. Mataró (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: 31297jma@comb.es

Objetivos. Conocer cómo recogen los medicamentos de la farmacia antes y después de la aplicación de la normativa de fechar mensualmente toda receta impresa a finales de 2007 en Catalunya. Además conocer la satisfacción de los usuarios.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Encuesta a los pacientes que han acudido durante el mes de febrero de 2008 a recoger las recetas crónicas generadas por ordenador y entregadas por los administrativos del centro.

Resultados. 382 entrevistas. Edad media: $66,4 \pm 13$. El 55,4% son mujeres. Promedio recetas recogidas por persona: 19. El 75,3% son pensionistas. Antes de la entrada en vigor, el 81% recogían los fármacos de la farmacia cuando necesitaban, el 17,7% todos juntos y el 0,6% mes a mes. Después de la normativa, el 80% mes a mes, el 12% cuando necesita y el 8% todos juntos. La satisfacción por la medida es de 4,82/10 y del circuito del centro de 7,7/10. Los pensionistas recogían todos los medicamentos juntos el 20% mientras que los activos sólo el 9,3%. Tras la fecha han pasado a 7,8% y a 7,1% respectivamente.

Conclusión. Los pacientes han cambiado los hábitos de recogida de recetas en las farmacias. Han pasado de hacerlo cuando las necesitaban a una recogida mensual. A pesar de esta racionalización forzosa el gasto en farmacia ha aumentado como nunca, ¿qué está ocurriendo? Quizás las farmacias tengan la respuesta.

P39.03 ¿RECOGEN EN LA FARMACIA LO QUE DEBEN TOMAR?

M. Ortega Bravo, M. Capdevila Andreu, M. Rodrigo Claverol, N. Nadal Braqué, E. Rodrigo Claverol y L. Galván Santiago

ABS Cap-pont; ABS Bordeta; Consultorio Linyola; Unidad de Farmacia del Institut Català de la Salut. Lleida. Cataluña.
Correo electrónico: mortegabravo@yahoo.es

Objetivos. Describir las características de los pacientes en tratamiento hipolipemiante y conocer su grado de cumplimiento terapéutico.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal, pacientes asignados a 4 médicos de 2 áreas básicas de salud (ABS) urbanas y 1 médico de ABS rural. Se hizo el seguimiento del cumplimiento terapéutico de los pacientes que tomaron hipolipemiante durante todo el año 2007. Se conta-

ron los envases recogidos en la farmacia. Los datos fueron facilitados por el Servicio de Farmacología del Institut Català de la Salut. Variables estudiadas: edad, sexo, ABS, cumplimiento, fármacos (atorvastatina, simvastatina, fluvastatina, pravastatina, lovastatina, gemfibrozilo, fenofibrato). El análisis de los datos se realizó con el programa EpiInfo.

Resultados. Muestra 265 pacientes, 122 hombres/143 mujeres (46%/54%), media de edad 69,5 (DE $\pm 12,3$). El 90,2% ABS urbana. Recuento de envases correcto en el 16,6%, al 68,7% le faltaban entre 1-11 envases y al 14,7% le sobraban 1-6 envases. Fármacos prescritos: atorvastatina 28,7%, simvastatina 46,8%, pravastatina 12,8%, lovastatina 1,5%, fluvastatina 7,5%, gemfibrozilo 1,9%, bezafibro 0,8%. En función del sexo el buen cumplimiento: hombres 50% /mujeres 50%; faltan envases: hombres 46%/mujeres 54% y sobran envases: hombres 41%/mujeres 59%.

Conclusión. La población estudiada no muestra un predominio de un determinado sexo. El cumplimiento correcto es bajo (únicamente 16,6%; IC95%: 12,3-21,6), destacando que a un porcentaje no despreciable (14,6%) le sobra envases. Desde la Atención Primaria deberíamos concienciar a la población en el uso racional y responsable de los fármacos; con la finalidad de optimizar la efectividad de las medidas terapéuticas y controlar el gasto farmacéutico.

P39.04 ¿TENEMOS EXCUSA PARA NO SEGUIR LAS RECOMENDACIONES HECHAS POR NUESTRAS UNIDADES DE FARMACIA?

M. Ripoll Pons, I. Pascual Palacios, M. Baldrich Justel, F. Martín Luján, F. Bejarano Moreno y L. Supersaxo Macià

ABS Reus 1. Reus (Tarragona). Cataluña.
Correo electrónico: mrripoll6@hotmail.com

Objetivos. La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad prevalente atendida en Atención Primaria (AP). Su control y tratamiento forman parte de los indicadores en resultados de salud. Nuestro ámbito cuenta con recomendaciones hechas por una Unidad de Farmacia (UF) basándose en seleccionar medicamentos según la eficacia, seguridad, perfil de uso y coste. Nuestro objetivo es estudiar si el seguimiento de estas recomendaciones se relaciona con un mejor control de los indicadores de salud en HTA.

Material y métodos. Estudio observacional multicéntrico que incluye datos de pacientes diagnosticados de HTA visitados durante el año 2007 en 8 centros de AP. Recogemos resultados de los indicadores de HTA pacificados por el Instituto Catalán de la Salud y el Departamento de Salud: porcentaje de control aceptable de HTA (PA $< 150/95$ mmHg), porcentaje de uso de diuréticos, de ARAII y de fármacos recomendados por la UF. Se realiza análisis ANOVA aceptando significación cuando $p < 0,05$. **Resultados.** Evaluamos datos de 17.797 pacientes con HTA, atendidos por 84 médicos de AP (prevalencia media 19,5%; DE: 6,8), un 62,4% (DE: 9,5) con control aceptable. Analizamos los datos de prescripción (% diuréticos, % ARAII y % fármacos recomendados) según el porcentaje de pacientes con control aceptable ($p_{80} \geq 57\%$, $p_{20-80} = \text{entre } 42-57\%$ y $p_{20} \leq 42\%$) sin encontrar diferencias significativas ($p = 0,58$; $p = 0,12$ y $p = 0,34$ respectivamente).

Conclusión. En nuestro entorno podemos considerar adecuado el control de la HTA. El control no parece estar relacionado con el tipo de fármaco utilizado por lo que no es excusa el no priorizar la prescripción según las recomendaciones de nuestras UF.

