

Los resultados del CPM al inicio y final se muestran en la [tabla 1](#). Generalmente se mejoró el conocimiento para todas las preguntas del cuestionario CPM. Excepto para aquellas preguntas que no presentan diferencias estadísticamente significativas ([tabla 1](#)), porque el paciente al inicio ya conocía la información del medicamento y seguía conociéndola al final, o porque no conocía la información y tras 6 meses seguía sin conocerla, a pesar de aportársela durante el SFT.

No aparecen diferencias estadísticamente significativas entre el CPM levotiroxina y el cumplimiento del tratamiento, ni al inicio ($p=0,343$), ni al final del estudio ($p=0,259$).

Al inicio, de los pacientes que no cumplen el tratamiento de levotiroxina (32,0%) el valor medio de CPM fue 0,8355 ($\pm 0,26168$) y de los que cumplen (68,0%) 0,9417 ($\pm 0,25307$) con $p=0,343$.

Al final, el valor de CPM para el único paciente incumplidor del tratamiento de levotiroxina (4,0%) fue 1,3300. El valor medio de CPM para los 24 pacientes cumplidores (96,0%) fue 1,1114 ($\pm 0,18494$) con $p=0,259$.

Los resultados de este trabajo han demostrado que la intervención farmacéutica basada en el SFT y la educación sanitaria han sido útiles para mejorar el conocimiento y la adherencia de los pacientes hipotiroideos, no encontrando relación directa entre el aumento de conocimiento del medicamento y aumento de la adherencia al mismo.

Actuar desde la perspectiva del conocimiento del medicamento y su adherencia podría ser un campo de trabajo para futuras investigaciones.

Bibliografía

1. Rodríguez MÁ, García E, Busquets A, Rodríguez A, Pérez EM, Faus MJ. Herramientas para identificar el incumplimiento

farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria. *Pharmaceutical Care España*. 2009;11:183-91.

2. García P. Conocimiento del paciente sobre sus medicamentos [tesis doctoral]. Granada: Facultad de Farmacia, Universidad de Granada; 2008 [accedido 22 Jul 2011]. Disponible en: http://www.atencionfarmaceutica-ugr.es/index.php?option=com_content&task=view&id=229&Itemid=119
3. Bueno-Gómez M, Barrionuevo MD, García E, Fikri N, Gonzalez L, Lopez E. Causas de incumplimiento de los pacientes que acuden a una farmacia comunitaria de Granada. *Aten Primaria*. 2008;40:105-6.
4. BOE 264: 38972, Martes 4 Nov 2003. Del Real Decreto 1348/2003, de 31 de octubre. Por el que se adapta la clasificación anatómica de medicamentos al sistema de clasificación ATC [accedido 22 Jul 2011]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/04/pdfs/A38970-39019.pdf>
5. Orden SCO/114/2006, de 20 de Ene, por la que se actualiza el anexo I del Real Decreto 1348/2003, de 31 de octubre. Por el que se adapta la clasificación anatómica de medicamentos al sistema de clasificación ATC [accedido 22 Jul 2011]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/01/31/pdfs/A03724-03725.pdf>

M. Concepción Mingorance Mingorance^{a,*}
y Emilio García-Jiménez^b

^a *El Cuervo de Sevilla, Sevilla, España*

^b *Miembro del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada, Granada, España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: mingo2@correo.ugr.es
(M.C. Mingorance Mingorance).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.04.004>

Diferencias de género en los hábitos de salud oral en escolares

Sex differences in oral health habits in school children

Sr. Director:

La prevalencia de caries detectada en las consultas de atención primaria es elevada. Estudios publicados en su revista¹ confirman el efecto positivo de la higiene oral, especialmente el cepillado dental, cuyos beneficios superan a los de una dieta correcta. Estos autores no presentan las diferencias de comportamientos en función del sexo observadas en algunos estudios²⁻⁴. El objetivo del estudio fue describir las diferencias de género en los conocimientos y actitudes sobre hábitos orales saludables en escolares de 12 a 16 años de Andújar (Jaén).

