

## COMUNICACIONES ORALES

Jueves, 9 de diciembre

## Sesión 1

9.30-11.30 h - Sala Mojácar

## PONENCIA 2

Atención gineco-obstétrica  
en atención primariaESTRATEGIA DE RIESGO EN DEMANDANTES DE INTERRUPCIÓN  
VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (I.V.E)M. Bujalance Zafra, J. Morales Naranjo, C. Rodolfo Díaz,  
F. Carcelen López y H. Hurtado MadronaCS Victoria. Málaga. Andalucía  
Correo electrónico: mjbujalance@hotmail.com

**Objetivos.** Determinar el perfil de demandantes de IVE en Planificación familiar (PF) desde apertura del Centro Salud (enero 02-mayo 04); Evaluar Estrategia de riesgo.

**Diseño.** Descriptivo transversal.

**Metodología.** Protocolo específico. Captación en consulta a demanda o de PF, entrevista personal, marcador de riesgo y registro: datos de filiación, teléfono, edad, estado civil, nivel instrucción, situación laboral, riesgo social, método anticonceptivo previo, incluida en PF, usuaria de poscoital, I.V.E previo, nº de hijos y semana de gestación. Se le facilita cita para PF tras la I.V.E. Revisión trimestral del fichero. Si no acude, captación activa telefónica. Se prescribe método anticonceptivo, control de seguimiento y valoración de pérdidas. Estadística descriptiva.

**Resultados.** Desde enero 02 demandaron I.V.E 46 usuarias de  $27 \pm 2,1$  años, 39 de nacionalidad española. El 69% solteras, 56% con hijos ( $x = 1$ ; moda = 0). Nivel de instrucción: 60,8% primarios, 28,1% medios. Sin trabajo 56%. Riesgo social: 65,2%. Método anticonceptivo previo: 34,2% ninguno, 39,1% preservativo y 21,7% A.C.H.O. Usuarias poscoital 10,8%. El 17,3% tenían I.V.E previo. Incluida en PF: 1. Solicitan la I.V.E en la semana  $6,8 \pm 1,4$ . Tras captación se recuperan 25 usuarias (54,2%). Análisis de pérdidas: 17 no contacto telefónico, 3 no acuden, 1 fuera de zona. Método prescrito tras IVE: 23,9% ACHO; 13% Ligadura de trompas; 13% DIU; 6,5% vasectomía; 6,5% anillo vaginal; 4,5% parches. Una reincidente.

**Conclusiones.** Perfil de demandantes de IVE, mujer de edad media, riesgo social, soltera con hijos, sin PF previa, baja instrucción y sin trabajo remunerado. Tras seguimiento protocolizado conseguimos una re-captación del 54,2% con prescripción de métodos más seguros. Resaltamos la utilidad de intervenciones específicas en grupos de riesgo para mejorar la asistencia al programa y prevenir embarazos no deseados.

EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN UN CENTRO DE  
SALUD: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E INFLUENCIA DE LA  
INMIGRACIÓN

B. Morna, D. Roselló Farrás, N. Gudiña Escuredo y M. Puig Solé

ABS Raval Rord. CAP Lluís Sayé. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: beatrice\_morna@hotmail.com

**Objetivo.** Conocer las características sociodemográficas de las gestantes adolescentes atendidas en nuestro centro de salud (CS) durante el período 2000-2003, y analizar las diferencias entre gestaciones en autóctonas e inmigrantes.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Metodología.** Ámbito: CS urbano docente. Población: Total de adolescentes gestantes (13-19 años) atendidas en nuestro CS durante el período. Mediciones: Por revisión de historia clínica: edad, país origen, estado civil, convivencia, interrupción voluntaria embarazo (IVE) previa o de la gestación actual, hijos, semana gestación primera visita y métodos anticonceptivos (MA).

**Resultados.** 55 gestaciones en 50 adolescentes (7,2% del total adolescentes asignadas al CS, N = 695), 33 de ellas inmigrantes. Media gestaciones año, 14, sin tendencia lineal ( $P = 0,590$ ). Características gestaciones: edad media 17,5 años (IC95%: 17,2-17,9), un 10% en las mismas adolescentes, el 29,1% acabó en IVE y en un 18% existían antecedentes de IVE. La primera visita fue después de las 11 semanas (rango: 4-37) en el 50% de casos. En un 78,2% se utilizaba MA [41,8% preservativo, 39,6% contracepción hormonal (CH), 18,6% coitus interruptus], 14,5% no utilizaba MA y en un 7,3% no existía información. Entre las inmigrantes era más frecuente el número de gestaciones (67,3% vs 32,7%;  $P < 0,001$ ), tener pareja estable (62,2% vs 11,1%;  $P < 0,001$ ), tener hijos (100% vs 0%) y entre las autóctonas vivir con los padres (55,6% vs 24,3%;  $P < 0,022$ ) y solicitud de IVE (50,0% vs 18,9%;  $P = 0,017$ ). No existían diferencias respecto al resto de variables.

**Conclusiones.** El número de gestaciones anuales se mantiene estable. En una de cada tres gestaciones se utilizaba CH, sin éxito. Las adolescentes autóctonas e inmigrantes presentan conductas sociales diferentes respecto a la gestación.

## ATENCIÓN A LA MUJER DURANTE EL PUERPERIO

S. Castellanos de Marcos y A. Díaz Redondo

CS Buenos Aires. Madrid. Madrid.  
Correo electrónico: scastellanosd@wanadoo.es

**Objetivos.** a) Detección de problemas psíquicos durante el puerperio. b) Atención y consejo sobre manejo de dificultades relacionadas con la maternidad.

**Descripción.** El embarazo y el puerperio son periodos vitales para el desarrollo del nuevo ser y los vínculos entre los progenitores y los hijos. Durante el puerperio se producen cambios, que pueden acompañarse de crisis. En las reuniones las madres hablan de su experiencia en el hospital, los primeros días, su estado de ánimo, la angustia ante las dificultades, los cambios en la pareja. Los grupos son de 10-15 mujeres y comenzaron hace tres años. Ellas hablan y el profesional coordina, responde a preguntas y da indicaciones. La orientación es de inspiración psicoanalítica.

**Conclusiones.** 1) El testimonio de las madres ratifica que en el ser humano, tanto la sexualidad como la maternidad no están guiadas por el instinto. Se observa una diferente manera de abordar esta situación por parte de las mujeres. A veces, se producen graves perturbaciones que pueden ser diagnosticadas precozmente y derivadas (depresión posparto y psicosis puerperales), tal y como indica el PAPPS.- 2) Se realiza una intervención para la detección precoz de problemas en el cuidado de los niños y trastornos psicopatológicos y se coordina con su médico, el pediatra y si es necesario los recursos de salud mental. 3) La expresión de las emociones y las dificultades en que se encuentran las mujeres tiene un efecto intrínsecamente terapéutico. La palabra y el lazo social que se genera facilita la adaptación a esta nueva situación como mujeres y madres.

### ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SUSCEPTIBILIDAD, BENEFICIOS Y BARRERAS ANTE EL CRIBADO CON MAMOGRAFÍA

M. Esteva, J. Ripoll, C. Sánchez-Contador, F. Collado, M. Torrent y E. Castaño

Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Palma de Mallorca. Illes Balears. Correo electrónico: mesteva@ibsalut.caib.es

**Objetivos.** Adaptar la escala de creencias sobre cáncer de mama al español, evaluando su validez y reproducibilidad.

**Diseño.** Validación de una escala en estudio caso-control siendo casos las mujeres no participantes en un programa de cribado de cáncer de mama y controles las participantes.

**Métodos.** La escala consta de 3 subescalas: susceptibilidad (3 ítems), beneficios (5) y barreras (11) con respuestas tipo Likert de 5 puntos. Se realizó un proceso de traducción-retrotraducción con dos personas bilingües españolas y dos inglesas. Se constituyó un comité para analizar discrepancias. Se pilotó la comprensibilidad con 17 mujeres. Reproducibilidad: Administración del cuestionario a 32 mujeres en dos ocasiones. Validez: Administración del cuestionario a 274 mujeres.

**Resultados.** Adaptación: Se modificaron ítems después de pilotar discutiendo de nuevo en el comité hasta obtener la versión definitiva. Reproducibilidad: El coeficiente de correlación intraclase para susceptibilidad fue de 0,89, beneficios 0,70 y barreras 0,90. Validez: Consistencia interna: El coeficiente alfa de Cronbach 0,71, 0,48, y 0,57 para susceptibilidad, beneficios y barreras respectivamente. Validez de constructo: Con el análisis de componentes principales con rotación varimax se extrajeron 6 factores explicando un 53,79% de la varianza. El constructo es similar en la dimensión susceptibilidad, incluye 4 ítems de los 5 originales en la de beneficios y la de barreras se dispersa en 4 factores diferentes. La susceptibilidad, beneficios y barreras no se asocian con la participación en el programa.

**Conclusiones.** La adaptación española no posee las mismas cualidades psicométricas que la escala original.

### ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE USUARIAS AUTÓCTONAS E INMIGRANTES QUE SOLICITAN UNA INTERVENCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) EN EL DISTRITO PONIENTE (DP) DE ALMERÍA

M. Soler Núñez, J. Vázquez, Villegas, P. Baraza Cano, P. Caparrós Paloma, P. Espejo Guerrero y G. Fernández Moya

CS La Mojonera. Distrito Poniente de Almería. La Mojonera. Almería. Andalucía. Correo electrónico: pepevazquez@ya.com

**Objetiva.** Describir las características clínico-sociales de las mujeres solicitantes de IVE en el DP durante el año 2003 según país de origen.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo retrospectivo en el que utilizando una encuesta administrada por un entrevistador analizamos: edad, nivel de estudios, actividad laboral, acompañamiento, semanas de gestación, estado civil, IVEs previos e indicación, nº de hijos, utilización actual y previa de métodos anticonceptivos, para inmigrantes: nacionalidad, situación administrativa, uso de español y tiempo de residencia.

**Resultados.** Se solicitaron 253 IVEs, edad media de 27,38 años +6,34. Un 66,4% inmigrantes de 19 nacionalidades (72,02% en situación administrativa irregular). Un 11,9% de inmigrantes tienen estudios universitarios, un 3,5% en autóctonas (p = 0,029). Trabajan un 43,9%(46,84% en

invernaderos). Un 52,2% acuden acompañadas (49,24% por su pareja/marido). La media de gestación ha sido de 7,97 semanas +2,89. Un 44,04% de inmigrantes tenían IVEs previos, autóctonas 18,82% (p = 0,000), fundamentalmente de Europa del Este (p = 0,004). Habían utilizado previamente algún método anticonceptivo inmigrantes 55,35% y autóctonas un 76,47% (p = 0,01). En la actualidad no lo utilizaban un 73,80% de inmigrantes y un 49,41% de autóctonas (p = 0,000). Indicación de IVE fue un 93,3% por riesgo para la salud de la embarazada y un 16,47% por malformación fetal (más frecuente en autóctonas p = 0,000). Un 33,59% sin hijos. Un 46,4% de inmigrantes no hispanoparlantes no hablan español o con dificultad. Un 25,3% están menos de 1 año en España

**Conclusiones.** En el DP un amplio porcentaje de solicitantes de IVEs son inmigrantes reincidentes que no utilizan ningún tipo de método anticonceptivo, debemos crear programas de planificación familiar adaptados a sus peculiaridades lingüístico/culturales.

### INSERCIÓN DEL DIU LIBERADOR DE LEVONOGESTREL EN MEDICINA FAMILIAR

A. Saavedra Ruiz, L. Arribas Mir, S. Duarte Vallejo y P. Aleman Sinning

CS La Chana. Granada. Andalucía. Correo electrónico: sinning@eresmas.com

**Objetiva.** Conocer las indicaciones, asesoramiento, inserción y seguimiento del nuevo sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG) manejado por el médico de familia (MF).

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo retrospectivo transversal, en un centro de salud urbano, con 10 MF. Se incluyen las inserciones de DIU-LNG realizadas por los MF del 23-10-2001 al 30-6-2004, en mujeres asesoradas que aceptaron el método. Se valoran la edad, paridad, indicaciones, incidencias en la inserción, eficacia y seguridad.

**Resultados.** Entre 395 mujeres con inserciones de DIU por los MF en el periodo de estudio, 65 (16,45%) recibieron 67 DIU-LNG. La edad media era 38,03, con rango 17-47, y 9 eran nulíparas. Acumulan 1.073 meses de utilización del DIU-LNG. Han superado un año de seguimiento 44 mujeres y 20 superan los 2 años. No hubo inserciones fallidas. Se precisó dilatar el cérvix en 4 (5,97%) inserciones. No hubo embarazos ni EPI. Ocurrieron 2 (2,98%) expulsiones, ambas en la misma mujer. Se retiraron 2 (2,98%) DIU-LNG por dolor, 2 (2,98%) por deseo de embarazo y 1 (1,49%) a petición de la mujer. La tasa de continuidad es del 89,55%. Tenían historia de sangrado excesivo con DIU de cobre 29 (43,28%) mujeres; menorragia/hipermenorrea 34 (50,74%); posible alergia al cobre 3 (4,47%). Hubo 7 (10,44%) inserciones no anticonceptivas. Aparecen efectos menores pasajeros en 6 (8,95%) mujeres.

**Conclusiones.** Los resultados sugieren un asesoramiento adecuado, e indicaciones e inserciones correctas del DIU-LNG manejado por el MF.