P39.05 PRESCRIPCIÓN DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES EN CITA DE MEDICINA DE FAMILIA EN EL CENTRO DE PORTUGAL

I. Rosendo, T. Santos, D. Martins, G. Pimenta, L. Constantino y L. Santiago

CS de Eiras. Coimbra. Portugal.
Correo electrónico: inesrcs@gmail.com

Objetivos. Caracterizar la prescripción de anti-inflamatorios no esteroideos en Medicina de Familia por medio de registros informáticos. Como objetivos secundarios hacer la comparación de la prescripción en la población con edad ≥ 65 años versus la población con edad < 65 años y comparar la prescripción de AINES entre centros de salud urbanos y rurales y, también aquí, en función de los grupos etarios descritos encima.

Material y métodos. Estudio de observación cruzado. Población de 160.662 individuos, usuarios de todos los centros de salud con herra-

mienta informática SAM de la región centro de Portugal. Recoja de datos en herramienta electrónica de soporte a la cita de médicos de medicina general, haciendo la creación de bases de datos de prescripciones.

Resultados. Individuos de muestra con una razón de < 65 años/≥ 65 años de 3,73. Fue posible percibir la más alta prescripción de DDDs de AINEs en edades superiores a 65 años que en menores a 65 años ($1,99 \pm 0,43$ vs $0,66 \pm 0,22$, $p < 0,001$) y en medio rural que en medio urbano ($1,13 \pm 0,27$ vs $0,78 \pm 0,17$, $p < 0,001$).

Conclusión. Volumen superior de prescripción de AINEs: edades superiores a 65 años y en medio rural. Dadas las implicaciones de la terapéutica con AINEs puede ser necesaria la divulgación de las indicaciones más adecuadas para la utilización de AINEs en personas mayores. El estudio de la prescripción en Atención Primaria es muy importante para lo trabajo de los profesionales de salud.

P39.06 CRIBADO DE OSTEOPOROSIS

N. Fernández Padilla, S. Güell Parnau, A. Pérez Cullell y F. Orfila Pernas
EAP Verdum. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: sguell.bcn.ics@gencat.cat

Objetivos. Evaluar si las densitometrías óseas (DMO) realizadas durante el año 2007 cumplen criterios de cribado para osteoporosis (OP) según la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM).

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo. Ámbito de realización: centro de salud urbano. Número de sujetos incluidos: 124 pacientes a los que se realizó una DMO de cribado en el 2007, solicitada por el médico de familia. Variables: analizamos las variables que constituyen los criterios mayores y menores de OP, según AATRM. Se aplica la prueba estadística Chi cuadrado de comparación de proporciones, y la regresión logística para el análisis multivariado.

Resultados. Incluimos 124 pacientes: 111 mujeres (89,5%), edad media 64,7 (28-88). Cumplen criterios de indicación de DMO 41 pacientes (33,1%). El diagnóstico de OP se observó en el doble de los pacientes que cumplen criterios respecto a los que no cumplen (31,75 vs 15% OR = 2,02; $p < 0,05$). Observamos diferencias entre los pacientes que cumplen criterios y los que no cumplen, en la aparición de las variables: -Mayores: ser mayor de 70 años, pérdida de peso, inactividad física, corticoides orales, anticonvulsivantes, fractura osteoporótica previa; -Menores: no exposición solar, menarquia tardía, no lactancia, diabetes mellitus. Los factores de riesgo más asociados a OP en el análisis multivariado fueron: edad > 70 años, IMC < 21, menopausia precoz ($p < 0,01$).

Conclusión. La aplicación de los criterios de la AATRM para solicitar DMO es útil para el cribado de OP en nuestra población.

P39.07 ¿QUÉ ASPECTOS CONDICIONAN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE EPOC?

I. Villar Balboa, M. Regí Bosque, R. Carrillo Muñoz, N. Arcusa Villacampa, M. Segundo Yagüe y M. Carrera Llama
ABS Florida Sud. L'Hospitalet Llobregat (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: 39748ivb@comb.es

Objetivos. Conocer los aspectos que condicionan la calidad de vida de nuestros pacientes EPOC.

Material y métodos. Diseño: Estudio descriptivo transversal. Ámbito: Centro de salud urbano, docente. Criterios selección: 102 pacientes EPOC. Excluidos pacientes con demencia, terminales, atención domiciliaria. 4 no respondieron cuestionario. 1 no espirometría. Mediciones e intervenciones: revisión historia clínica, entrevista personal, edad, sexo, tabaquismo, espirometría, IMC, grado disnea interrogado, prueba distancia recorrida en 6 minutos. Cuestionario Euroqol-5D (valora 5 dimensiones calidad de vida). Escala visual analógica (EVA) que puntuá desde 0 peor estado de salud a 100 mejor estado.

Resultados. 97 pacientes. 83% hombres. Edad media 71 años (IC95% 69-73). 65% EPOC moderado, 26% severo, 6% muy severo. 29% fumador activo. IMC 28,7 (IC95% 27,8-29,6). Grado disnea (64,3% al caminar rápido, 13,3% a paso lento, 4,1% en 100 m). Prueba distancia 398 metros (IC95% 371-425 m). EVA 68/100 (IC95% 65,7-71,8) Euroqol-5D: 44% refirieron problemas movilidad: peor fumadores activos (57% vs 39%), con peor FEV1 (49% vs 65%), a mayor grado disnea, sobrepeso (IMC 30 vs 27,58), más exacerbaciones (1,07 vs 0,58). 3% refirieron dificultades cuidado personal: peor dependiendo del FEV1 (37% vs 59%), menor dis-

tancia recorrida (328 m vs 408 m), sobrepeso (IMC 30 vs 28), mayor grado disnea, más exacerbaciones (1,38 vs 0,70). 30% refirieron problemas actividades cotidianas: peor dependiendo del FEV1 (47,6% vs 60,8%) distancia recorrida (331 m vs 426 m), tabaquismo activo (46,4% vs 23%), mayor grado disnea, más exacerbaciones (1,25 vs 0,61). 55% refirieron dolor/malestar. 75% mujeres. 38% refirieron ansiedad/depresión. 62,5% mujeres. Escala visual analógica: peor puntuación a menor FEV1, mayor disnea, más exacerbaciones o menor distancia recorrida.

Conclusión. La disnea, el FEV1, la prueba de distancia, las exacerbaciones, el sobrepeso y el tabaquismo activo son los factores que más empeoran las dimensiones del Euroqol-5D. La disnea, el FEV1, prueba de distancia y exacerbaciones obtuvieron peor puntuación en la EVA.