Diseñamos un estudio descriptivo transversal mediante encuesta. Se realizó un muestreo aleatorio simple para

seleccionar el centro escolar (Instituto de Enseñanza Secundaria Jándula). El emplazamiento geográfico es un entorno semiurbano. El número de alumnos matriculados, en 1.º y 4.º de ESO y 1.º de Bachillerato, era de 348. Se seleccionó la totalidad de alumnos, siendo el criterio de inclusión la asistencia a clase el día de la encuesta. El cuestionario contenía preguntas sobre higiene dental, consumo de alimentos cariogénicos y utilización de servicios odontológicos. Los cuestionarios fueron contestados individualmente en el aula con la presencia del tutor.

La edad media de los participantes fue de $14,1 \pm 1,8$. El 49,2% eran varones y el 50,8% mujeres. En la [tabla 1](#) presentamos los resultados detallados. En general, las niñas poseen, con mayor frecuencia que los niños, conocimientos y conductas saludables en materia de salud oral. Las niñas reconocen, en un 60,4%, la importancia de ir al dentista, se cepillan los dientes después de cada comida (44%), comienzan a cepillarse más pronto (31,3% antes de los 5 años) y declaran no cepillarse por falta de tiempo (27,5%).

Tabla 1 Hábitos y conocimientos en materia de salud bucodental de los escolares de Andújar (Jaén)

	Hombre (n = 166) (%)	Mujer (n = 182) (%)	p
<i>Recambio cepillo</i>			
< 6 m	48,2 ± 15,8	68,7 ± 14,0	0,002
6-12 m	30,7 ± 14,6	19,8 ± 12,1	0,026
12 m	6,0 ± 7,8	2,2 ± 4,9	0,109
<i>Cepillado de dientes</i>			
Cada comida	21,7 ± 13,1	44,0 ± 15,0	0,000
Algunas comidas	42,8 ± 15,6	41,2 ± 14,8	0,852
Cena	17,5 ± 12,1	7,1 ± 8,0	0,005
A veces	13,3 ± 10,9	7,1 ± 8,0	0,086
Nunca	4,8 ± 7,1	0,5 ± 3,0	0,030
<i>Dificultad cepillado</i>			
Falta de tiempo	15,7 ± 11,7	27,5 ± 13,5	0,011
Falta de ganas	23,5 ± 13,5	12,6 ± 10,2	0,012
Olvido	57,8 ± 15,6	57,7 ± 14,9	0,934
Innecesario	3,0 ± 5,9	2,2 ± 4,9	0,888
<i>Aprendizaje cepillado</i>			
Casa	68,1 ± 14,8	73,6 ± 13,3	0,306
Colegio	7,2 ± 8,5	7,1 ± 8,0	0,859
Dentista	8,4 ± 9,1	12,6 ± 10,2	0,272
<i>Ingesta de azúcares</i>			
Diario	44,6 ± 15,7	35,2 ± 14,4	0,092
Semanal	33,7 ± 15,0	42,9 ± 15,0	0,101
Nunca	21,7 ± 13,1	22,0 ± 12,6	0,948
<i>Última visita dentista</i>			
< 6 m	45,2 ± 15,7	38,5 ± 14,7	0,245
6-12 m	21,1 ± 13,0	31,9 ± 14,1	0,031
> 12 m	19,3 ± 12,6	19,2 ± 12,0	0,089
<i>Importancia visita</i>			
Muy importante	48,2 ± 15,8	60,4 ± 14,6	0,030
Importante	41,6 ± 15,6	34,1 ± 14,3	0,183
Poco importante	9,6 ± 9,6	3,3 ± 5,7	0,027
<i>Importancia cepillado</i>			
Muy importante	67,5 ± 14,9	76,9 ± 12,8	0,064
Importante	28,9 ± 14,4	23,1 ± 12,8	0,262
Poco importante	3,0 ± 5,9	0,0 ± 0,0	—

En los niños, el 21,7% se cepillan los dientes después de cada comida y el 4,8% no lo hacen nunca; refieren el olvido (57,8%) y la falta de ganas (23,5%) como la causa más frecuente de dificultad de cepillado. En ellos, la edad de inicio del cepillado es posterior (19,9% antes de los 5 años). El 63,3% de los escolares acudieron a consulta para revisión en el último año.