### CONSULTAS GINECO-OBSTÉTRICAS DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL EN MEDICINA FAMILIAR

A. Saavedra Ruiz, M. Solana, S. Duarte Vallejo, P. Aleman Sinning y L. Arribas Mir

CS La Chana. Granada. Andalucía. Correo electrónico: sinning@eresmas.com

**Objetivos.** Valorar las consultas gineco-obstétricas (GO) al médico de familia (MF) de mujeres en edad fértil (MEF), cargas asistenciales, motivos frecuentes y manejo.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo retrospectivo transversal, en una consulta de medicina familiar de un centro de salud urbano, sobre MEF de 15 a 45 años, que consultan en el año 2.003. Se revisan sus historias clínicas.

**Resultados.** De 2.044 pacientes adscritos, 1.661 (81,26%) acuden al menos una vez ese año, y 664 (39,98%) eran MEF. De 11.574 motivos de consulta anuales, 4.528 (39,12%) los generan MEF, y de estos últimos 1.440 (31,80%) fueron GO. De 664 MEF que consultaron, 400 (60,24%), lo hicieron al menos una vez por motivos GO. Hubo 369 (25,63%) visitas de planificación familiar, 256 (17,78%) controles de embarazo, 116 (8,06%) tomas citológicas cervicales, 73 (5,07%) alteraciones menstruales, 66 (4,58%) problemas mamarios, 60 (4,17%) vulvovaginitis, 36 (2,50%) primeras visitas de embarazo, 25 (1,74%) diagnóstico de embarazo, 18 (1,25%) consultas preconcepcionales, 13 (0,90%) visitas pos-

parto, 7 (0,49%) sangrados del primer trimestre, 5 (0,35%) quistes ováricos, 4 (0,28%) dispareunia. Hubo mas consultas GO por otros motivos GO menos frecuentes. De 400 MEF con motivos GO 18 (4,50%) se derivaron a ginecología.

**Conclusiones.** Los motivos de consulta GO de MEF suponen un tercio de la demanda de este grupo, y una décima parte de la total del cupo. La mayoría son resueltos por el MF.

## LIBRES

### SEGUIMIENTO DE FAMILIAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA ALOJADAS EN UN PISO DE ACOGIDA

Z. Herreras Pérez, P. Rodríguez Mur, A. Raya Tena y M. Carpallo Nieto

CAPSE. CS Rosellón. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: zoeh@telefonica.net

**Objetivo.** a) Realizar el seguimiento sanitario de mujeres víctimas de violencia doméstica y sus hijos alojados en un piso de acogida en la demarcación de un EAP urbano. b) Crear un circuito que asegure la asistencia sanitaria integral a estas pacientes y sus hijos asegurando la confidencialidad.

**Material y métodos.** El proyecto se inició en Julio de 2003, desde entonces se han acogido al programa 6 mujeres y 11 menores. Los profesionales referentes son una médico de familia (MF), una pediatra (P), una enfermera pediátrica (EP) y una trabajadora Social (TS). Las educadoras-tutoras del piso contactan telefónicamente con la TS que registra el caso y tiene una primera entrevista con la mujer. Se recogen los datos de la paciente excepto la dirección del piso de la que no tenemos constancia los profesionales. A las mujeres se les realiza seguimiento, soporte emocional, tratamiento médico y derivaciones a centros especializados si procede. Los niños siguen el "programa de seguimiento del niño sano", las inmunizaciones según calendario de vacunas y otras ayudas específicas. Se ha creado un código de señales en el centro para mantener la máxima confidencialidad de los datos.

**Conclusiones.** a) La creación de un circuito específico y consensuado facilita la accesibilidad de estas usuarias al centro. b) El seguimiento, por el equipo multidisciplinar (MF, P, TS, EP), que siempre es el mismo, da seguridad a las familias y garantiza la adherencia y confidencialidad.

### VIOLENCIA DOMÉSTICA ¿QUÉ ESTAMOS DIAGNOSTICANDO EN ATENCIÓN PRIMARIA?

S. Herrero Velázquez, M.C. Fernández Alonso, J.A. Cordero Guevara, T. Vega Alonso y A. Moderuelo Fernández

CS Valladolid. Valladolid. Castilla y León.

Correo electrónico: sherrero@grs.sacyles

**Objetivo.** Conocer los casos de violencia doméstica identificados por los médicos de familia de Castilla y León (CyL) en el marco del estudio: Conocimientos y actitudes de los médicos de familia de CyL respecto a la Violencia Doméstica\*.

**Método.** Estudio descriptivo transversal mediante encuesta autoadministrada remitida por envío postal.

**Expresión de datos.** Numéricos en medias; cualitativos en porcentajes.

**Ámbito.** Médicos de Atención Primaria de CyL. Muestra: universo de la población: 2292 médicos.

**Variables.** nº de casos, sexo, edad víctimas, primer profesional en diagnosticarlo, sospecha previa de maltrato, frecuentación el año previo, uso de psicofármacos, identidad del agresor.

**Resultados.** En 817 cuestionarios respondidos se notificaron 2044 casos. La media de casos detectados: 2,52. Un 25,7% de los profesionales no han tenido ningún caso. Describieron las características en 1.424 casos: Sexo: mujeres (88,3%). Edad (35-50). Tipo de maltrato: físico y psíquico (32,7%), físico (32%), Agresor: Pareja (79,1%). El 90,42% había consultado previamente. El 51,21%: hiperfrecuentadoras (>=7 veces/año). Primer profesional en detectarlo: médico de familia (74,1%). No sospecha previa del maltrato: 63,1%. Consumían psicofármacos: 45,2%.

**Conclusión.** El número de casos conocidos por cada profesional es bajo. Está muy alejado de las cifras estimadas si proyectamos a nuestra pobla-

ción los datos obtenidos en la encuesta del Instituto de la Mujer para nuestra CCAA. El resto de las variables estudiadas respecto a víctima y agresor son similares a las obtenidas en otros estudios.

**Financiación:** Consejería de Sanidad Junta de Castilla y León (Boxyl 191. Orden 26 Sep 2002)

### PREVALENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA EN POBLACIÓN ATENDIDA EN CENTROS DE SALUD: FACTORES ASOCIADOS

R. Castro Jiménez, J.C. Vázquez de la Torre Muñoz, M.T. Caro Cuenca y L.A. Perula de Torres

Unidad Docente de MFYC. CS Huerta de la Reina. CS Levante Norte.

Córdoba. Andalucía.

Correo electrónico: rafaelpcastro@tiscali.es

**Objetivos.** Estimar prevalencia de violencia doméstica (VD) en pacientes atendidos en centros de salud, en función del nivel socioeconómico, y la relación existente con el grado de cohesión familiar.

**Material y métodos.** Estudio Observacional, de prevalencia, dos zonas básicas de salud (ZBS). Muestra: 167 individuos de ambos sexos, edades entre 18-65 años, seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple, aplicándoles Test de Bradley violencia doméstica, test Apgar-familiar, test Goldberg (ansiedad/ depresión) y entrevista clínica semiestructurada. Análisis estadístico uni-bivariado.

**Resultados.** Nivel de estudios: 47,31% primarios. Situación laboral: 41,92% activos, 17,96%, 20,56% parados. Test Apgar: disfunción leve 14,37% y grave 7,78%. Violencia Psíquica (VPs): 95 casos (hombre 46,9%, mujer 63,1%) (p 0,039), 57,5% consumen benzodiazepinas y 62,1% antidepressivos. Puntúan ansiedad 72,7% (p 0,001) y depresión 66,2% (p 0,045). VPs: 73,9% solteros y 66,7% separados. VPs por Zona: Zona A (nivel socio económico bajo-muy bajo) 71,8%, Zona B (nivel alto) 63,6% y Zona C (nivel medio) 50% (p 0,039). VPs con Disfunción familiar grave 69,2% y leve 83,3%. Violencia Física (VF): 29 casos (hombre 20,69%, mujer 79,31%), consumen benzodiazepinas y antidepressivos 34,48%. Puntúan ansiedad 72,41% (p 0,009) y depresión 58,62%. VF: 41,38% solteros y 34,48% casados (p 0,04). VF por Zona: Zona A 92,9%, Zona B 50%, Zona C 32,5% (p 0,01). VF con disfunción familiar grave 24,14% y leve 24,14% (p 0,013).

**Conclusiones.** 1) VD en nuestra ZBS es mayor en comparación de la descrita en la población española, con más prevalencia en zonas socioeconómicas extremas. 2) VD se relaciona significativamente con familias disfuncionantes.

## Sesión 2

9.30-11.30 h - Sala Cazorla

## MESA DEL PAPPS

### ENSAYO PARA LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA (PREDIAP). RESULTADOS A 3 AÑOS TRAS EL CIERRE DEL PERÍODO DE INCLUSIÓN

B. Costa Pínel, J. Fernández Álvarez, C. Fuentes Bellido, F. Martín Luján, E. Moltó Llaena e I. López Rodríguez

Grupo de Investigación Prediap. Ámbito de Tarragona-Reus-Terres de l'Ebre.

Institut Català de la Salut. Servicio Galego de Saúde, Lugo. Investigación y

Desarrollo QF Bayer, Barcelona. Reus. Cataluña.

Correo electrónico: bcosta@tinet.fut.es

**Objetivo.** Presentar resultados del ensayo clínico PREDIAP (PREvencción de la Diabetes en Atención Primaria) al cierre de la inclusión.

**Emplazamiento.** Atención primaria (20 centros distribuidos en Catalunya, Galicia, Andalucía, Levante y León).

**Material y métodos.** Ensayo multicéntrico, paralelo, controlado con placebo diseñado para determinar si el uso de acarbose (dosis máxima: 50

x 3 mg/día) es efectivo, seguro y coste-efectivo para prevenir o retrasar la incidencia de diabetes tipo 2 durante la rutina laboral en la atención primaria española. El reclutamiento (2000-2003) prosigue con 3 años de tratamiento a doble-ciego y 3 meses de lavado con placebo (2004-2007).

**Resultados.** Finalizada la inclusión, 444 sujetos con al menos un factor de riesgo (obesidad, anomalías glucídicas, antecedente familiar, consumo fármacos hiperglucemiantes) fueron seleccionados y diagnosticados mediante doble curva de glucosa (criterios OMS vigentes): 237 (53,4%) no confirmaron una alteración intermedia del metabolismo glucídico y 207 (46,6%) fueron aleatorizados: 111 (53,6%) con ITG, 54 (26,1%) con GBA y 42 (20,3%) con ITG+GBA. La razón de inclusión ITG:GBA:ITG+GBA fue 2:1:1. No hubo diferencias estadísticas morfométricas, ni en la presión arterial o en el impacto de factores de riesgo entre ambos grupos. Se revisó la situación metabólica de los primeros 83 sujetos (56,6% hombres; edad = 59,9; IMC = 30,7) tras 20,5 meses de seguimiento medio. La regresión a la normalidad ocurrió en 21 (25,3%) casos (incidencia media = 14,8% anual). Trece (15,6%) desarrollaron diabetes (9,1% anual) y 49 (59,1%) persistían en situación prediabética.

**Conclusiones.** Atendiendo a la estimación publicada (14,2% anual) para la incidencia de diabetes en estos sujetos, los datos preliminares (sin apertura del ciego) indicarían una reducción global del 35,2%.

#### QUE MEDIDAS DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR PRIMARIA SERÍAN LAS MÁS EFECTIVAS EN LA POBLACIÓN ATENDIDA POR NUESTRO EQUIPO?

R. Dalmau Llorca, J. Clua Espuny y C. Aguilar Martin

SAP Terres de l'Ebre. ICS. Tortosa. Cataluña.  
Correo electrónico: jlclua.tarte.ics@gencat.net

La reducción del riesgo cardiovascular (RCV) mediante diferentes intervenciones está relacionada con el RCV basal de la población diana.

**Objetivos.** 1) Conocer el RCV basal de la población atendida; 2) Identificar las intervenciones más coste/efectivas y el número necesario de pacientes a tratar (NNT) para evitar un infarto agudo de miocardio (IAM) a los 10 años.

**Diseño y metodología.** Muestra aleatoria de 2.109 sujetos (30-74 años) (alfa 0,05 beta 0,02) de la población atendida en nueve áreas básicas de salud (ABS) obtenida del registro de datos informatizado. Se calculó: RCV basal con tablas Framingham; reducción absoluta de riesgo (RAR) y NNT para evitar IAM para cada una de las siguientes alternativas: lovastatina, atenolol, enalapril, ácido acetilsalicílico (AAS), abandono del tabaco, mantenimiento del índice masa corporal < 30 y práctica habitual de ejercicio físico. La reducción de riesgo relativo (RRR) asociada a cada una de las alternativas se obtuvo de la evidencia reconocida. El coste/caso (euros) evitado se calculó a partir del PVP del fármaco a la dosis estándar recomendada.

**Resultados.** Edad (62,3-63,2 años); hombres (43,9-48,5%); fumadores (12,1-15,1%), diabéticos (36,1-40,3%), colesterol (213,4-217,2 mgr/dL), HDL (51,6-53,5 mgr/dL), TA sistólica (137,5-139,1 mmHg), RCV (14,9-15,8) significativamente superior en hombres. Los NNT y coste/efectividad fueron: lovastatina (13-31; 13.120-31.279), atenolol (13-37; 3.105-8.836), enalapril (15-31; 12.420-25.668), AAS (12-27; 2.621-5.886), cese fumar (9-13), peso corporal (12-19) y ejercicio (12-19). El NNT es menor en hombres.