P39.08 USO DE BIFOSFONATOS ÓSEOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

B. Ybarra Queipo de Llano, M. Medrano Sánchez, M. Jiménez Muriel, M. Fernández López, M. Aguilera González y J. Melero Bellido
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. Andalucía.
Correo electrónico: isavoebeli@yahoo.es

Objetivos de la experiencia. Objetivos: Analizar nuestra experiencia clínica sobre la utilización del uso del ácido zoledrónico por vía parenteral en los pacientes en situación terminal atendidos por una Unidad de Hospitalización a Domicilio; así como describir la indicación de su uso, efectividad clínica y efectos secundarios.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos en una Unidad de Hospitalización a Domicilio desde enero 2006 hasta diciembre del 2007. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, capacidad funcional, origen de la enfermedad que causa la terminalidad, indicación para su uso, valoración de su efecto en 24-48 horas y efectos secundarios detectados. Asimismo se valoró la necesidad de ingreso hospitalario y su supervivencia.

Resultados. Se analizaron de 398 historias clínicas un total de 20 casos con las siguientes características: 14 pacientes fueron varones y 6 mujeres. La edad media fue de 79 años (rango: 37-83 años). Todos los pacientes tenían enfermedad ósea metastásica. Los tumores más frecuentes fueron de origen pulmonar y próstata (30 y 25%). La indicación de su uso fue control del dolor en el 70%, con mejoría de la misma en el 60% y tratamiento de la hipercalcemia en el resto (mejoría en el 50%).

Conclusiones. Conclusiones: El uso del bifosfonato domiciliario presenta buena tolerancia y seguridad. Su uso resulta de gran eficacia para el control del dolor y de la hipercalcemia no grave en domicilio. No hemos encontrado ningún episodio de efecto adverso grave tras su utilización.

P39.09 FRAX Y FRACTURE: COMPARACIÓN DE DOS ESCALAS DE RIESGO DE FRACTURA EN SUJETOS CON DMO NORMAL, OSTEOPENIA Y OSTEOPOROSIS

D. Prieto Alhambra, M. Zwart Salmerón, S. Reig Majoral, J. Montero Alcaraz, E. Vilert Garrofa y V. Sabaté Cintas
CAP Passeig Sant Joan; ABS Girona-3; EAP Blanes; ABS Josep Alsina i Bofill; ABS Cirera-Molins. Sabadell, Blanes, Palafrugell, Mataró (Barcelona), Girona. Cataluña.
Correo electrónico: dprieto@camfic.org

Objetivos. Observar la correlación entre las escalas de riesgo para fractura osteoporótica más usadas (FRAX y FRACTURE), en sujetos con densidad mineral ósea (DMO) normal, osteopenia y osteoporosis.

Material y métodos. Diseño: descriptivo, transversal, multicéntrico. Ámbito realización: centros de Atención Primaria de ámbito urbano. Criterios selección: se seleccionó igual número de pacientes con DMO normal, osteopenia y osteoporosis (densitométrica o clínica). Se incluyeron pacientes que tenían registrados datos necesarios para calcular los score FRAX y FRACTURE. Número de incluidos: $n = 104$. Variables y método/s evaluación: se calcularon ambas puntuaciones para cada uno de los incluidos. Se realizó contraste bivariante (Ttest) entre riesgo FRAX en sujetos con FRACTURE patológico y con FRACTURE no patológico.

Resultados. Grupo DMO normal ($n = 37$). -FRAX no patológico 100%. -Riesgo FRAX de cadera: $0,51 \pm 1,35$. -Riesgo FRAX otras fracturas osteoporóticas: $3,60 \pm 2,66$. Grupo de Osteopenia ($n = 42$). -FRAX patológico (> 6): 11,9%. -FRAX no patológico: 88,1%. -Riesgo FRAX cadera: $1,42 \pm 1,26$. -Riesgo FRAX otras: $6,96 \pm$

6,97. -T-test FRAX cadera vs FRACTURE: Diferencia intergrupal $-1,66 \pm 0,55$. $p = 0,004$. -T-test FRAX otras vs FRACTURE: Diferencia intergrupal $-2,37 \pm 2,48$. $p = 0,373$. Grupo de Osteoporosis densitométrica (n = 25). -FRACTURE patológico: 92%. -FRACTURE no patológico: 8%. -Riesgo FRAX cadera: $4,49 \pm 4,95$. -Riesgo FRAX otras: $11,72 \pm 10,74$. -T-test FRAX cadera vs FRACTURE: Diferencia intergrupal $-3,63 \pm 3,65$. $p = 0,331$. -T-test FRAX otras vs FRACTURE: Diferencia intergrupal $-2,44 \pm 7,87$. $p = 0,787$.

Conclusión. No hallamos relación significativa entre puntuación FRAX y clasificación FRACTURE, excepto en el caso del FRAX para cadera en sujetos con osteopenia ($p = 0,004$). Ello puede deberse al tamaño muestral que, al clasificar según FRACTURE, deja una n mínima en algunos grupos (0 sujetos FRACTURE patológico en el grupo DMO normal, 5 en el grupo Osteopenia, y 2 con FRACTURE no patológico en el grupo Osteoporosis).

P39.10 URGENCIAS EN LA CONSULTA DIARIA

P. Gracia Bonel, T. López-Melis Marzo y A. Guerrero García

CS San José Norte; CS Actur Sur. Zaragoza. Aragón.
Correo electrónico: pati25-2005@hotmail.com

Objetivos. Caracterizar y describir la utilización de las citaciones urgentes en la consulta diaria de Atención Primaria.

Material y métodos. Se realiza estudio descriptivo y transversal siendo la principal fuente de información los registros de las consultas urgentes en el periodo que transcurre del 1 de enero a 31 de diciembre de 2007 en un centro de salud urbano en la consulta de lunes a viernes de 8:00 a 15:00. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, mes, día y hora de la consulta, cumplimentación de asistencia, motivo de consulta, tipo de tratamiento, realización de exploraciones complementarias, remisión de paciente y la valoración de la gravedad por su médico.

Resultados. Se atendieron 747 consultas urgentes en la consulta diaria de un cupo de 1.850 pacientes, el 92% de éstas se atendieron al final de la consulta en horario de 12:30 a 15:00. En los meses de enero y febrero se atendieron 190 consultas urgentes (25,5% del total). El 60,52% de las consultas son consideradas por su médico de familia que podían haber esperado al día siguiente, el 3,82% como urgentes, el 16,22% no urgente pero justificado y el 19,44% ni necesaria la consulta. Los lunes y los días posteriores a días festivos se atiende mayor número de pacientes citados como urgente.

Conclusión. No se deberían utilizar las citas urgentes como prolongación de nuestras consultas, sobre todo por consultas innecesarias y burocráticas; una buena comunicación con el sistema de recogida de los casos (administrativos) y la educación a nuestros propios pacientes podrían mejorar este servicio.