Los conocimientos que nuestros escolares tienen respecto a la salud bucodental pueden considerarse como correctos, de forma general. Observamos que las mujeres tienen hábitos más correctos que los varones.

Tabla 1 (Continuación)

	Hombre (n = 166) (%)	Mujer (n = 182) (%)	p
<i>Edad inicio cepillado</i>			
1-4 años	19,9 ± 12,7	31,3 ± 14,0	0,028
5-8 años	38,0 ± 15,4	37,9 ± 14,6	0,918
9-12 años	10,8 ± 10,1	3,8 ± 6,1	0,020
13-15 años	2,4 ± 5,4	0,5 ± 3,0	0,314
<i>Alimentos cariogénicos</i>			
Chocolate	92,2 ± 7,8	94,5 ± 7,2	0,509
Refrescos	25,9 ± 13,9	24,2 ± 13,0	0,804
Helados y postres	65,7 ± 15,0	72,5 ± 13,5	0,204
Galletas	36,1 ± 15,2	40,1 ± 14,8	0,515

Nuestros escolares, independientemente del sexo, perciben como importante o muy importante el cepillado de dientes y otras actividades preventivas como son las visitas al dentista. La frecuencia del cepillado de dientes está próxima a los datos de estudios de salud oral realizados en España^{2,3}. La alta frecuencia de visitas al dentista en el último año para revisión, podemos atribuirlo al Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI) que presta atención gratuita desde los 6 a los 15 años en Andalucía.

Llaman la atención, principalmente en los niños, 2 aspectos relacionados con la práctica: el bajo porcentaje que se cepilla después de cada comida y los motivos por los que no lo hacen (olvido y falta de tiempo o de ganas); aspectos sobre los que habría que incidir en los programas de salud oral en escolares, especialmente si tenemos en cuenta que, tal y como han apuntado otros autores¹, la frecuencia de caries es un 62% menor en los niños que se cepillan los dientes con regularidad. Coincidimos con estos autores^{1,4,5}, en destacar el importante papel que tienen los sanitarios desde la consulta de atención primaria y apuntamos la necesidad de su participación conjunta con los centros escolares, para aumentar el impacto de los programas de prevención dirigidos a los escolares, los cuales deben hacer hincapié en los grupos de mayor riesgo, como son los varones, según los resultados presentados.

Bibliografía

1. Pita Fernández S, Pombo Sánchez A, Suárez Quintanilla J, Novio Mallón S, Rivas Mundiña B, Pértiga Díaz S. Relevancia clínica del cepillado dental y su relación con la caries. *Aten Primaria*. 2010;42:372-9.
2. Bravo Pérez M, Llodra Calvo JC, Cortés Martinicorena FJ, Casals Peidro E. Encuesta de Salud Oral de Preescolares en España 2007. *Rev Col Odont Esp* 2006. 2007;12:143-68.
3. Bravo Pérez M, Casals Peidro E, Cortés Martinicorena FJ, Llodra Calvo JC. Encuesta de Salud Oral en España 2005. *Rev Col Odont Esp*. 2006;11:409-56.
4. Túniz Bastidoa F, Fernández Camiñas JA, Machín Fernández AJ. Conocimientos, hábitos y percepción de salud bucodental

en escolares de un área rural de Lugo. *Aten Primaria*. 2005;36:346-7.

5. López Rábade XC, Smyth Chamosa E. Evaluación de un programa asistencial de salud oral en una población infantil, durante 4 años, en un centro de atención primaria. *Aten Primaria*. 2006;37:240-1.