**Conclusiones.** 1) El abordaje del estilo de vida se asocia a menores NNT y coste; 2) el atenolol es la medida farmacológica más coste/efectiva; 3) a más RCV menor NNT.

#### MEDIDA DE LA PRESIÓN DE PULSO EN HIPERTENSOS: ASOCIACIÓN CON LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

J. Cabré Vila, F. Martín Luján, C. Jiménez Rodríguez, I. Sánchez-Oro Vallés, Y. Ortega Vila y B. Costa Pínel

ABS Reus-1. ABS Reus-2. ABS Reus-4. SAP Reus-Altebrat. Institut Català de la Salut. Reus. Cataluña.  
Correo electrónico: jcabrev@medynet.com

Diversos estudios relacionan la aparición de enfermedad cardiovascular (ECV) con la presión de pulso (PP). No obstante, pocos valoran este parámetro en el ámbito de Atención Primaria.

**Objetiva.** Evaluar la utilidad de la medida de la PP, correlacionando sus valores con la aparición de complicaciones cardiovasculares en pacientes hipertensos atendidos en las condiciones habituales de atención primaria.

**Diseño y ámbito.** Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico (población de referencia 39.000 habitantes).

**Medidas e intervenciones.** Se seleccionan pacientes diagnosticados de hipertensión, libres de ECV, y se realiza un seguimiento a 5 años (1999-2003). Se registran datos socio-demográficos, clínico-analíticos y se recogen los eventos cardiovasculares (cerebrovasculares, coronarios y periféricos). Los valores de PP se categorizan en 5 intervalos: < 40, 41-60; 61-80, 81-100 y > 100 mmHg. Se analiza el impacto acumulado de ECV según valores de PP mediante curvas de supervivencia de Kaplan-Meier.

**Resultados.** Se evalúan 563 individuos hipertensos, con media de edad de 62,4 ± 11,6 años, 348 (61,8%) mujeres, 157 (27,7%) diabéticos. Tienen hipertensión sistólica aislada 261 (46,4%). La PP media fue de 60,41 ± 15,55 mmHg y la presión arterial media de 106,58 ± 12,04 mmHg. Considerando los intervalos descritos, a mayores valores de PP, mayor incidencia de ECV. Los riesgos relativos (RR) de los intervalos respecto al grupo < 40 mmHg, son los siguientes: 41-60 mmHg, RR = 1.13; 61-80 mmHg, RR = 1.42; 81-100 mmHg, RR = 1.72 y el grupo > 100 mmHg, RR = 2.20.

**Conclusiones.** En los pacientes hipertensos atendidos en atención primaria, la medida de la PP permite, de una manera sencilla, identificar aquellos con un mayor riesgo de desarrollar ECV.

#### ¿ES EFICAZ LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES PARA DISMINUIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR (RCV) EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS? (CICLO-RISK)

M. Gómez Marcos, L. García Ortiz, A. Sánchez Rodríguez, I. Santos Rodríguez, S. Martínez Nava y P. Moncada Brito

CS Garrido Sur. CS La Alamedilla. Salamanca. Castilla y León.  
Correo electrónico: lgarcao@usal.es

**Objetiva.** Evaluar la eficacia de la formación de los profesionales, siguiendo las diferentes guías de práctica clínica, en la disminución del RCV de los pacientes hipertensos.

**Metodología.** Estudio Cuasi-experimental. Se asignan siete médicos e familia al grupo intervención (GI) y otros siete al control (GC). Por muestreo aleatorio se seleccionan 849 hipertensos, 419 (GI) y 430 (GC). Edad media 69,83 (IC95% 69,05-70,6) sin diferencias entre grupos, (64% H, 36% M).

**Intervenciones.** Ciclo de mejora de calidad consistentes en: audit de historias clínicas, feed-back de información y sesiones formativas a los profesionales del grupo intervención sobre guías clínicas de factores de riesgo cardiovascular.

**Mediciones.** Presión arterial, lípidos, fumador y glucemia. Riesgo cardiovascular (RCV) total, grave, relativo (RR) (Grundy) y mortalidad cardiovascular (SCORE).

**Resultados.** El RCV total inicial fue 16,9% (GI) y 16,6% (GC), después de la intervención descendió a 13,81% (GI) y 16,85% (GC) (p < 0,05). El RCV grave inicial fue 12,26% (GI) y 12,82% (GC), después de la intervención descendió a 9,59% (GI) y 12,12% (GC) (p < 0,05). El RR inicial fue 1,98 (GI) y 2,06 (GC), después de la intervención descendió a 1,58 (GI) y 1,93 (GC) (p < 0,05). El Riesgo de mortalidad cardiovascular inicial fue 2,5% (GI) y 2,47% (GC), después de la intervención pasó a 2,16% (GI) y 2,52% (GC) (p < 0,05). La efectividad de la intervención en la reducción del riesgo ha sido por tanto: RCV total: 2,28 (IC95%: 1,35-3,21); RCV grave: 1,92 (IC95%: 1,1-2,72); RR 0,25 (IC95%: 0,15-0,36) y Riesgo de mortalidad cardiovascular 0,96 (IC95%: 0,62-1,30).

**Conclusiones.** La intervención realizada ha sido efectiva disminuyendo en el GI el RCV total, grave, RR y riesgo de mortalidad cardiovascular.

#### ¿FRAMINGHAM, REGICOR, SCORE? DIFERENCIAS OBTENIDAS EN UN GRUPO DE PACIENTES DISLIPÉMICOS DE UN CENTRO DE SALUD EN FUNCIÓN DE LA TABLA UTILIZADA

C. Laborda Folgado, P. Campos Esteban y L. Ramiro Ayán

CS La Paz. CS Santa Mónica. CS Rivas-Vaciamadrid. Madrid.  
Correo electrónico: cristijoe@yahoo.com

**Objetiva.** Cálculo del riesgo cardiovascular (RCV). Cuantificación de pacientes dislipémicos de un centro de salud susceptibles de tratamiento farmacológico según la tabla utilizada: Framingham, Regicor, SCORE.

**Diseño.** Estudio observacional, descriptivo y transversal.

**Muestra.** Pacientes entre 34 - 75 años, con episodio de dislipemia creado en OMI-AP en los años 2002-2003, sin enfermedad cardiovascular ni tratamiento hipolipemiente previo. Se revisaron 558 historias de las cuales sólo 205 cumplieron criterios de inclusión.

**Material y métodos:** Variables: edad, sexo, TA, colesterol total, HDL, LDL, TG, diabetes, tabaquismo, HVI. Cálculo del RCV con Framingham, Regicor y SCORE. Se compararon:

-205 pacientes según Framingham y Regicor.

-163 pacientes (excluyendo < 40 años y > 65) según Framingham, Regicor y SCORE.

Se consideró indicación de hipolipemiantes para riesgo > 20% en Framingham y Regicor y > 5% o DM en SCORE.

**Resultados.** Comparando Framingham y Regicor, de los 205 pacientes 19 presentan riesgo coronario mayor del 20%, según Framingham, y ninguno según Regicor. Al comparar las tres tablas, de 163 pacientes 14 presentaron riesgo alto o muy alto según Framingham, ninguno con Regicor y 18 con SCORE.

**Conclusiones.** Los resultados obtenidos apoyan la teoría de que Framingham sobrestima el RCV en población de bajo riesgo. Llama la atención una mayor similitud de resultados entre Framingham y SCORE que podría justificarse por incluir éste último a los pacientes diabéticos, directamente, como de alto riesgo.

#### IMPLICACIONES DEL NUEVO CRITERIO DE CRIBADO DE LA ADA 2004 PARA DIABETES. ANÁLISIS EN UN PROGRAMA PREVENTIVO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

B. Álvarez, D. Orozco Beltran, J. Ortuño López, V. Gil Guillen, V. Pedrera Carbonell y J. Navarro Pérez

Unidad de Investigación y Docencia Área 17. Cátedra de Medicina de Familia. Departamento de Medicina. Universidad Miguel Hernández. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Elda. Alicante. Comunidad Valenciana. Correo electrónico: orozco\_dom@gva.es

**Objetivos.** Analizar resultados del cribado de diabetes en el programa preventivo del adulto sano de la Generalitat Valenciana para mayores de 40 años al aplicar los nuevos criterios 2004 de la Asociación Americana de Diabetes (ADA).

**Método.** Diseño observacional, transversal. 18278 chequeos preventivos en 175 centros de atención primaria. Octubre 2003 a Marzo 2004. Se excluyen diabetes tratada con fármacos. Se mide glucemia basal aceptándose las siguientes cifras: Cribado negativo, normo-glucemia (NG): < 100 mg/dl, positivo para Glucemia Basal Alterada (GBA) con criterio nuevo (GBA-N): > 100 y < 110 mg/dl, positivo para GBA con criterio clásico (GBA-C): > 110 y < 126 mg/dl y diabetes (DM): > 126 mg/dl. Determinación de factores de riesgo cardiovascular (FRCVS).

**Resultados.** Edad media 54 años, 45% varones. El 68,7% de la población presenta NG, 19,1% (2692) GBA-N, 8,2% (1157) GBA-C y 4% DM. Peso 71,1; 75,3; 76,9; 79,2 Kg. (p < 0,000); presión arterial (PA) sistólica: 127,0; 132,1; 133,3; 137,1; mmHg (p < 0,001); PA diastólica: 77,16; 79,3; 80,1; 81,1; (p < 0,000) (p < 0,001); colesterol total 127,0; 132,1; 133,3; 137,1; mg/dl (p < 0,001); LDL 64,1; 60,2; 59,8; 53,3; mg/dl (p < 0,001); Triglicéridos 115,2; 133,9; 152,3; 165,2 mg/dl (p < 0,001); Tabaquismo 23,6; 19,9; 21,2; 19,8% (p < 0,001). Obesidad 23,2; 32,3; 38,5; 46,1 (p < 0,001); HTA 56,3; 60,9; 60,1; 70,2% (p < 0,001); Dislipemia 27,5; 32,1; 36; 35,6% (p < 0,001).

**Conclusiones.** El nuevo criterio eleva la prevalencia de GBA de 8,2% a 27,3%. Permite detectar sujetos (GBA-N) con un perfil mas desfavorable de FRCVS respecto a la NG.

#### EVOLUCIÓN DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE DE DIABÉTICOS DE 10 AÑOS DE SEGUIMIENTO

N. Piquer Farré, M. Pou Giménez, M. Tarruella Plandolit, M. Fernández Sanmartín, X. Mundet Tudurí e I. Alegre Valls

CAP El Carmel. DAP Horta-Guinardó. Barcelona. Cataluña. Correo electrónico: 34461mtp@comb.es

**Objetivo.** Evaluar la evolución de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y el riesgo cardiovascular (RCV) en una cohorte de pacientes diabéticos tipo 2 tras diez años de seguimiento.

**Diseño y metodología:** Estudio prospectivo de cohortes de base poblacional. Seleccionamos 317 diabéticos tipo 2 atendidos en un EAP urbano

seguidos durante 10 años. Se recogió en 1992,1997 y 2002: hábitos tóxicos, PAS y PAD, colesterol total, LDL, HDL, HbA1c y eventos cardiovasculares. Se definieron dos grupos de RCV: alto (> 20%) y moderado-bajo (< 20%), según la tabla de Framingham. Se utilizó la t de Student para datos apareados (p < 0,05).

**Resultados.** El 60,9% son varones (edad media 64,5 años, DE 11,2). Tras 10 años la PAS descendió 0,67 mmHg (p = 0,73) y la PAD 7,38 mmHg (IC95%: 9,13-5,62). El colesterol total disminuyó 27,15 mg/dL (IC95%: 32,95-21,34), el LDL 48,98 mg/dL (IC95%: 63,2-34,75). El HDL aumento 11,13 mg/dL (IC95%: 7,77-14,49) y la HbA1c 0,54% (IC 95%: 0,25-0,83). El hábito tabáquico y el consumo de alcohol disminuyeron en un 14,6% (p < 0,05) y 27,2% (n.s.) respectivamente. Los pacientes con RCV alto (82,5% en 1992, 74,8% en 2002) presentaron un evento cardíaco isquémico final en el 30,9% (14,3% entre los de RCV moderado-bajo; OR = 2,7; IC95%: 1,0-7,3). El 15% pasaron de RCV alto a moderado-bajo al final del estudio.

**Conclusiones.** 1) De los FRCV la PAD y el LDL disminuyeron de forma significativa. 2) Se observa una tendencia a la disminución del porcentaje de pacientes en el grupo de RCV alto. 3) Detectamos un mayor porcentaje de eventos cardiovasculares en el grupo de RCV alto, casi significativo.

#### AUTOAPLICACIÓN DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS

J. González González, M. Medina Chozas, E. Aguilar Blanco, L. Cano Martín, A. Berrocoso Martínez y E. Rubio Hidalgo

Unidad Docente de MFYC de Toledo. Toledo. Castilla-La Mancha. Correo electrónico: eva\_lon@hotmail.com

**Objetivos.** Conocer la autoaplicación de actividades preventivas en los sanitarios del Área de Salud y las diferencias entre Primaria y Hospitalaria. **Metodología.** Estudio descriptivo transversal mediante cuestionario autocumplimentado y anónimo. Constaba de 17 ítems: profesión, edad, sexo, peso, talla, antecedentes personales, vacunación de tétanos y gripe, control de colesterol, glucosa y TA, ejercicio físico, hábito tabáquico y enólico. En mujeres: exploración mamaria, mamografía y citología vaginal.