P39.11 CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE PRESCRIPCIÓN DE AAS EN PACIENTES DIABÉTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Díaz Aguilar, A. de Dios Ruiz, F. Sierra Duque, J. Ruiz Moruno y E. Martín Rioboo

CS Fuensanta; Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria del distrito de Córdoba. Córdoba. Andalucía.
Correo electrónico: cdiazaguilar@yahoo.es

Objetivos. La American Diabetes Association (ADA) y la American Heart Association (AHA) recomiendan el uso de ácido acetilsalicílico (AAS) a dosis bajas para prevenir eventos cardiovasculares en diabéticos mayores de 40 años o en rango de 21-40 años con hipertensión arterial, tabaquismo, hiperlipemia o microalbúminuria. El objetivo es conocer el cumplimiento de los criterios en atención primaria.

Material y métodos. Se realiza un estudio descriptivo transversal recogiendo 259 pacientes diabéticos mayores de 14 años en un centro de Atención Primaria. Variables analizadas: hipertensión arterial, hábito tabáquico, hiperlipemia, microalbúminuria y edad. Los datos se han obtenido a través del sistema informático Diraya.

Resultados. En los mayores de 40 años, el 65,6% (170) son hipertensos, el 16,2% (42) presentan niveles de microalbúminuria $\geq 0,03$, el 31,6% (82) son hiperlipémicos y el 7,7% (20) son fumadores. De los pacientes entre 21-40 años, el 1,5% (4) son fumadores sin otros factores de riesgo. Del total de la muestra toman AAS el 43,2% (112). De ellos, el 100% cumplen criterios para su prescripción. Los pacientes que no toman AAS

son el 48,3% (125). De ellos, un 96,8% (121) cumplen criterios de indicación sin que ésta esté en su tratamiento habitual. Un 8,5% (22) están con otros anticoagulantes/antiagregantes.

Conclusión. El tratamiento en diabéticos en primaria no se adecua a los criterios de la ADA para la prevención de enfermedades cardiovasculares. Concluimos que no se realiza la suficiente profilaxis de esta patología.

Sesión 40

Jueves, 20 de noviembre. 13.00-14.00 h

Zona derecha. Planta 0. Hall Estrasburgo

Miscelánea

P40.01 ETIOLOGÍA Y ADECUACIÓN EN EL MANEJO DE LA MICROHEMATURIA ASINTOMÁTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Benito Serrano, J. Hoyo Sánchez, D. Martí Grau, A. Montroig Rodríguez, V. Doce Bartolomé y P. Díez-Cascón González

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: mbs@comb.es

Objetivos. Evaluar la etiología y adecuación en el manejo inicial de la microhematuria (MH) asintomática en Atención Primaria.

Material y métodos. Diseño: estudio transversal. Ámbito: centro de salud urbano. Sujetos: todos los pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de MH por sedimento de orina desde 1997 hasta mayo del 2007 (n = 438). Mediciones: variables analizadas: edad, sexo, etiología, tiempo medio de diagnóstico en neoplasia vesical, prostática y renal, y adecuación del manejo de la microhematuria asintomática según la guía Assessment of Microscopic Hematuria in Adults. American Family Physician, Mayo 2006.

Resultados. Edad media 64,9 (DE 14,5), hombres 52%. Etiología: no constaba por falta de estudios en un 41,7%, MH aislada 33%, urolitiasis 8,3%, infección urinaria 5%, idiopática 3,6%, neoplasia vesical 2,3%, hiperтроfia benigna de próstata 1%, neoplasia prostática 0,9%, fármacos 0,6%, quistes uroteliales 0,6%, malformaciones 0,5%, neoplasia renal 0,3%, glomerulonefritis 0,3%, pendiente de resultados 1,1% y rechazo del estudio en un 0,8%. Las causas más frecuentes de MH en hombres fueron las urolitiasis, 17,1% y cáncer vesical 7%; en mujeres: urolitiasis 12,9%, idiopática 6% e infección urinaria 5,7%. El tiempo medio en realizar el diagnóstico de cáncer vesical fue de 93 días (mín;máx 2;1529), de cáncer prostático 111 días (mín;máx 6;1893) y de neoplasia renal 134 días. El manejo de los pacientes con MH asintomática fue inadecuado en el 92,6%.

Conclusión. La etiología más frecuente de las MH confirmadas y estudiadas son la urolitiasis y la infección urinaria. El manejo inicial de la MH asintomática no se adecua a las recomendaciones revisadas.

P40.02 PREVALENCIA Y TIPO DE ANEMIA EN LAS PERSONAS MAYORES

A. Font Sala, M. Besa Castellà, M. Alsina Casalduero, M. Oller Colom, C. Iglesias Serrano y M. Vila Capdevila

CAP Dr. Carles Ribas. Barcelona. Cataluña.
Correo electrónico: afontsamprí@hotmail.com

Objetivos. La anemia en una persona mayor se relaciona con aumento de morbi-mortalidad. El objetivo del estudio es conocer la prevalencia y el tipo de anemia en personas mayores de 64 años.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo desarrollado en un Centro de Salud urbano. Hemos evaluado una muestra aleatoria de pacientes mayores de 64 años. El periodo de estudio comprendía los años 2006 y 2007. Los criterios de la OMS de anemia eran hemoglobina < 12 g/dl en mujeres y < 13 g/dl en hombres. Los tipos de anemia eran: deficiencia de nutrientes (déficit de hierro, vitamina B12 o ácido fólico), enfermedad crónica (enfermedad crónica e insuficiencia renal) y de tipo desconocido.

Resultados. Del total de 796 historias clínicas seleccionadas, 554 tenían la hemoglobina determinada. 88 pacientes tenían anemia, con una la prevalencia conocida del 11% (IC95%, 9-13,5%). El tipo de anemia era: por deficiencia de nutrientes 24 pacientes, 27,3% (IC95%, 18,3-37,8%), por enfermedad crónica 25 pacientes, 28,4% (IC95%, 19,3-39,0%) y de tipo desconocido 39 pacientes, 44,3% (IC95%, 33,7-55,3%). La prevalencia de la anemia aumentaba con la edad ($p < 0,001$). El tipo de anemia no tenía relación con la edad ni con el sexo. La anemia más severa era por deficiencia de nutrientes ($p < 0,01$).

Conclusión. La alta prevalencia de la anemia y su aumento con la edad hace que debamos estar alerta ante la aparición de esta patología. Una tercera parte de las anemias eran por deficiencia de nutrientes, dato importante porque tiene tratamiento y en la mayoría de ocasiones se puede realizar desde la atención primaria.