Francisca Perálvarez-Aguilera^{a,*}, Luis Félix Valero-Juan^b
y José María Delgado-Muñoz^c

^a *Práctica Privada de Odontología, Andújar, Jaén, España*

^b *Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Salamanca, Salamanca, España*

^c *Práctica Privada de Odontología, Profesor Asociado en la Facultad de Odontología de Sevilla, Sevilla, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: paqui.peralvarez@gmail.com
(F. Perálvarez-Aguilera).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.05.007>

Coordinación entre niveles asistenciales: ¿qué priorizan los profesionales?[☆]

Coordination between levels of care: What are the priorities for the healthcare professionals?

Sr. Director:

La coordinación asistencial se ha convertido en una prioridad, especialmente en los pacientes crónicos, y se contempla como una estrategia para alcanzar la continuidad asistencial, reducir los costes y mejorar la calidad de la atención¹. Los estudios disponibles en nuestro entorno han identificado diferentes problemas de coordinación asistencial que se han manifestado como ineficiencia en la gestión de recursos, pérdida de continuidad en los procesos asistenciales y disminución de la calidad de la atención prestada². En nuestra comarca, aunque se han aplicado diferentes estrategias para mejorar la coordinación entre la atención primaria y la especializada, continúan existiendo dificultades de coordinación por lo que se creó un grupo de trabajo cuyo objetivo es diseñar estrategias para la mejora de la coordinación entre niveles. Como paso inicial, se acordó llevar a cabo una encuesta entre todos los profesionales sanitarios de la comarca con el objetivo de identificar y consensuar aquellos aspectos percibidos como prioritarios para asegurar una adecuada coordinación entre niveles y por los cuales el grupo debería de comenzar a trabajar.

Para alcanzar este objetivo se diseñó un estudio cualitativo a través de la técnica Delphi con el fin de consensuar los aspectos relevantes para la mejora de la coordinación entre niveles, aunque solo se realizó un envío de la encuesta dado el elevado grado de acuerdo tras la primera ronda. La encuesta se realizó en febrero de 2012 por vía electrónica con un recordatorio y se invitó a participar a 187 médicos especialistas del hospital de referencia que incluye socio-

sanitario, 190 de atención primaria (103 de medicina y 87 de enfermería) y 9 de salud; 386 profesionales en total. A cada encuestado se le pidió que describiera brevemente aquellos aspectos que considerara como relevantes para la coordinación entre niveles asistenciales. La información recogida fue revisada por Cristina Gallardo y Alejandro Allepuz que consensuaron, a partir de una primera lectura, los temas y subtemas codificando después cada respuesta de forma independiente y ciega sobre el profesional que había contestado.

En total respondieron 127 profesionales (32,9%). La participación en el hospital de referencia fue del 21,9%, del 44,2% en atención primaria y 2 profesionales de salud mental. El total de aspectos considerados como relevantes para la coordinación entre niveles fue de 369 que fueron codificados con 441 códigos diferentes (tabla 1). El tema más frecuente fue la «Comunicación entre profesionales» con el 41,3% (n = 182) de los códigos utilizados. Al analizar las respuestas según el nivel asistencial no se observaron diferencias relevantes (tabla 1).

La comunicación entre profesionales también fue uno de los aspectos más relevantes en un trabajo previo en el que se observó que la comunicación, el conocimiento mutuo y la buena relación entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales constituyen el núcleo de la coordinación asistencial³. Llama la atención que la existencia de protocolos, rutas clínicas o guías de práctica clínica, aspectos incluidos dentro del tema «Objetivos comunes entre niveles», no hayan sido considerados entre los más relevantes, sobre lo que quizá haya influido la percepción de las dificultades para su implementación^{4,5}. Resulta complejo determinar a partir de los resultados cuáles deberían de ser las líneas de trabajo futuras para la mejora de la coordinación entre niveles, dado que a pesar de las nuevas tecnologías de la información y comunicación disponibles, los profesionales continúan teniendo la percepción de que la comunicación no es adecuada, y quizá la respuesta a esta necesidad esté más en la opinión que los profesionales tienen de los del otro nivel asistencial que dificulta un contacto más fluido⁶ que en la implementación de nuevas formas de comunicación.

[☆] Un resumen del trabajo ha sido presentado y aceptado como póster al congreso de la SEMFYC 2012 en Bilbao.