**Resultados.** Obtuvimos 666 respuestas: 41,4% de Primaria, 44,4% eran médicos La edad media fue 39 años (rango 22-69). Un 67,1% fueron mujeres. Realizaban vacunación antigripal el 28,4% (40,8% de Primaria vs 19,7% Hospital; p < 0,001) y antitetánica el 72,7% (66,3% Primaria vs 77,1% Hospital; p < 0,05). Realizaban control glucémico en 69,1% de Primaria vs el 76,8% de Hospital (p > 0,05); de colesterol 97,7% Primaria vs 89,3% Hospital (p < 0,001) y de TA 85,1% Primaria vs 81,6% Hospital (p > 0,05). Fumaba el 24,1%: 19,5% Primaria vs 27,5% Hospital; p < 0,05; por profesión 18,5% de médicos y 27,8% de enfermeros (p < 0,05). En el análisis multivariante quedó como variable asociada al tabaquismo la profesión (B: 0,463; Exp(B): 1,59; IC 95%: 1,03-2,44). El 52,3% consumía alcohol. El consumo de alcohol, la realización de ejercicio físico y las actividades preventivas propias de la mujer no demostraron diferencias significativas entre ambos ámbitos.

**Conclusiones.** Los profesionales sanitarios presentan un grado aceptable de autoaplicación de las actividades preventivas, exceptuando las relacionadas con enfermedades infecciosas (gripe) y aquellas que requieren mayor esfuerzo personal (ejercicio físico,...). Parece existir una mayor concienciación frente al tabaco entre los médicos sobre todo en Primaria.

#### PREVENCIÓN PRIMARIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES (ECV) EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

C. Morán Tiesta, A. Abad Esteban, S. Pérez Cuadrado, E. Cámara Sola, C. Díaz-Guevara Cordón y M. Gosálvez Bernal

CS General Fanjul. Madrid. Madrid. Correo electrónico: morancris@hotmail.com

**Introducción.** La ADA ha establecido, desde el 2001, unos criterios de antiagregación en diabéticos como estrategia de prevención primaria cardiovascular. En la práctica clínica existen ciertas controversias en su aplicación por la dificultad de estimar la relación riesgo/beneficio.

**Objetivos.** Demostrar si existe una relación directa entre la administración de antiagregantes y la prevención de eventos cardiovasculares en los diabéticos tipo 2.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes retrospectivo (1/01/02-15/04/04) de una muestra aleatoria de 271 diabéticos, asumiendo una prevalencia de antiagregación primaria del 22%, con un error de precisión del 4% y un riesgo a del 0,05%, auditando historias clínicas mediante OMI y posterior análisis estadístico.

**Resultados.** La proporción hombre/mujer es 1:1, con una media de edad de  $67,25 \pm 11,7$ . La relación terapéutica entre ADOs vs. insulina es 2:1. Presentan criterios de antiagregación primaria un 93%, de los cuales el 64% cumplen criterios y no reciben tratamiento. La posibilidad de sufrir ECV en diabéticos antiagregados vs. no antiagregados es  $p = 0,159$ . La AAS como factor protector para sufrir ECV tiene un  $RR = 0,28$  (0,05-1,48 IC 95%).

**Conclusiones.** El total de diabéticos que se beneficiarían de antiagregación en nuestra población, según la ADA, sería muy elevado, aunque en realidad el número de antiagregados es bajo. La aparición de ECV en diabéticos con/sin antiagregante es baja y similar, esto puede deberse al poco tiempo de seguimiento y/o al tamaño muestral.

## Sesión 3

12.00-14.00 h - Sala Mojácar

## MESA 7

### Atención integral en cuidados paliativos

#### SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES COMPARTIDOS CON EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA Y EQUIPOS DE SOPORTE (PADES)

I. Garrell Lluis, A. Jordana Baron, E. Simó Cruzet, M. Faro Colomé, X. Martí Company y D. Torremorell Balagué

CAP Terrassa Nord. Unidad Docente de MFyC del Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 30274esc@comb.es

**Objetivo.** Analizar el seguimiento médico de pacientes atendidos conjuntamente por un equipo del Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte (PADES) y Equipo de Atención Primaria (EAP).

**Diseño.** Estudio descriptivo retrospectivo.

**Ámbito.** Área Básica de Salud (ABS) urbana.

**Sujetos.** Pacientes, asignados a la ABS, atendidos los últimos 4 años por ambos equipos.

**Mediaciones.** Revisión de historias clínicas. Variables: edad y sexo; origen de solicitud de PADES; diagnóstico; visitas realizadas; coordinación entre ambos equipos (contacto telefónico, alternancia de visitas); intervalos entre solicitud, primera visita PADES, alta, éxitos; motivo de alta PADES; uso de mórnicos.

**Resultados.** 102 pacientes: 53 mujeres (52%); edad 72,2 años (DE 14,7). Origen solicitud: EAP 45%, hospital 43%, otros 12%. Diagnóstico: neoplasias 66%, demencias 8%, otras enfermedades neurológicas 7%, neumopatías 5%, hepatopatías 4%, cardiopatías 3%, úlceras 3%, otros 4%. Diagnósticos cuando EAP originó solicitud: neoplasias 49%, demencias 15% y neumopatías 9%. Intervalo solicitud y primera visita PADES: 4,1 (DE 3,8) días. Visitas realizadas: PADES 5,63 (DE 6,39), EAP 3,3 (DE 4,5). Existe coordinación en 55,9%. Intervalo primera visita-alta: media recortada 52,9 días (IC 95% 47,2-109), primera visita-éxito 81,6 días (IC 95% 70,1-146,4) y alta-éxito 36,8 días (IC 95% 25,9-76,8). Motivo alta ( $n = 97$ ): ingreso centro sociosanitario 40%, éxitos 30%, seguimiento EAP 15%, ingreso hospitalario 15%, en curso 5%. Uso de mórnicos: 41,2% casos, iniciándose todos por PADES u hospital. Conclusiones: Desde el EAP se deriva en la mitad de los casos patología no neoplásica.

Debería mejorar la coordinación entre ambos equipos. El intervalo entre la visita y éxitos de 3 meses refleja una derivación a tiempo. Falta de inicio de mórnicos por EAP.

#### GRADO DE DOLOR Y VALORACIÓN SUBJETIVA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. UN ESTUDIO SEMICUALITATIVO

M. Moral Serrano, M. Sintés Marco, J. Soler Torro, M. Gracia Barber, G. Martínez Polo y A. Tomas

CS Tavernes de Valldigna. Unidad de Hospitalización a domicilio de Gandia. Tavernes de la Valldigna. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: padisol@hotmail.com

**Objetivos.** Conocer el grado de dolor (basal y episódico) que tienen nuestros pacientes mediante escala visual analógica (EVA), analizar factores asociados al control del dolor y la valoración subjetiva que los pacientes dan al grado de control.

**Metodología.** Estudio descriptivo transversal sobre pacientes oncológicos en tratamiento sintomático (no subsidiario de tratamiento específico), sin déficits sensoriales severos, Pfeiffer  $< 8$  y Karnofsky  $> 30$ , que presentan dolor y atendidos en atención primaria. ZBS semirural con 17.000 habitantes, índice envejecimiento: 1,08.

Se analizaron descripción del paciente y patología oncológica, grado de dolor (EVA, número episodios...), variables relacionadas con tratamiento (escalón terapéutico OMS, coadyuvantes, medicación rescate...) y variables subjetivas de satisfacción, calidad de vida, creencias y expectativas sobre opiáceos.

**Resultados.** Se entrevistaron a 8 pacientes con criterios de inclusión, 5 hombres (edad media 69 años), 4 con enfermedad metastásica (fundamentalmente ósea). Siete (87,5%) en tercer escalón de OMS, predominantemente con fentanilo transdérmico y coadyuvantes (75%). EVA medio dolor basal 2,5 (DE 2,01); EVA medio dolor episódico 8,75 (DE 0,86) con dolor episódico en 50%. Pauta medicación de rescate en todos. Solo el 37,5% consideró que el tratamiento aliviaba el dolor siempre o casi siempre, todos aceptarían opiáceos y dosis crecientes aunque produjeran somnolencia (71,4%). Aquellos con EVA  $\geq 4$  habían comentado al médico que no tenían controlado dolor (83,3%).

**Conclusiones.** Los pacientes entrevistados aceptarían una progresión de escalón terapéutico o aumento de dosis con más facilidad de la que sus médicos la prescriben.

#### EUTANASIA: UN DEBATE ENTRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

I. García Suárez, J. López Piedra, J. Herrera Oteiral, M. García Naya, J. Álvarez López y M. Sánchez Fernández

CS Las Vegas. Las Vegas. CS La Magdalena. Avilés. Asturias  
Correo electrónico: ivansuarez@telecable.es

**Objetivos.** Conocer la opinión de sanitarios de Atención Primaria de Asturias sobre la Eutanasia.

**Material y métodos.** Estudio cualitativo basado en la técnica de los Grupos de Discusión. Los participantes se seleccionaron por muestreo teórico partiendo de los investigadores, constituyéndose dos grupos de ocho personas cada uno, utilizando criterios de sexo, edad y disciplina profesional. Los discursos se grabaron en audio y video, realizándose el análisis mediante la técnica del análisis de contenido.

**Resultados.** Reconocen la complejidad del tema; la terminología utilizada es confusa y ocasionalmente inadecuada. La preservación del Principio de Autonomía, el derecho a la objeción de conciencia, el marco legal actual, la calidad de los cuidados paliativos recibidos y el manejo de la información, se identifican como los principales condicionantes de la actitud hacia la eutanasia. Se apunta la posibilidad que se esté realizando eutanasia activa en España.

**Conclusiones.** Centran sus dudas en torno a la eutanasia activa (EA), asumiendo e incorporando a su práctica otro tipo de decisiones que no les generan el mismo compromiso ético. Para clarificar, debería reservarse el término Eutanasia para referirse a la EA; el resto de situaciones constituyen problemas mejor diferenciados, con conflictos éticos distintos. Se decantan a favor de la EA pero en situaciones concretas, exigiendo un marco legal menos ambiguo. No se sienten preparados para ejecutar la decisión, colocando por igual la autonomía del paciente y la objeción de

conciencia del sanitario. Falta aún formación y recursos en Bioética y Cuidados Paliativos, considerando que una asistencia integral reduciría la posible demanda de eutanasia y los conflictos, a veces sensacionalistas, que giran sobre ella.

### PERCEPCIÓN DE SALUD Y SOBRECARGA FAMILIAR EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA Y/O INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADAS

*J. Bertrán de Lis Mas, P. Carrillo García, D. Puig Fortuny, M. Ramos Montserrat, C. Santos de Unamuno y A. Forn Ramblas*

CS Camp Redó. Palma de Mallorca. Illes Balears.  
Correo electrónico: ibm75@wanadoo.es

**Objetivos.** Valorar el estado de salud percibida en los pacientes con enfermedad pulmonar crónica avanzada (EPCA) y/o insuficiencia cardíaca avanzada (ICA). Conocer el grado de sobrecarga del cuidador principal. Detectar necesidades en la atención de la unidad paciente-cuidador.

**Diseño.** Descriptivo transversal.

**Ámbito.** Centro de salud de Mallorca, urbano y rural.

**Sujetos.** Mayores de 40 años, con ICA y/o EPCA.

**Mediaciones.** Cuestionario con variables socio-demográficas, estado de salud percibida, escala Zarit (sobrecarga cuidador), ayudas y necesidades, mediante entrevista a pacientes y cuidadores.

**Resultados.** Pacientes entrevistados: 46, con EPCA 32, ICA 13, ambas 1. Hombres: 74%. Edad media 74,4 (Rango = 50-91). Colaboración para cuidado: de familiares: 33 pacientes; servicios sociales: 1, privados: 2; no precisan o no tienen: 10. Carencias: económicas: 18; cuidados de la casa: 10; materiales: 5; personales: 4; sanitarios: 1. Solicitan ayuda al asistente social: 11, de los cuales 1 la consigue. Percepción de salud: buena: 19,6% pacientes, regular: 47,8%, mala: 32,6%. Perciben mala salud el 42,9% de los <= 65 años, el 37,5% de 66-75, el 26,1% de > 75.

Cuidadores entrevistados: 36. Edad media 62,6 (13 son mayores de 70). Mujeres: 75%. Relación con el paciente: cónyuge: 17; hijo/a: 12; otros familiares: 7. No refieren sobrecarga el 55,6%, porcentaje mayor cuando el cuidador es el cónyuge (65%).

**Conclusiones.** Los enfermos de más edad tienen mejor percepción de salud que los más jóvenes. Se solicitan pocas ayudas que frecuentemente no se consiguen. Más de la mitad de los cuidadores no refieren sobrecarga.

### EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UN DISTRITO SANITARIO

*P. Álvarez Jiménez, J. Alarcón Galvez, M. Liñan López, N. Ortega Torres, C. López López y E. Olmedo Sánchez*

Distrito Sanitario Costa-Alpujarra. Área Docente Granada Sur II. Motril. Granada. Andalucía.  
Correo electrónico: manlin1969@hotmail.com

**Objetivo.** Describir la casuística de una unidad de cuidados paliativos (UCP) de Atención Primaria desde su creación.

**Diseño.** Estudio descriptivo retrospectivo desde 5 noviembre de 1998 hasta 23 de junio de 2004.

**Ámbito de estudio.** Distrito sanitario de 156.000 habitantes, compuesto de 9 Centros de Salud (CdS) y Hospital de ámbito comarcal.

**Sujetos.** Pacientes en programa de seguimiento por UCP.

**Medición.** Registro de base de datos en Acces de: filiación, población de residencia, tipo de neoplasia, procedencia, seguimiento, índice Karnosky, escala visual analógica (EVA) del dolor, síntomas acompañantes.

**Resultados.** Se analizan 919 pacientes, 68% varones. Edad media 71 años. El 40,36% pertenecen a un CdS. Cuidador principal: esposa/a 67%, 29% hijo/a. El 26% neoplasias son de pulmón, 10% colon, 7% mama, 6,5% estómago, próstata, laringe. El 28% pacientes entran en UCP desde el Servicio de Oncología, 20% desde Medicina Interna, 9% desde Urgencias, 5% desde Atención Primaria. Síntomas acompañantes: disnea 71%, dolor 69%, estreñimiento 66%, mucositis 65%, vómitos 52%. Índice Karnosky (IK) medio 72%. EVA media 3. Días de seguimiento medio: 194. Lugar exitus: domicilio 92%.

**Conclusiones.** En nuestro medio, los pacientes en programa por UCP, predominan los varones, con edad media 71 años. La mayoría pertenecen un CdS. Destacan las neoplasias de pulmón y colon. Los síntomas acompa-

ñantes más frecuentes son la disnea y el dolor. Tienen un IK óptimo y un buen control del dolor (EVA = 3). Su cuidador principal es el cónyuge y fallecen en el seno familiar el 92%.

### FACTORES QUE FACILITAN O DIFICULTAN UNA MUERTE EN PAZ

*A. Alonso\*, P. Arranz\*\*, R. Bayés\*\*\*, C. Rincón\*\*y E. Sanz\**

\*ESAD Área V. Madrid. \*\*Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital La Paz. Madrid. \*\*\*Universidad Autónoma de Barcelona. Madrid.  
Correo electrónico: alonsoalberto@siglo.jazztel.es

**Objetivos.** Determinar algunos de los factores que pueden facilitar o dificultar una muerte en paz.

**Método.** Se evaluaron 92 cuidadores primarios de pacientes oncológicos terminales mediante un cuestionario ad hoc entre 7 y 14 días después de su fallecimiento

**Resultados.** El perfil del cuidador principal es el de una mujer (84%) de 55 años (D.S. 15,19), clase media (65%), esposa (40%) o hija (26%) del paciente. El lugar de fallecimiento de los pacientes fue: 73% domicilio, 14% hospital general y 13% UCP. El 79,3% de los cuidadores contestaron que su familiar había muerto en paz. Si el lugar de muerte no era el domicilio este porcentaje bajaba al 52% (p < 0,005). Los factores considerados como de mayor ayuda tanto para el paciente como para el cuidador fueron la compañía familiar (77% y 27% respectivamente) y la atención sanitaria (51% y 62% respectivamente). La expectativa de una muerte próxima (48%), pérdida de autonomía (29%) y falta de control de la sintomatología (20%) fueron considerados como los factores que habían hecho más difícil la muerte al paciente. Para el cuidador estos factores fueron los sentimientos de impotencia ante la muerte del familiar (37%), ser testigo de su sufrimiento (23%) y la dificultad para comunicarse con él (15%).

**Conclusiones.** Una gran parte de los factores que dificultan más el proceso de morir para pacientes y cuidadores que les atienden están relacionados con la falta de percepción de control de la situación. El apoyo familiar y una adecuada atención sanitaria son los factores valorados como de más ayuda.

### ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE PALIATIVO

*J. Romero Cotelo, S. Ruiz Ortiz, R. Cepa Nogué y R. Gálvez Mateos*

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. Andalucía.  
Correo electrónico: jcotelo@mixmail.com

**Objetivos.** Atención integral al paciente paliativo proporcionando continuidad asistencial y eficaz coordinación interniveles AP-Hospital.

**Descripción.** Desde 1997 funcionando. Se describen los últimos 18 meses, proceso de cuidados paliativos en Unidad Funcional de Cuidados Paliativos (UFCP) que integra un Hospital de referencia y 4 Distritos Sanitarios. La coordinación está realizada desde el medio hospitalario por un médico especialista en MFyC, funciones: 1) coordinación de distintos Servicios Hospitalarios proveedores de pacientes paliativos. 2) Inclusión en proceso de pacientes: historia clínica portátil con soporte informático (BD); informe de alta; informe a médico AP, contactando con él telefónicamente; informe al Centro-Coordinador Urgencias para inclusión en base de datos; remitir al trabajador social para valoración. 3) Revisiones en consulta externa a pacientes/familiares; controlar mediante atención telefónica semanalmente. 4) Área de Encamamiento: coordinar ingreso de 10 camas hospitalarias para pacientes en proceso, solicitados por AP y Servicios Urgencias Hospital/Agudos. 5) Participación en guardia localizada, 24 horas, asesorando a los Dispositivos Cuidados Críticos-Urgencias, médicos/enfermería de AP, Urgencias H. Agudos y realizándose llamadas a los pacientes más críticos. 6°. Coordinar Equipo Asistencia Domiciliaria (AECC) en un Distrito Sanitario.

**Conclusiones.** 1) Se demuestra la importancia de la coordinación entre AP-Atención Especializada, por especialista MFyC en la atención integral del paciente paliativo en domicilio. 2) Este novedoso sistema nos ha permitido que el 73% (273 pacientes/374) de éxitos se hayan producido en domicilio. 3) La guardia localizada proporciona continuidad asistencial necesaria en pacientes/familiares y personal sanitario. 4) Este modelo puede ser perfectamente aplicado en cualquier proceso asistencial de cuidados paliativos.

## LIBRES

**MALESTAR PSICOLÓGICO Y DUELO TEMPRANO EN MUJERES VIUDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA**

J. García García, V. Landa Petralanda, G. Grandes Odriozola, A. Mauriz Etxabe e I. Andollo Hervás

CS de Kuetu. Sestao. CS de Basauri. Basauri. Unidad de Investigación en Atención Primaria de Bizkaia. Bilbao. País Vasco.  
Correo electrónico: jagarciag@jet.es

**Objetivos.** Conocer el malestar psicológico, la intensidad y las características del duelo, en mujeres viudas a los tres meses de la muerte de su esposo. **Diseño.** Estudio descriptivo y transversal.

**Emplazamiento.** Atención primaria, centros de salud urbanos.

**Participantes.** 84 mujeres viudas en duelo temprano (tres meses después de la muerte del esposo).

**Mediciones principales.** General Health Questionnaire de 28 ítems (GHQ-28) (Goldberg et al 1979, Lobo et al. 1981, 1986). Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) (Faschingbauer et al. 1981, García García et al 1995). Inventario de Experiencias en Duelo (IED) (Sanders et al. 1985; García García et al. 1995).

**Resultados.** Media de edad 59 años (IC = 57-61), nivel de estudios primarios o E.G.B. (70,2%), trabajando en casa (60,71%), clase social media-baja (57,1%) y con hijos mayores de 18 años (86,9%). El GHQ resultó de 10,15 (IC = 8,44-11,87). El ITRD fue de 25,24 (IC = 23,60-26,87) en la parte I (pasado) y de 55,17 (IC = 53,16-57,18) en la parte II (presente). Las escalas del IED: Desesperanza 9,61 (IC = 8,50-10,61); Enfado/hostilidad 3,64 (IC = 3,12-4,17); Culpa 0,89 (IC = 0,67-1,11); Aislamiento social 3,01 (IC = 2,58-3,44); Pérdida de control 5,60 (IC = 5,15-6,04); Rumiación 5,86 (IC = 5,37-6,35); Despersonalización 5,62 (IC = 5,21-6,03); Somatización 7,85 (IC = 6,94-8,75); Ansiedad ante la muerte 5,99 (5,46-6,51).

**Conclusiones.** Las mujeres viudas de nuestro entorno y en duelo temprano, presentan un importante malestar psicológico y una intensidad de duelo mayor que otros dolientes de un ambiente sociocultural distinto o en diferentes momentos de su proceso, caracterizándose su duelo principalmente por despersonalización, pérdida de control, ansiedad ante la muerte y desesperanza.

**FACTORES PREDICTIVOS PARA LA APARICIÓN DE FRACTURA DE CADERA EN PACIENTES ANCIANOS**

M. Martín Fernández, C. Castro López y J. Gimeno Orna

CS de Alcañiz. Alcañiz. Aragón.  
Correo electrónico: ccalba@teleline.es

**Objetivos.** Identificar factores de riesgo para la aparición de fractura de cadera en pacientes ancianos.

**Material y métodos.** Estudio analítico caso-control con 37 pacientes (casos incidentes) ingresados por fractura de cadera y 42 pacientes (controles) ingresados para cirugía programada de cataratas. Evaluación del estado general mediante historia clínica y del estado nutricional mediante test Mini Nutritional Assessment (MNA). Se realizó analítica básica. Se construyeron modelos de regresión logística univariantes y multivariantes para predecir el riesgo de fractura de cadera.

**Resultados.** Los casos tuvieron mayor edad (83,2 vs 77,1 años; OR = 1,14 (IC 95% 1,06-1,23) p = 0,006), fueron con mayor frecuencia mujeres (81,1 vs 50%; OR = 4,3 (IC 95% 1,5-11,9); p = 0,005), tenían mayor prevalencia de enfermedad neurológica (35,1 vs 4,8%; OR = 10,8 (IC 95% 2,2-52,1); p = 0,003), menor puntuación MNA (23,4 vs 25,1; OR = 0,84 (IC 95% 0,72-0,98); p = 0,026), menores cifras de proteínas totales (5,7 vs 7 gr/dl; OR = 0,034 (IC 95% 0,007-0,16); p < 0,0001) y menor número de linfocitos (1327 vs 1942; OR = 0,998 (IC 95% 0,9978-0,999); p = 0,0006). En análisis multivariante fueron significativos la edad (OR = 1,15; IC 95% 1,01-1,32; p = 0,022), el sexo femenino (OR = 13,5; IC 95% 1,76-10,3; p = 0,0044), la presencia de enfermedad neurológica (OR = 19,6; IC 95% 1,52-252; p = 0,009) y las proteínas totales (OR = 0,037; IC 95% 0,0054-0,25; p < 0,0001).

**Conclusión.** Los pacientes ancianos tienen un elevado riesgo de fractura de cadera ante la presencia de desnutrición y ante la existencia de enfermedad neurológica que predisponga a caídas.

## Sesión 4

12.00-14.00 h - Sala Cazorla

## LIBRES

**VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO MALT PARA LA DETECCIÓN DE ABUSO Y DEPENDENCIA ALCOHÓLICA EN POBLACIÓN FEMENINA**

J. Parras Rejano, M. Muriel Palomino, R. Arias Vega, E. Márquez Rebollo, J. Fernández García y L. Pérula de Torres

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Córdoba. Andalucía.  
Correo electrónico: langel.perula.sspa@juntadeandalucia.es

**Objetivos.** Validar en población femenina el cuestionario MALT de detección de alcoholismo.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo de validación diagnóstica. Población de estudio: 393 mujeres reclutadas en centros de salud y un Centro comarcal de drogodependencias. Se les realizó una entrevista para obtener datos sociodemográficos, comorbilidad, problemas familiares y sociales, estilos de vida, y se aplicó el test MALT. Posteriormente se les realizó la entrevista semiestructurada SCAN (patrón oro), y se solicitaron determinaciones analíticas. 189 pacientes fueron vueltas a citar a las dos semanas para comprobar la fiabilidad (test-retest). Para medir la fiabilidad intraobservador se calculó el índice Kappa, el alfa de Cronbach como medida de la consistencia interna, y la sensibilidad, especificidad, valores predictivos, cocientes de probabilidades, como parámetros para estimar la validez de criterio y las curvas ROC para estimar el rendimiento diagnóstico.

**Resultados.** La prevalencia de alcoholismo (MALT > 11) fue de 11,20%. El 12,21% consumían 17 o más UI/semana de alcohol. Se obtuvo una sensibilidad del test de 90,91% (IC 95%: 77,42-97,05), y una especificidad de 98,85% (IC 95%: 96,85-99,63), tomando como referencia la DSM-IV. Si tomamos como referencia la CIE-10 la sensibilidad es de 91,11% (IC 95%: 77,87-97,11) y la especificidad 99,14% (IC 95%: 97,29-99,78). El índice Kappa osciló entre 0,595 y 0,969, y el alfa de Cronbach fue 0,978.

**Conclusiones.** El cuestionario MALT presenta unas buenas propiedades psicométricas, siendo fiable y válido para la detección del consumo de riesgo y dependencia del alcohol en la población femenina.

Financiado por la Consejería de Salud de la Junta Andalucía y la SAMFyC.