P40.03 CONOCIMIENTO SOBRE LA AUTOMEDICACIÓN EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL MARESME

Y. Ramírez García, O. Miglyova, P. Sin Navarro, I. Navarri Ramos, J. Montero Alta y S. Bernal de Bárbara

CAP Mataró 7 -Ronda Prim. Mataró (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: 31297jma@comb.es

Objetivos. Valorar los conocimientos de los usuarios del centro de salud sobre automedicación así como la actuación ante los síntomas de una patología determinada.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Se seleccionaron aleatoriamente 100 pacientes con edades comprendidas entre 15 y 90 años. Se utilizó una encuesta de nueva confección basada en las publicaciones más recientes.

Resultados. Durante el 2007 se automedicaron un 79%. El 25% no tenía estudios, el 42% estudios básicos, el 22% estudios de grado medio y el 11% restante, estudios de grado superior. El 57% de los usuarios trabajan, un 14% están jubilados, y el 29% (paro, estudiantes, amas de casa, etc.). La edad media de los que se automedican son 42,14 (DE 16) años y los que no lo hacen 52,62 (DE 18,5). Recuerdan haber recibido información sobre la automedicación por los profesionales sanitarios el 20%. De éstos, el 11% por personal de enfermería. El 74% entiende el concepto de automedicación. Los fármacos más utilizados son los analgésicos (27%), la combinación de analgésicos y ATB (19%), ansiolíticos (2%) y antidepresivos (3%) y las patologías sobre las que más se automedican son las cefaleas, lumbagos y síndromes gripales.

Conclusión. La mayoría de los usuarios entiende el concepto de automedicación. Pocos recuerdan haber sido informados por el personal sanitario. El perfil de la persona que se automedica es una mujer de 42 años, con estudios básicos y trabajadora. El fármaco más consumido es el analgésico. Parece pertinente plantear intervenciones dirigidas a aumentar el grado de conocimiento de los usuarios sobre la automedicación.

P40.04 ¿QUÉ PACIENTES TIENEN MÁS PROBABILIDADES DE REALIZAR UNA INCAPACIDAD TEMPORAL?

F. Ramos Pérez, M. Perona Pagan, B. Iglesias Pérez, G. Mendoza Gómez, O. Fábrega Gorri y J. Pérez García

EAP Vilanova 1. Vilanova i la Geltrú (Barcelona). Cataluña.
Correo electrónico: mperona@ambitcp.catSalut.net

Objetivos. Determinar los factores de los pacientes asociados a realizar o no, como mínimo, un proceso de incapacidad temporal (IT).

Material y métodos. Diseño: estudio transversal descriptivo. Ámbito: 8 equipos de atención primaria (229.196 usuarios asignados). Población de estudio: 154.200 usuarios asignados de 16-64 años (población activa) con ninguna, una o más IT durante el 2007. Variables: dependiente: número de procesos de IT (ninguno/uno/más de uno). Independientes: género, edad, régimen de seguridad social, frecuentación, municipio de residencia. Ajuste: puntuación del índice de comorbilidad de Charlson, polimedición. Fuente: historia clínica informatizada. Análisis: regresión logística multinomial.

Resultados. El 51,2% son hombres. La media de edad es de 39,4 años (DE: 12,6 años). El 79,1% ($n = 121.904$) no ha tenido ninguna IT, el 14,4% ($n = 22.218$) ha tenido una y el 6,5% ($n = 10.078$) más de una. Las variables incluidas en el modelo explicativo de presentar una IT respecto no presentar ninguna son: ser hombre (OR = 1,44; IC95%:

1,40-1,48); vivir en un municipio semiurbano (OR = 1,18; IC95%: 1,09-1,28); trabajar por cuenta ajena (OR = 1,73; IC95%: 1,64-1,82), edad (OR: 0,971; IC95%: 0,969-0,972) y la frecuentación (OR: 1,14; IC95%: 1,14-1,15). Presentar más de una IT respecto ninguna viene determinado por: ser hombre (OR = 1,59; IC95%: 1,52-1,67); vivir en municipios semiurbanos (OR = 1,39; IC95%: 1,25-1,55); trabajar por cuenta ajena (OR = 4,67; IC95%: 11,1-200), edad (OR: 0,949; IC95%: 0,947-0,951) y la frecuentación (OR: 1,20; IC95%: 1,19-1,21). R2 del modelo: 20,5%.

Conclusión. Se observa un elevado porcentaje de población activa con IT. Ser un hombre joven, que vive en un municipio semiurbano, asalariado y que acude frecuentemente al médico presenta más posibilidades de realizar una o más IT. Trabajar por cuenta ajena es la característica que más incrementa la probabilidad de realizar una o más IT.

P40.05 EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE UN ÁREA DE SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA. DIFERENCIAS RURAL-URBANO

M. Fernández Domínguez, M. Pitarch Ribas, C. Fernández Castro, M. Rodríguez Rodríguez, R. Pérez Fernández y C. Cordero Rodríguez

UD de MFyC de Ourense; CS Verin; CS Celanova; CS Valle Inclán; CS Rivasdaia; CS A Ponte. Ourense. Galicia.
Correo electrónico: mariajose.fernandez.dominguez@sergas.es

Objetivos. 1. Cuantificar la efectividad del tratamiento fisioterápico en las diferentes unidades. 2. Comparar posibles diferencias entre usuario urbano y rural.

Material y métodos. Diseño: estudio, observacional, prospectivo y multicéntrico. Ámbito de estudio: 8 consultas de fisioterapia de un área de AP. Sujetos: 406 pacientes que acudieron a consultas de fisioterapia en septiembre del 2006. Variables: edad, sexo, nivel cultural, estado civil, unidad, derivación, diagnóstico, fecha de solicitud y realización 1^a consulta, nº y tipo de tratamientos, recidiva, fármacos, incapacidad.

Resultados. La edad media fue de 58,16 años (56,55-59,76). El 66,3% fueron mujeres, el 71,1% estaban casados y tenían estudios primarios el 58,9%. Derivados por AP el 74,4%. El diagnóstico más frecuente fue cervicalgia (27,1%). La demora asistencial media fue de 28,5 días (24,07-32,92) y el nº de sesiones por persona fue de 29,55 (28,21-30,90). Recidivaron un 27,8%. El 82% consumían fármacos siendo AINEs (62,2%) los más utilizados. El 16,7% presentó situación de IT. Hallamos fuerte asociación de recidiva con unidad ($p = 0,000$) y uso de fármacos ($p = 0,02$). No hallamos asociación de recidiva con nº o tipo de terapia, origen, edad, sexo, consumo de AINEs. Encontramos fuerte asociación entre origen, demora asistencial ($p = 0,000$) y consumo de AINEs ($p = 0,01$) y no hallamos asociación con edad, incapacidad, derivación, nº y tipo de tratamiento.