**VALIDEZ Y FIABILIDAD DEL CUESTIONARIO AUDIT EN MUJERES**

R. Arias Vega, E. Márquez Rebollo, M. Muriel Palomino, J. Fernández García, L. Pérula de Torres y J. Parras Rejano

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Córdoba. Andalucía.  
Correo electrónico: langel.perula.sspa@juntadeandalucia.es

**Objetivos.** Validar el cuestionario AUDIT para detectar problemas relacionados con el consumo de alcohol en las mujeres.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo de validación de un test. La población de estudio fue de 414 mujeres reclutadas en centros de salud y un Centro de drogodependencias. Se les realizó una entrevista para obtener datos sociodemográficos, comorbilidad, problemas familiares y sociales, y estilos de vida, y se aplicó el test AUDIT. Posteriormente se les realizó la entrevista semiestructurada SCAN (patrón oro), y se solicitaron determinaciones analíticas. 189 pacientes fueron vueltas a citar a las dos semanas para comprobar la fiabilidad intraobservador (test-retest). Para medir la fiabilidad intraobservador se calculó el índice Kappa, el alfa de Cronbach como medida de la consistencia interna, y la sensibilidad, especificidad, valores predictivos, y cocientes de probabilidades, como parámetros para estimar la validez de criterio.

**Resultados.** La sensibilidad fue 89,6% (IC 95%: 76,11-96,02) y la especificidad 95,07% (IC 95%: 92,18-96,97), tomando como referencia la DSM-IV. Si tomamos como referencia la CIE-10 la sensibilidad fue 89,58% (IC 95%: 76,56-96,10) y la especificidad 95,33% (IC 95%: 92,48-97,17). El índice Kappa osciló entre 0,685 y 0,795, y el alfa de

Cronbach 0,9854. Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre una puntuación del test mayor de 6 y la edad de la paciente, lugar de residencia (urbano/rural), estado civil y el nivel de estudios ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones.** El AUDIT es un cuestionario con buenas propiedades psicométricas, siendo fiable y válido para la detección del consumo de riesgo en la población femenina.

*Financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y la SAMFYC.*

### VALORACIÓN DE UN PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A LARGO PLAZO. 3 AÑOS DE SEGUIMIENTO

A. Morales Sánchez, M. Torrecilla Garúa, M. Barrueco Ferrero, D. Plaza Martín, A. Alonso Díaz y P. Amigo Rodríguez

Centro de Salud Salamanca. Salamanca. Castilla y León.

Correo electrónico: mtorrecillag@papps.org

**Objetivos:** Valorar la eficacia de una intervención en tabaquismo al 3er año, comparándolos con los del primero.

**Metodología.** Estudio prospectivo cuasiexperimental con 150 pacientes fumadores. Variables analizadas: sexo, edad, cigarrillos/día, Fagerström, CO y resultados a 12 y 36 meses. En pacientes con baja dependencia nicotínica se realizó intervención mínima sistematizada (IMS). En los que presentaban dependencia moderada o alta terapia sustitutiva nicotínica (TSN) con parches nicotínicos. La abstinencia se valoró mediante CO y autofirmación del sujeto. Aplicáronse los test de chi cuadrado y t de student con  $p < 0,05$ .

**Resultados.** La abstinencia tabáquica respectiva a los 12 y 36 meses fue del 51,6% y del 25,8% con la ( $p < 0,05$ ) y del 47,7% y del 38,6% con la TSN ( $P > 0,05$ ). El análisis de las variables edad, sexo no ofrecen diferencias significativas y en el límite de la significación pero con una  $p > 0,05$  el consumo de cigarrillos. El test de Fagerström fue de 6,1 (DE 2,4) en los que dejaron de fumar al año frente a 7,1 (DE 2,1) ( $p < 0,05$ ) que no los que seguían fumando y de 6,7 (DE 2,3) y 6,6 (DE 2,3) respectivamente a los 3 años ( $p > 0,05$ ). El CO inicial en los que dejaron de fumar al año fue de 22,09 ppm (DE 12,9) frente a 28,6 ppm (DE 11,5) ( $p < 0,05$ ); y de los que seguían sin fumar a los 3 años de 26,2 (DE 14,1) frente a 24,9 (DE 11,8) ( $p > 0,05$ ).

**Conclusiones.** La dependencia nicotínica parece influir en la abstinencia a medio plazo pero no tanto a largo. Es necesario programas de recuerdo para que los exfumadores se mantengan sin fumar aunque para esa afirmación son necesarios más estudios.

### REVISIONES DE SALUD DEL ADULTO EN UN ÁREA DE SALUD SEGÚN LA GESTIÓN POR PROCESOS

I. Montiel Higuero, J. Blanquer Gregori, P. Valencia Valencia, J. Ortuño López, A. Alonso Gallegos y M. Sánchez Montañud

Unidad de Calidad y Formación Atención Primaria Área 18. Alicante. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: blanquer\_jja@gva.es

**Fundamentación.** En la Comunidad Valenciana se inició una campaña de actividades preventivas para población mayor de 40 años en septiembre/2003. La pertinencia de la actividad es discutible, pero podría suponer una sobrecarga para el trabajo en Atención Primaria. Para racionalizar este servicio lo diseñamos según la metodología de Gestión por procesos.

**Métodos.** Para su desarrollo es imprescindible la modificación de soportes operativos habituales buscando su optimización. Realizamos: análisis de situación real de servicios; garantía de continuidad de circuitos en niveles implicados, con cooperación de profesionales; re-ubicación de recursos donde eran requeridos. Se definieron funcionalmente los procesos (nivel 3), estableciéndose límites y propietarios. Se documentaron actividades, condiciones de calidad, criterios e indicadores de evaluación a seis meses de implantación. Se realizaron reuniones de formación-consenso con: Unidades de Atención al Cliente, enfermería y matronas de AP, laboratorio de referencia para análisis clínicos, profesionales de Planificación Familiar y Unidades de Mamografía y Servicio de Anatomía Patológica.

**Resultados.** La implantación del proyecto se realizó de forma progresiva y estructurada ajustándose al esquema y cronograma propuesto, siendo cla-

ve la implicación de profesionales afectados. A los 6 meses de inicio, se han realizado 2.062 revisiones de salud (96% realizadas, en primera instancia, por enfermería). Derivados: seguimiento médico 40,5%, mamografía 11%, citología vaginal 16,6%, y se han solicitado análisis clínicos en 93% de casos.

**Conclusiones.** El proceso desarrollado ha permitido que en un alto porcentaje de población resolviere el examen de salud en sólo dos contactos. Las dificultades más importantes: consensuar algunos protocolos de actuación en el inicio del proyecto.

### DEL TABACO, PASO!!!

M. Caldés Llevot, M. Pons Segura, O. Correcher Aventin, G. Gasulla Pascual y J. Bonet Simó

CAP Badia. Badia del Vallès. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 25978jbs@comb.es

**Objetiva.** Demostración práctica del efecto nocivo para el ser humano del hábito de fumar. Se pretende conseguir que la población adolescente de nuestra área de influencia conozca las consecuencias que el tabaco produce en su salud y así evitar el uso del tabaco.

**Descripción.** Para conseguir nuestro objetivo hemos creado a "Lady Winston". Lady Winston tiene las características propias de la juventud actual: peinados, ropa, accesorios,... y además dos "pulmones" visibles para demostrar que cuando fuma, uno de ellos queda impregnado con nicotina y alquitrán mientras que el otro pulmón no presenta cambios. Para la demostración utilizamos: tabaco, dos equipos de administración de oxígeno conectados a un aspirador doméstico, dos bolsas de esterilización de material quirúrgico y dos filtros de aire recortados en forma de pulmón. Lady Winston se ha utilizado desde hace dos años en nuestro centro el "Día Internacional sin Humo" con muy buena acogida por parte de nuestros usuarios y también se han hecho sesiones demostrativas en los institutos de nuestra área de influencia acompañada de material didáctico.

**Conclusiones.** "Lady Winston" es una herramienta útil para mostrar los efectos del tabaco en el organismo humano y puede ser de utilidad como estrategia de prevención en la población adolescente.

### EFFECTO DE LA "V SEMANA SIN HUMO" EN UN ÁREA DE SALUD

M. Nadal Blanco, A. Hita Alcázar, I. López Escobar, A. Hernández Pérez, J. Jiménez Soria y M. Gasauña Luengo

CS Azuqueca de Henares. CS Guadalajara Sur. Guadalajara. Castilla-La Mancha. Correo electrónico: mjadalb@infonegocio.com

**Objetivo.** Determinar el efecto de la campaña antitabaco realizada en un Área de Salud durante la "V Semana sin Humo".

**Metodología.** En los centros de salud (CS) del área y en dos núcleos urbanos se instalan mesas de intervención antitabaco. Captación activa de fumadores. Intervención Mínima (IM: consejo breve + material apoyo) y oferta de Intervención Avanzada (IA: terapia conductual y/o tratamiento farmacológico) a todos los sujetos captados. Se miden: paquetes/año, fase abandono, motivación (Richmond), dependencia (Fagerström), enfermedad crónica, tipo intervención. Al mes encuesta telefónica a fumadores en Fpreparación y contemplación para investigar cambios fase abandono.

**Resultados.** 748 intervenciones: 58% en comunidad, 34% CS urbano y 8% CS rural. 87% IM y 13% IA. El 53,5% en mujeres (edad media 38, consumo medio 16 paquetes/año), el 46,5% en varones (edad media 42, consumo medio 24 paquetes/año). El 10% enfermedad crónica asociada (HTA la más frecuente). Motivación: alta 34%, baja 22%, desconocida 44%. Dependencia: baja 37%, media 27%, alta 33%, desconocida 3%. Fase abandono: preparación 17%, contemplación 34%, precontemplación 34%, desconocida 15%. Recaptados al mes: 61% fumadores en Fpreparación (30% no fuma, 39% contacto con médico) y 58% en Fcontemplación (5% no fuma, 19% avance Fpreparación, 33% contacto con médico). Ninguna recaída. El 54% de los exfumadores utilizaron tratamiento farmacológico.

**Conclusiones.** Las campañas antitabaco promocionadas desde Atención Primaria obtienen buenos resultados. La incorporación de actividades comunitarias a estas campañas es recomendable ya que facilitan el acceso a mayor número de personas. El papel de los profesionales sanitarios es fundamental en el proceso de deshabituación tabáquica.

### TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. Benítez Moreno, M. Cortés Viana, E. Corral Pérez, I. Ratia López, M. Vicheto Capdevila y M. Reina Rodríguez

Institut Català de la Salut. ABS Centre-Can Mariné. Santa Coloma de Gramanet. ABS Riu Nord-Riu Sud. Santa Coloma de Gramanet. ABS Martí Julià. Cornellà de Llobregat. CAP Vila Olímpica. PAMEM de Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 18232jbm@comb.es

**Objetivos.** Rápida detección de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en atención primaria. Estudiar la relación entre éstos y el consumo de ansiolíticos y antidepressivos.

**Diseño y metodología.** Estudio multicéntrico, descriptivo, transversal. Selección aleatoria de sujetos (12 a 50 años). Mediciones: sexo, edad, índice de masa corporal (IMC), tabaquismo, tratamiento psicofarmacológico, amenorrea, cuestionario autoadministrado SCOFF para TCA.

**Resultados.** 534 sujetos (63,5% mujeres), edad media 31,6. IMC medio 24,87. Fumadores 43,1% (57% mujeres,  $p < 0,005$ ). El 32,8% puntúa en SCOFF (edad media 31): 17,9% en punto de corte (69,8% mujeres); 14,9% por encima del punto de corte (75% mujeres). 42,5% fuman (70,6% mujeres), 27,5% toman antidepressivos (86,4% mujeres,  $p < 0,001$ ), 22,5% ansiolíticos (88,9% mujeres,  $p < 0,001$ ), 16,3% ambos grupos farmacológicos (84,6% mujeres), 17,5% toman uno u otro (92,9% mujeres). Por encima del punto de corte: 75% de los varones y 50% de las mujeres tienen entre 19 y 35 años, y el 50% de los hombres y el 38,3% de las mujeres, entre 36 y 50. No hallamos diferencias estadísticamente significativas entre IMC y SCOFF positivo, ni entre TCA y amenorrea.

**Conclusiones.** a) El SCOFF es un instrumento de cribado rápido de TCA, b) La proporción de pacientes con criterios de TCA es elevada, c) El tabaquismo femenino puede ser un indicador de riesgo de TCA, d) El elevado consumo de psicofármacos en TCA sugiere una alta comorbilidad con ansiedad y depresión, e) Los TCA no son exclusivos de la adolescencia, f) La preocupación excesiva por la imagen corporal alcanza a todos los rangos de IMC y edades.

### ¿REALIZAMOS CRIBAJE DE EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA?

A. Brau Tarrida, M. Arqué Martínez, F. Díaz Gallego, N. Cerdan Riart, C. López-Quñones Llamas y A. Ramos Fuertes

CS La Mina. Sant Adrià de Besòs. Barcelona. SAP Sant Martí. Barcelona. ICS. Cataluña.  
Correo electrónico: 31953abt@comb.es

**Objetivo.** Evaluar el registro del cribaje y cuantificación del consumo de alcohol (COH) por los profesionales de atención primaria.

**Ámbito:** Centro de salud urbano. Sujetos: muestreo aleatorio simple de toda la población historiada, mayores de catorce años, y que hayan sido visitados, al menos una vez, en los años 2000 y 2001 como período de estudio (PE).

**Diseño.** Estudio observacional, transversal.

**Medidas.** Se revisan los datos en la historia clínica: registro del interrogatorio sobre el COH en el PE, la cuantificación, el diagnóstico y la intervención pertinente.