Conclusión. Se resolvieron el 72,2% de los procesos dependiendo de la unidad y un menor consumo de fármacos. El usuario urbano soporta una mayor demora asistencial y existe un mayor consumo de AINEs en el rural.

P40.06 ESTUDIO COMPARATIVO DE PREVALENCIA DE ANEMIA FERROPÉNICA EN MUJERES ADSCRITAS A UN CENTRO DE SALUD URBANO ATENDIENDO A SU EDAD

J. Novo Martín, C. Osorio Martos, G. López Torres, A. Hernández Carmona, Y. García Iglesias y L. Aguilar Navas

CS Almanjaya. Granada. Andalucía.
Correo electrónico: topmed@hotmail.com

Objetivos. Comparar la prevalencia de anemia ferropénica (AF), ferropenia y proporción de AF entre las mujeres con ferropenia en dos grupos de mujeres. El primero entre 45-55 años (climaterio) y el segundo entre 15-55 años (edad fértil).

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal de mujeres adscritas a centro de salud urbano. Criterios de inclusión: mujeres nacidas entre 1951 y 1991, sexo femenino, adscritas a dos cupos de centro de salud. Tamaño muestral: 1.160 mujeres; se han estudiado 213 con 13 perdidas y seguimiento de 200; resultados obtenidos de historia digital diraya o tass; las variables estudiadas son: prevalencia de ferropenia. Prevalencia de anemia ferropénica y proporción de anemia ferropénica entre las mujeres con ferropenia.

Resultados. Comparación de dos proporciones de muestras independientes. Diferencias estadísticamente significativas para comparación de proporciones de anemia: 71,4% (1º grupo) frente a 53,8% (2º grupo) con $p = 0,019$. No diferencias significativas para prevalencia de anemia ferropénica: 10% en el primer grupo frente a 7% en el segundo grupo. No diferencias significativas para prevalencia de ferropenia: 14% en el primer grupo frente a 13% en el segundo.

Conclusión. Parece existir una mayor proporción de mujeres ferropénicas que tienden a anemizarse durante el climaterio comparado con toda la etapa de fertilidad.

P40.07 HACIENDO GESTIÓN CLÍNICA EN EL CUPO: SELF-AUDIT DE LA PRESCRIPCIÓN DE BENZODIACEPINAS

M. Markthaller, S. Quintana Arroyo y M. García Marrero

CS Barranco Grande; UD de MFyC de Tenerife Sur. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias.

Correo electrónico: rgarciam@medynet.com

Objetivos. Analizar los problemas clínicos asociados al consumo de benzodiacepinas (BZD).

Material y métodos. Self-audit, en el contexto de un proceso de gestión clínica, de una consulta de Atención Primaria. Se seleccionaron los pacientes consumidores de BZD que acudieron a consulta en tres semanas consecutivas. Variables registradas: sociodemográficas, prescripción de BZD y antidepresivos, diagnóstico, accidentabilidad, ausencia de tolerancia e intentos de auto-reducción de tratamiento. Se evaluó la adecuada prescripción de BZD según criterios explícitos y normativos, estableciéndose un estándar del 60% para tipo de BZD (vida media) y asociación de antidepresivo en ansiedad y trastornos adaptativos y 80% para número de BZD, duración del tratamiento, no conducción de vehículos y ausencia de tolerancia. Se analizó la presencia de dependencia mediante la escala de severidad de dependencia (SDS).

Resultados. N = 66 pacientes, 78,8% mujeres, edad 54 ± 18 años. Diagnósticos: insomnio 39,4%, ansiedad 22,7%, depresión 19,7%, trastorno adaptativo 18,2%, abuso alcohol/drogas 9,1%, trastorno de angustia 6,1%. Refieren accidentes 9,1%. BZD: principio activo (lorazepam 21,42%, alprazolam 15,47%, clorazepato 10,71%, diazepam 9,52%, lorazepam 8,33%, zolpidem/clotiazepam 7,14%), duración media de tratamiento $3,26 \pm 3,88$ años. Se alcanzó el estándar en tipo de BZD (67,85%) y ausencia de tolerancia (86,4%). No se alcanzó en número (77,3%), duración de tratamiento (17,85%), asociación de antidepresivos (55,55%) ni conducción (62,1%). Presentaron dependencia 8 pacientes (12%).

Conclusión. El self-audit ha permitido detectar una prescripción inadecuada de BZD en nuestros pacientes, con riesgos para su salud. Se deben poner en práctica intervenciones dirigidas a mejorar todos los aspectos de la prescripción y uso de benzodiacepinas.

P40.08 «DOCTOR, ESTOY CANSADO. ¿ME HACE UNA ANALÍTICA?»

R. Bartolomé Resano, F. Bartolomé Resano y M. Bartolomé Resano

CS Rochapea; CS Villaba; CS Ensanche. Pamplona. Navarra.

Correo electrónico: rbartolomer@telefonica.net

Objetivos. Evaluar cuantos pacientes con astenia tras una anamnesis y exploración quedarían satisfechos con el diagnóstico sin exigirnos más pruebas. Evaluar el rendimiento del estudio analítico en los casos de astenia.

Material y métodos. Tipo: observacional descriptivo. Ámbito: zona básica de salud urbana de 26.000 habitantes. Nivel: Atención Primaria. Sujetos: pacientes que acudieron por astenia, de al menos de 1 mes de duración, demandando un estudio, sin otra sintomatología, sin antecedentes personales de interés, y con exploración física rutinaria normal. Se seleccionaron todos los que cumplieron las condiciones durante un periodo de 1 año en un cupo de Atención Primaria; n = 68; sexo: h = 15, m = 53; edad: x = 42,01 años, S = 1,29 años, rango 18 a 68 años. Mediciones: consulta de registros de historia clínica.

Resultados. Satisfechos sin analítica: 5,9%. Resultados de analítica: normal = 89,1%; anemia = 4,7%; disfunción tiroidea = 3,1%; linfocitosis = 1,6%; alteración urinaria = 1,6%. Diagnósticos (todos, con o sin analítica): astenia inespecífica = 67,6%; ansiedad y/o depresión = 16,4%; disfunción tiroidea = 3%; insomnio = 2,9%; viriasis = 2,9%; infección urinaria = 1,5%.

Conclusión. En pocos casos podemos satisfacer a los pacientes sin el efecto "terapéutico" de la analítica, que vemos se comporta más como un placebo que como una prueba diagnóstica. Creemos que su utilidad es fundamentalmente mantener la relación terapéutica con el paciente y su utilidad diagnóstica debería reservarse en lo posible para los casos con antecedentes o exploración sospechosa. El rendimiento de la analítica es muy escaso en pacientes sin antecedentes de interés, por lo que, independientemente de que la solicitemos o no, la clave del diagnóstico está en una correcta anamnesis, sobre todo investigando síntomas de trastornos del ánimo.

P40.09 ESTUDIO COMPARATIVO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN POLIMIALGIA REUMÁTICA Y EN ENFERMEDAD DE DEPÓSITO DE PIROFOSFATO CÁLCICO QUE SIMULA PMR

A. Piñeiro López, M. Maza Vera, S. Troncoso Recio, J. Pego Reigosa, M. Vilar Pérez y A. Leiro Manso

Hospital do Meixociro; CS de Sárdoma. Vigo. Galicia.

Correo electrónico: angel_pineiro@yahoo.es

Objetivos. Analizar y comparar el patrón de morbilidad y mortalidad en cuanto a eventos isquémicos y factores de riesgo cardiovascular en pacientes con polimialgia reumática y en pacientes con seudogota que simula polimialgia reumática (PPCD-PMR).

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 70 pacientes diagnosticados de ppcd-pmr seleccionados en consulta de AP y de reumatología durante 8 años. se recogieron datos de otros tantos pacientes con PMR. Se revisaron las historias clínicas durante 6 meses analizando la presencia de hipertensión, diabetes, dislipemia y tabaquismo conforme a los criterios diagnósticos de los mismos, evaluando los eventos isquémicos producidos tras el diagnóstico de la enfermedad.

Resultados. Se analizó cada grupo, obteniéndose que de los 37 pacientes analizados hasta el momento con PPCD-PMR 23 eran hipertensos (62,2%), 13 presentaban diabetes (35,1%) y 9 dislipemia (26,5%). En el grupo de pacientes con PMR el porcentaje de hipertensos era de 64,7%, el de diabéticos del 17,6% y el de dislipémicos del 26,5%. Aparecieron 9 fumadores en el grupo de PPCD-PMR frente a los 8 del grupo de PMR. Presentaron eventos isquémicos un 40,5% de los pacientes con PPCD-PMR por el 23,5% del de PMR. No se evidenció significación estadística con la muestra analizada mediante chi cuadrado.

Conclusión. A la espera de aumentar el tamaño muestral y tras ser comparables en cuanto a factores de riesgo cardiovascular podría existir un patrón de presentación distinto en la presentación de eventos isquémicos en pacientes con PPCD-PMR y en PMR.

P40.10 INCAPACIDADES TEMPORALES: CLASIFICACIÓN SEGÚN LOS PROFESIONALES QUE LAS ATIENDEN

C. de Juan Asenjo, A. Brau Tarrida, C. Pareja Rossell, C. Espel Masferrer, R. Ciurana Misol y S. Calvet Junoy

CS La Mina. Sant Adrià de Besòs (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: 31953abt@comb.es

Objetivos. Describir la incapacidad temporal (IT) para el trabajo de pacientes desde el punto de vista de los profesionales prescriptores.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal de los pacientes con IT > 45 días activa en mayo de 2008 de un centro de salud urbano. Variables: edad, sexo, duración media, motivo de IT según el profesional, relación con el trabajo (RT), justificación profesional, factores limitantes para la reincorporación laboral (FLRL). Fuente de información: historia clínica informatizada y entrevista al profesional.

Resultados. De 156 pacientes, 93 mujeres (59,6%). Media de edad \pm DE (hombres/mujeres): $43,2 \pm 12$ años ($44,3 \pm 12,6$ / $42,5 \pm 11,7$). Duración media IT \pm DE (hombres/mujeres): $175,3 \pm 109,6$ años ($180,4 \pm 97,2$ / $171,9 \pm 117,6$). Motivos IT (N% sobre total): problema médico/quirúrgico (44/28,2%); problema locomotor no RT (29/18,6%); ansiedad/depresión por mala adaptación (26/16,7%); problema locomotor RT (17/10,9%); enfermedad mental crónica (15/9,6%); embarazo (11/7,1%); otros (14/9%). De 41 pacientes con enfermedad mental un 12,2% presentan mala relación laboral. El 14,1% del total de IT presentan alguna relación con el trabajo. Justificación: clara/probable si 67,3%; dudoso 17,3%; probable/claramente no 15,4%. 68 presentan FLRL: conflictos familiares (21/13,5%); atención familiar (17/10,9%); finalización

de contrato (11/7%); mala relación laboral (7/4,5%). Duración media IT \pm DE: con FLRL $176,5 \pm 104,4$ vs sin FLRL $174,4 \pm 114,04$ días.

Conclusión. Las IT largas se relacionan con FLRL en un porcentaje elevado. La mayoría están justificadas. Más de un 14% tiene alguna relación con el trabajo (locomotor, salud mental). Los motivos de IT no siempre son justificables mediante diagnósticos médico-quirúrgicos.

P40.11 FIBROMIALGIA

M. Diáñez Villabona y J. Pifarré

ABS Cap Pont. Lleida. Cataluña.

Correo electrónico: mjosedianez@hotmail.es

Objetivos. Evaluar la efectividad de un programa multidisciplinario en pacientes con fibromialgia.

Material y métodos. Se seleccionaron al azar pacientes que cumplen criterios de fibromialgia y que no responden al tratamiento. De un total de 40 pacientes con fibromialgia; 20 siguieron un tratamiento multidisciplinario y otros 20 sirvieron de control. La intervención consistía en someterlos a sesiones de terapia cognitivo-conductual, rehabilitación y tratamiento reumatólgico durante tres meses. Se usó un cuestionario para la recogida de datos de tipo demográfico, clínicos junto con variables psicológicas y de función: FIQ (cuestionario del impacto de fibromialgia), BECK y STAI (escala de depresión y ansiedad), EVA (escala de dolor) y satisfacción personal.

Resultados. Completaron el programa 19 del grupo de tratamiento multidisciplinario y 18 del grupo control. Tres meses después del tratamiento multidisciplinario se midió la calidad de vida con los test FIQ ($P = 0,003$), Beck ($p = 0,005$) y STAI ($p = 0,001$). El control del dolor fue diferente con un resultado no significativo. El nivel de satisfacción personal al saber que estaban siendo tratados fue más alto en el grupo con tratamiento multidisciplinario que en el control. Dos meses después de acabar el tratamiento, el 80% de pacientes que recibieron tratamiento multidisciplinario estuvieron de acuerdo en volverlo a recibir.