**Resultados.**  $n = 380$ , edad media 43,6 años ( $DE \pm 18,9$  años). El 56,6% son mujeres. Se ha preguntado sobre el COH en 89 casos (23,4%), 30,9% hombres vs 18% mujeres ( $p = 0,003$ ). Según grupos de edad se interroga menos a las personas de más de 65 años 17,9% (14) vs 24,4% (60) en el grupo de 26-64 a. vs 26,8% (15) en el grupo de 15-25 a. Se ha cuantificado el COH en un 4,5% (17) del total que supone un 18,8% de los pacientes interrogados. El 1,8% (7) se han diagnosticado de bebedores sin riesgo; 0,5% (2) bebedores de riesgo; 0,8% (3) bebedores problema. El 3,9% de la muestra habían sido diagnosticados de dependencia al alcohol previamente al año 2000.

**Conclusiones.** Los médicos suelen preguntar más a los hombres sobre los COH. La proporción de personas que han sido interrogadas por el COH es inferior a los publicados. Las proporciones de bebedores de riesgo y problemáticos detectados están por debajo de otras estimaciones publicadas. La proporción de personas con problemas con el alcohol cronicadas, 3,9%, es similar a otras estimaciones de la literatura.

### MALESTAR PSÍQUICO EN ADOLESCENTES: RELACIÓN CON FACTORES SOCIOFAMILIARES Y CONSUMO DE TÓXICOS

A. Pérez Milena, R. Pérez Milena, M. Martínez Fernández, P. del Moral Campos, J. Milena Jiménez y S. Picassi García

CAP de Jimena. Jaén. Andalucía.  
Correo electrónico: alejandropm@supercable.es

**Objetivos.** Conocer la prevalencia del malestar psíquico entre adolescentes. Relación con el apoyo familiar y social percibido, y con el consumo de tóxicos.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Material y métodos.** Encuesta autoadministrada a alumnos de dos Institutos de Enseñanza Secundaria, en el último trimestre escolar, recogiendo edad, sexo, consumo de tóxicos, escala de ansiedad-depresión de Goldberg (EADG), test Apgar Familiar (AF) y cuestionario de apoyo social de Saranson (SSQ-6).

**Resultados.** 386 adolescentes, edad media 14,4 años ( $\pm EEM 0,4$ ). 92% ( $\pm EEP 1,4$ ) positivo para ansiedad en EADG (hombre 89%  $\pm 2,2$ , mujer 95%  $\pm 1,6$ ;  $p < 0,05$ , chi2) y 74% ( $\pm 2,2$ ) para depresión; sin relación con la edad. Las puntuaciones de ansiedad/depresión están asociadas positivamente ( $r = 0,52$ ;  $p < 0,05$ , Pearson). La función familiar (normal 54%, disfunción leve 38% y grave 8%) es independiente del malestar psíquico. La media del SSQ-6 es de 12,3  $\pm 0,4$ , sin diferencias según sexo, edad ni malestar psíquico; una mala función familiar empeora el valor del SSQ-6 (AF normal: 10,6  $\pm 0,6$ ; disfunción leve: 13,4  $\pm 0,5$ ; grave: 19  $\pm 1,8$ ;  $p < 0,001$ , ANOVA). Los adolescentes tienen 3,1 personas ( $\pm 0,1$ ) como apoyo social. Los adolescentes con síntomas de ansiedad consumen con mayor frecuencia alcohol (45%  $\pm 2,7$ ) y tabaco (26%  $\pm 2,3$ ) que aquellos sin ansiedad (alcohol: 20%  $\pm 7,3$ ;  $p < 0,05$ , chi2) (tabaco: 3%  $\pm 3,3$ ;  $p < 0,05$ , chi2). Los síntomas de depresión se relacionan con consumo más frecuente de alcohol (51%  $\pm 2,9$  y 25,4  $\pm 4,4$ ;  $p < 0,001$ , chi2) y tabaco (28%  $\pm 2,7$  y 13%  $\pm 3,4$ ;  $p < 0,05$ , chi2). El consumo de drogas puede estar asociado a síntomas depresivos ( $p = 0,057$ , chi2).

**Conclusiones.** El malestar psíquico puede ser muy elevado entre adolescentes. La percepción de apoyo familiar está asociada al apoyo social. Se deberían estudiar las causas de la relación entre malestar psíquico y consumo de tóxicos.

## Sesión 5

16.00-18.00 h - Sala Mojácar

## MESA 2

### Genética clínica y medicina de familia: realidad más que ficción

#### IDENTIFICACIÓN PRECOZ DE HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA (HH) DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA (AP): ESTABLECIMIENTO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA

N. Freixenet Guitart, A. Balanzá Garzón, L. Salvador Herrero, L. Sidro Bou, M. Baiget Bastus y J. Fèlez Brugués

ABS Canaletes. Cerdanyola del Vallès. Barcelona. ABS Sant Just Desvern. Sant Just Desvern. Barcelona. CS Serra d'Espadà. Vall d'Uixó. Castelló. Servicio Hematología Hospital de L'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramanet. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: nuriafreixenet@eresmas.com

La HH es la enfermedad genética más frecuente de la raza blanca. Mutaciones del gen HFE (C282Y y H63D) comportan acumulo de hierro y lesiones multiorgánicas generalmente irreversibles. La clínica de la HH se desarrolla progresivamente en relación a la sobrecarga férrica. Se han utilizado diversas estrategias (escrutinio de donantes de sangre, de neonatos, etc.) para permitir detectar la HH antes de su manifestación clínica. El consenso actual es intentar detectar la HH en AP. Mientras los pacientes con

mutaciones C282Y/C282Y de predominio en países nórdicos, se identifican con la determinación del índice de saturación de la transferrina (IST), pocos pacientes C282/H63D, mutación más frecuente en países mediterráneos, son identificados con el IST. En un estudio previo de nuestro grupo en 100 pacientes con HH se evidenció que la determinación conjunta de ferritina e IST es altamente informativa para la detección de HH. Por ello, en el proyecto multicéntrico en curso en el que participan 65 investigadores, se realiza un escrutinio a 3000 pacientes de AP determinando ferritina/IST. Su elevación confirmada indica la necesidad del estudio molecular. Durante el primer año del estudio se han analizado más de 1.850 pacientes. En resultados parciales, se ha evidenciado que un 12% de los pacientes analizados presentan una sobrecarga bioquímica de hierro, relacionada con enolismo, VHC y Síndrome Dismetabólico. Ocho familias han sido identificadas como afectadas por HH y algunos de sus miembros son tratados (venoclisis) y controlados ambulatoriamente en el ámbito de AP.

*Financiado con Beca FIS PI030459. Duración: 3 años.*

*Grupo investigador: Hemocromatosis Hereditaria. Formado por 65 investigadores del ámbito de la Atención Primaria, un Servicio de Genética Molecular y un Servicio de Hematología.*

## MESA 9

### ¿Qué estamos haciendo en reumatología?

#### ¿QUE PENSAMOS SOBRE FIBROMIALGIA?

*M. Martínez Ros, J. Hernández Soler, M. Aledo Reverte, I. Cuenca Sandoval, M. Sánchez López, y B. Vera García*

CS Virgen de la Consolación. Molina de Segura. Murcia.  
Correo electrónico: m.csanchez@terra.es

**Introducción.** La fibromialgia es un síndrome de dolor crónico de etiología desconocida y alta prevalencia, que conlleva gran sufrimiento para los afectados y genera alto consumo de recursos sanitarios.

**Objetiva.** Describir la opinión de médicos y pacientes sobre el abordaje de la fibromialgia en el Sistema Sanitario (SS).

**Tipo de estudio.** Cualitativo con grupos de discusión.

**Emplazamiento.** Atención Primaria (AP).

**Participantes.** Pacientes con fibromialgia y médicos de distintas especialidades.

**Método.** Se realizaron tres grupos, uno con pacientes (todas mujeres), otro con médicos de AP (MAP) y otro con médicos de otras especialidades (reumatología, traumatología, medicina interna, rehabilitación, urgencias y psiquiatría). Los resultados fueron registrados en audio, transcritos y mediante un análisis de contenido se obtuvieron distintas categorías.

**Resultados.** a) Las pacientes consideran que el diagnóstico es tardío y les tranquiliza el conocerlo. Los síntomas repercuten en todos los aspectos de su vida. La relación con el SS la perciben de tres maneras: unas se sienten satisfechas, otras infravaloradas y otras mal atendidas, b) Para los MAP el diagnóstico es confuso y la etiología tiene una base orgánica y otra más importante relacional. La actitud mayoritaria ante las pacientes es el rechazo aunque otros manifiestan resignación o aceptación, c) Para el resto de especialistas los síntomas tienen más relación con una entidad psiquiátrica y deben ser abordados por psiquiatras y MAP.

**Conclusiones.** a) Las pacientes se sienten mal, no son simuladoras, b) Especializada considera que el abordaje es de AP, c) El abordaje biopsicosocial se presenta como el más adecuado.

#### OSTEOPOROSIS: ¿SE USAN ADECUADAMENTE LOS FÁRMACOS ANTIRRESORTIVOS EN SU TRATAMIENTO?

*A. Oliver Bañuls, M. García Zaro, C. García-Orad Carles, M. Díaz, Ortíz, F. Sapiña Ortola y S. Martín Montaro*

CS de Cullera. Cullera. Valencia. CS de Carcaixent. Carcaixent. Valencia.  
Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: margarcia@hospitalibera.com

**Objetiva.** Estudiar la adecuación del tratamiento antirresortivo para la osteoporosis (OP), según la guía clínica de OP de la SEMFyC, en dos EAP sin acceso a petición directa de densitometría (DMT).

**Diseño y metodología.** Pacientes pertenecientes a 6 MF de 2 EAP (población adscrita de 9.828 pacientes) en tratamiento antirresortivo para la OP, fueron identificados en consulta de prescripción crónica durante un período de cuatro meses. Datos demográficos, tipo de tratamiento, realización de densitometría (DEXA) pre y post tratamiento y densidad mineral ósea (DMO) (valor t-score), fueron obtenidos de la entrevista e historia clínica de cada paciente. La adecuación del tratamiento antirresortivo fue evaluada según la DMO y factores de riesgo asociados, según guía OP de SEMFyC: fractura+DMO Estudio descriptivo.

**Resultado.** En tratamiento antirresortivo 144 pacientes: edad media 65,4 años (63,9-66,9), 97,9% mujeres. Fármacos: 70,1% Bifosfonatos, 15,3% Raloxifeno, 9% Calcitoninas y 5,6% THS Duración media tratamiento: 2,2 años (1,9-2,6). Tenían DMT pre-tratamiento 73 pacientes (50,7%) e iniciaron tratamiento antirresortivo adecuadamente 51 (35,4%). De ellos, 20 casos tenían una duración de tratamiento mayor a dos años y 9 (45%) tenían una DMT post tratamiento a los dos años ( $\pm 3$  meses).

**Conclusión.** La mitad de pacientes con antirresortivos tienen densitometría pre-tratamiento y sólo el 35,4% cumple criterios de beneficiarse del mismo. La tasa de tratamiento empírico es muy alta y la adherencia a guías clínicas baja.

#### DENSITOMETRÍA POR ULTRASONIDOS COMO MÉTODO DE CRIBADO SELECTIVO DE LA OSTEOPOROSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

*E. Arana Arri, I. Gutiérrez, Ibarluz, J. Asua Batarrita y A. Eceñarro Mugaguren*

CS de Algorta. Osakidetza. Getxo. País Vasco.  
Correo electrónico: eunatea@euskalnet.net

**Introducción.** En España estudios de prevalencia estiman que aproximadamente el 30% de las mujeres posmenopáusicas puede padecer osteoporosis y solo un 13% reciben tratamiento. Es responsabilidad del médico de Atención Primaria la identificación de mujeres de alto riesgo, jugando un papel fundamental en la prevención, diagnóstico y evaluación de la osteoporosis.

**Objetiva.** Valorar la utilidad de la densitometría por ultrasonidos de calcáneo (DUC) como método de detección de osteoporosis en mujeres posmenopáusicas en Atención Primaria.

**Método.** Se estimó una muestra de 110 mujeres > 45 años, que fueron escogidas de manera aleatoria de los cupos de pacientes asignados a los centros de salud. Se les citó para realizar la DUC. Se solicitó una absorciometría de doble energía (DEXA), como medida gold estándar de comparación. Tras el análisis estadístico se estimaron la sensibilidad, especificidad y los valores predictivos de la DUC, así como el punto de corte (curva ROC) de cara a la utilización como método de cribado.

**Resultados.** Tras el análisis de los datos recogidos hemos podido estimar que la DUC tiene una sensibilidad del 85%, con una especificidad del 62%. Respecto al VPN es del 98% y el VPP del 15%. En cuanto a la utilización del los ultrasonidos como método de cribado para la osteoporosis se estimó el punto de corte T-score en  $-2.0$  (IC 95%).

**Conclusiones.** Dado el bajo VPP de la DUC no puede ser considerado una técnica útil para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la osteoporosis. La DUC solo debe ser utilizada como método de cribaje previa indicación de una DEXA en mujeres posmenopáusicas.