Conclusión. El programa de tratamiento multidisciplinario aumenta el grado de satisfacción personal y la participación de los pacientes en él, percibiendo mejoras en la calidad de vida y el grado de funcionalidad.

Sesión Second Life

Jueves, 20 de noviembre. 11.00-11.30 h

semFYC Second Life

SSL ID64 ESTIMACIÓN DE SCORE EN DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Cervantes Guijarro, S. Gómez Pou, L. García González, G. Peláez Campos, M. de La Haza Calvo e I. Rodríguez Miñón

CS Villablanca; CS Artilleros; CS La Paz. Madrid. Comunidad de Madrid. Correo electrónico: carmilucervantes@gmail.com

Objetivos. La depresión es el problema de salud mental más frecuente en atención primaria, prevalencia del 6-15%. La importancia clínica de los trastornos depresivos se manifiestan en el grado de incapacidad y las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de mortalidad mundial, (España, 45%). Por este motivo, nuestro estudio ha tenido como objetivo estimar la tabla SCORE de las sociedades europeas sobre prevención cardiovascular en la práctica clínica en pacientes diagnosticados de depresión.

Material y métodos. Realizamos un estudio observacional en centros de salud, en pacientes diagnosticados de depresión en los dos últimos años, con edades comprendidas entre 40 y 65 años; aplicamos la tabla SCORE, analizando variables de edad, sexo, tensión arterial sistólica, índice masa corporal, actividad física, dislipemia, tabaquismo y diabetes tipo 2. Los resultados arrojaron una $n: 1.335$; sin embargo, sólo se pudo estimar el SCORE a 221 pacientes por falta de registro, 165 mujeres y 56 hombres. Mujeres: < 1%, 44,2%; 1%, 44,8%; 2%, 0,7%; 3%, 0,1%; 4-5%; 0,06%; Hombres: < 1%, 16%; 1%, 23,2%; 2%, 26,7%; 3%, 19,6%; 4-5%; 0,08%; 6 0,05%.

Resultados. No se ha llegado a estimar un porcentaje elevado de pacientes con riesgo cardiovascular, resultados paradójicos si se relacionan con la

tendencia en los últimos años de investigaciones que relacionan a la depresión con un riesgo de 1,5-2 veces mayor de padecer eventos coronarios agudos. También hay que analizar si los resultados se deben a que la población escogida es de 40-65 años, comparado con otros estudios cuya población ha sido en ancianos o si estos valores se deben al no registro de las variables para estimar la tabla de SCORE.

SSL ID65 PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Merino Audi, L. Martínez Alonso, S. Pineda Dávila, D. Ortiz Borrás, V. Martínez Gaona e I. Ruiz Tamayo

ABS Torrassa; CAP Collblanc; Centro de Rehabilitación CSI.

L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 33779mma@comb.es

Objetivos de la experiencia. Facilitar la accesibilidad a una terapia rehabilitadora a aquellos pacientes que no pueden desplazarse hasta el hospital, y disminuir la lista de espera. Conocer, asimismo, el grado de satisfacción de los pacientes.

Descripción de la experiencia. Se eligen pacientes de 2 ambulatorios urbanos con un centro de rehabilitación común. Sufren lumbalgia y/o cervicalgia crónica susceptible de mejorar con rehabilitación, pero que no pueden desplazarse hasta allí. Se realizan 10 sesiones en el ambulatorio, con una fisioterapeuta del centro rehabilitador. Después se les entrega un dossier con los ejercicios aprendidos y normas de higiene postural para practicar en casa. El médico de familia hace un seguimiento a los 3 meses y al año, reforzando positivamente lo aprendido. Se evalúan los resultados con 3 tests validados para el dolor (EVA), grado de incapacidad lumbar (Oswestry) y grado de incapacidad cervical (neck pain), en la primera y décima sesiones, a los 3 meses y al año. Hasta hoy han participado 25 pacientes. El 86% mujeres, con una edad media de 68 años. El dolor mejoró en un 13,34% entre la primera y la última sesión. El porcentaje de discapacidad lumbar en un 7,51% y el de discapacidad cervical en un 10,39%. A todos los participantes se les facilita una encuesta de satisfacción tras la última sesión. El 95,6% estaba satisfecho con el tratamiento recibido. En el 100% de los casos la recomendarían a otras personas y repetirían. Un 61% pedía mayor duración del mismo.

Conclusiones. Todos los pacientes mejoraron tras la rehabilitación ambulatoria, que mantienen en un buen porcentaje a los 3 meses. Aún no disponemos de datos anuales. La mayoría está satisfecha con la rehabilitación y todos ellos repetirían.

SSL ID66 PROTOCOLO ATSI (GESTIÓN DE ATENCIÓN TELEFÓNICA SANITARIA INTEGRAL), ¿NOS ESTÁ FUNCIONANDO?

M. Caballero Martínez, M. Aliaga Ugarte, A. Muñoz Rodríguez, R. Bofill Rovira, M. Merino Audi y V. Martínez Gaona

ABS Torrassa. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: docmaridol@hotmail.com

Objetivos. Seguimiento durante 2 meses de un servicio de atención telefónica a disposición del usuario y del médico, con el objetivo de evaluar la resolución de consultas médicas y facilitar al usuario la accesibilidad.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal, en un centro urbano de 26.000 habitantes, de un protocolo de atención telefónica creado en 2007 dentro del programa informático OMI-AP. Participan 10 médicos.

Resultados. Se atendieron 460 consultas telefónicas, 267 recibidas y 193 realizadas. 64,8% mujeres, 63,7% pensionistas. Los motivos de consulta atendidos fueron: 23,7% control de patología aguda, 19,8% resultados de pruebas complementarias, 17,8% control de patología crónica, 17% recetas, 5,5% patología osteoarticular, 4,5% control de incapacidad temporal, 3,2% solicitud de pruebas complementarias, 2,4% informes médicos, 2% virasis, 2% solicitud ambulancia, 1,5% patología gastrointestinal. Resolución inmediata del 95,4% de las consultas telefónicas y diferida del 4,6% (47,6% en 24 h, 9,5% en 48 h, 14,2% en 72 h, 14,2% precisan reconsulta y 14,2% remitidas a urgencias).

Conclusión. La atención telefónica puede convertirse en tipo de servicio más dentro de la actividad diaria profesional, de fácil aplicación y efectiva por su elevada capacidad resolutiva. Este tipo de consulta es eficaz en el control de patología aguda y crónica, resultados de pruebas complementarias y resolución de problemas burocráticos. Ofrece al usuario gran accesibilidad y ayuda a reducir la presión asistencial de las consultas.