## PONENCIA 3

### Actividad física y medicina de familia

#### OBESIDAD Y ACTIVIDAD FÍSICA EN ESPAÑA

*S. Martín Almendros, M. Martínez González, A. Martínez Hernández, J. de Irala Estévez, M. Gibney y J. Kearney*

CS de Cintruénigo. Pamplona. Universidad de Navarra. Dublin College. Navarra.  
Correo electrónico: mismartin@eresmas.com

**Objetivos.** Estimar la posible asociación entre el sedentarismo en el tiempo libre y el Índice de Masa Corporal (IMC) en la población española.

**Métodos.** Estudio transversal descriptivo. Se contó con la participación de 1.000 individuos españoles mayores de 15 años. EL procedimiento de selección fue multietápico, aplicando cuotas por edad, sexo y tamaño de hábitat. El gasto energético se calculó asignando equivalentes metabólicos a cada actividad realizada según la frecuencia y el tiempo. El sedentarismo se calculó según las horas que los participantes pasaban sentados en el tiempo libre. Se aplicó un modelo de regresión múltiple con el IMC como variable dependiente.

**Resultados.** Los sujetos que eran más activos durante el tiempo libre eran los que menos tiempo pasaban sentados (solteros e individuos de alto nivel socioeconómico). Se verificó la existencia de una asociación inversa entre la actividad física en el tiempo libre y el IMC, tanto en varones como en mujeres.

**Conclusiones.** Parece estar asociado el bajo gasto energético durante el tiempo libre con la obesidad en la población española. Nuestros datos coinciden con la hipótesis de que la falta de actividad física durante el tiempo de ocio es uno de los principales determinantes en el creciente aumento de la prevalencia de la obesidad.

### ADOLESCENTES Y EJERCICIO FÍSICO: COMPORTAMIENTOS Y ACTITUDES

A. Vila Rovira, A. Vila Córcoles, A. Moreno Destruels, E. Oya Girona, H. Tarabishi Marín y R. Girona Real

Universitat Ramon Llull. Barcelona. SAP Tarragona-Valls. Tarragona. Cataluña. Correo electrónico: avila.tarte.ics@gencat.net

**Objetiva.** Conocer las opiniones y comportamientos de los adolescentes en relación a la práctica de ejercicio físico

**Diseño.** Observacional transversal.

**Emplazamiento.** Nivel comunitario.

**Sujetos.** Todos los alumnos matriculados en 3º-4º ESO y 1º Bachillerato de un colegio concertado (n = 124)

**Medidas e intervenciones.** Cuestionario autoadministrado de elaboración propia (validación mediante test-retest previo). Incluimos ítems sobre práctica pasada y actual de ejercicio físico o deporte, así como una escala Likert donde se demandaba grado de acuerdo con diferentes opiniones y/o comportamientos. Construimos una escala ordinal (6-30 puntos) para discriminar grado de motivación frente la práctica de ejercicio.

**Resultados.** Obtuvimos 117 respuestas (67,5% varones, 32,5% mujeres). El 64,9% (IC 95%: 55,7-73,1) realizaban ejercicio regularmente (no d.s. por sexo). No hacían deporte/ejercicio un 30,1% en 3º ESO y un 40,2% en Bachiller (p < 0,05). Entre quienes no hacían ejercicio, el 8,4% no lo habían realizado nunca, 29,8% lo abandonaron en Primaria y 40,4% en primer ciclo ESO. Puntuación media escala motivación: 21,6 (IC 95%: 20,3-22,9), sin d.s. por género ni curso. Sólo 42,7% mostró acuerdo con la frase "hacer ejercicio o practicar deporte te ayuda a alejarte del tabaco y las drogas".

**Conclusiones.** El aspecto lúdico es la motivación principal para practicar ejercicio físico entre los adolescentes. Los últimos cursos de la ESO son puntos críticos de abandono del hábito. Los agentes de salud en la escuela debieran transmitir a los adolescentes los potenciales beneficios en salud de esta práctica con objeto de retrasar al máximo su temprano abandono.

### INDICACIÓN DE EJERCICIO EN CONSULTAS DE MEDICINA FAMILIAR

J. Salazar Agullo, S. Suján Suján, M. Soriano Rey y M. Maldonado Martín

CS Tiro de Pichón. CS Capuchinos. Málaga. Andalucía. Correo electrónico: joseandres.sal@terra.es

El sedentarismo, factor de riesgo de desarrollo de numerosas patologías, es modificable con el ejercicio, pudiendo el sanitario influir para cambiar dicho hábito, integrando como elemento habitual y rutinario de las consultas la indicación de ejercicio, con conocimiento, preparación y voluntad, llevada a cabo como intervención promocional y preventiva, muy costo efectiva en patologías determinadas (cardiovascular, diabetes, etc.), que se beneficia de premisas semejantes a la intervención frente al tabaquismo.

Nuestra experiencia, en una consulta de Medicina de Familia, tiene como objetivo implementar una estrategia preventiva consistente en intervención mínima sistemática sobre ejercicio, mediante paquete básico de preguntas seguida de indicación específica de ejercicio: ¿Realiza algún tipo de ejercicio (durante su tiempo de ocio)? Sí: felicita y animar a continuar con la actividad; No: preguntar si tiene algún problema que lo impida Infor-

mación sobre beneficios generales o específicos del problema objeto de consulta si realizase ejercicio Indicación sobre cual podría ser el ejercicio que debería realizar: actividad, intensidad, duración y frecuencia semanal. Resultados más relevantes recogidos en consultas durante una semana: De 216 consultas, con duración media de 5'13", se realizó intervención mínima en el 95%, indicando 17 actividades físicas diferentes, 54,6% andar; en el 11% se entregó soporte escrito o se realizó demostración en consulta.

**Conclusiones.** La intervención mínima en pro del ejercicio es posible independientemente de la demanda. Sería deseable incorporar al TASS iconos con estadios de cambio similar al tabaco.

### CAUSAS DE ABANDONO DE LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LAS CHICAS. ESTUDIO CUALITATIVO CON GRUPOS FOCALES

P. Iturrioz Rosell, I. Iturrioz Rosell, V. Rubio Arribas, M. Salazar Scheiffer, C. Diez Mintegui y B. Portales Ortega

Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Gipuzkoa. CS Irun. CS Dumboa. Patronato Municipal de Deportes de Irún. Universidad del País Vasco. San Sebastián. País Vasco. Correo electrónico: piturrio@chdo.osakidetza.net

**Objetivos.** La infancia y la adolescencia son etapas de adquisición de hábitos. Las encuestas de salud alertan del abandono de la Actividad Física (AF) en las chicas. Con este estudio pretendemos conocer donde se encuentra la raíz y los motivos del abandono, conocer los gustos y preferencias de las jóvenes y estudiar la oferta deportiva que se les ofrece.

**Diseño.** Se han realizado 5 foros de discusión (1 chicos, 1 chicas, 1 Mixto, 1 padres y 1 con monitores deportivos).

**Metodología:** a) composición: chicos/as de 15 a 16 años de 3º-4º ESO, padres de escolares y monitores b) tamaño: hasta 9 personas por grupo c) Duración: 1 hora/sesión d) Reclutamiento: a través de monitores de deporte escolar e) Incentivos: se valoró su contribución. Pases y entradas a eventos deportivos f) Se grabaron las sesiones en video

Se elaboró un guión de con los siguientes apartados: a) ¿Porque es necesario hacer actividad física? b) ¿Cuáles son los motivos para hacer o no hacer AF? c) ¿Cuáles son los modelos para los jóvenes? d) ¿Cuáles son las causas del abandono? e) ¿Son compatibles los estudios y la AF? f) ¿Cómo valoráis la oferta de actividades?

**Resultados.** Las chicas hacen más AF para divertirse que como competición. Dan mucha importancia al grupo de amigas y relacionarse. La oferta de actividades está más enfocada a a los chicos, a la competición y al fútbol.

**Conclusiones.** Estructura masculinizada del deporte. Falta de Modelos. No divierte lo competitivo. Falta de estructuras y oferta.

### PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA, AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD Y HÁBITOS ASOCIADOS EN ESCOLARES

P. Iturrioz Rosell, I. Iturrioz Rosell, M. Salazar Scheiffer, V. Rubio Arribas, I. Pérez Irazusta y R. Castellano Pascual

Unidad Docente MFyC de Gipuzkoa. San Sebastián. CS Irun Centro. Irún. CS Dumboa. Irún. Patronato Municipal de Deportes de Irún. Irún. País Vasco. Correo electrónico: piturrio@chdo.osakidetza.net

**Objetivos.** Conocer el grado de Actividad Física (AF) que realizan los escolares en su tiempo libre. Determinar su auto percepción de salud. Valorar la adquisición de diversos hábitos saludables asociados.

**Diseño.** Estudio Descriptivo Transversal.

**Metodología.** Encuesta autocumplimentada con las siguientes variables: Edad, sexo, peso, talla, IMC, Autopercepción de salud. Práctica de AF (tipo, duración, intensidad), se considera sedentario al no llegar a menos de 3.000 Unidades Metabólicas (METS/mes), tiempo viendo la tv-ordenadores-videojuegos. Barreras y Actitudes (Prochaska y Di Clemente) para la práctica de AF. Hábitos de salud (consumo de tabaco, alcohol y frutas y verduras).

**Resultados.** Todos los escolares de nuestra zona de salud de 10-18 años (N = 2155). Se consideran sedentarios el 26,9% en chicos y 53,9% en chicas (p < 0,001). En la Autopercepción de la salud el 75% de los chicos y el 64,7% de las chicas (p < 0,001) la consideran buena o muy buena. Los sedentarios tienen una peor autopercepción de salud (p < 0,001). Las chicas (75%) perciben más barreras que los chicos (55%) para la práctica de AF (p < 0,001). El 65% de los escolares ve más de 3 horas la tv al día. No se observan diferencias "clínicas relevantes" entre chicas y chicos en el consumo de tabaco y alcohol.

**Conclusiones.** Se observa un mayor sedentarismo en chicas así como una peor autopercepción de salud. Las chicas perciben más barreras para la práctica de AF. Los hábitos no saludables (consumo de tabaco y alcohol) son homogéneos entre chicos y chicas.

## Sesión 6

16.00-18.00 h - Sala Cazorla

### MESA 3

## El médico de familia: profesionalidad y valores

### TALLERES DE SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB) A PACIENTES ISQUÉMICOS Y FAMILIARES

A. Caballero Oliver, N. Fernández, de la Fuente y M. Lobato Moreno

CS Pilas. Pilas. Sevilla. Andalucía.  
Correo electrónico: nicoff@terra.es

**Objetivos.** La cardiopatía isquémica es una patología frecuente en nuestro medio que, en muchos casos, se manifiesta como "muerte súbita". La actuación de los testigos en esta emergencia resulta, literalmente, vital. Se planteó una intervención educativa en pacientes isquémicos y familiares, con el objetivo de aumentar sus conocimientos y habilidades de manejo de estas situaciones.

**Descripción.** En nueve municipios con asociaciones de pacientes cardíacos se impartieron sesiones sobre Resucitación Cardiopulmonar (RCP) Básica (B), por dos médicos de familia, instructores del Consejo Europeo de RCP. Cada sesión incluía una charla, de veinte minutos, sobre los contenidos de la RCP-B orientada a cardiopatas y sesiones prácticas, de cien minutos, con ejecución de las técnicas de RCP-B sobre maniqués. Se promovió la participación activa y se pasaba una encuesta de satisfacción. **Resultados.** Participaron 350 personas (pacientes y familiares), se extrajo muestra de 148. Su edad media fue de 49,19 años, siendo mujeres un 57%. Un 6% de los asistentes (pacientes y familiares) no ejecutaron las técnicas por padecer problemas físicos (Poliartrosis e Insuficiencia Cardíaca, principalmente). Las encuestas (n = 148) revelaron una satisfacción global media del 92% y una estimación media de cumplimiento de objetivos del 90%.

**Conclusiones.** El aprendizaje de RCP-B por los ciudadanos es posible. Los médicos de familia pueden asumir esta tarea. Los pacientes cardíacos y sus familiares valoran bien este tipo de experiencia y consideran útil y reproducible lo aprendido.

### DOCENCIA Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL: UN PUNTO DE ENCUENTRO

E. Sequera Aymar, F. Novell Teixido, V. Serrano, A. Gaspà Gamundi, E. Minguella y G. Ros

Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample. CS Raval Sud. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: ethelsa@rediffmail.com

**Objetivos.** Iniciar la implantación de protocolos por parte de residentes de tercer año de medicina familiar y comunitaria en un país en vías de desarrollo. Trabajar en equipo con profesionales de otro país para intercambiar métodos de trabajo. Aprender para enseñar, otra forma de hacer docencia. Incidir en los niveles de salud en un país en vías de desarrollo.

**Descripción.** Programa iniciado entre varias áreas básicas de salud y una Organización No Gubernamental de Desarrollo (ONGD) que permite el desplazamiento de médicos residentes de tercer año a terreno en un país en vías de desarrollo con una formación previa, para implantar protocolos adaptándolos a las necesidades existentes. La ONGD tiene una his-

toria previa de 30 años de evolución y cuenta con personal médico y de enfermería propio. Los protocolos elegidos son: hipertensión arterial, diabetes mellitus, tuberculosis y abordaje de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. Para ello se ha realizado un estudio de las necesidades locales, una adaptación de los protocolos, la implantación de los mismos y se procederá al análisis de resultados. El programa iniciado en abril de 2004 tiene una duración prevista de dos años de forma ininterrumpida con revisiones parciales cada dos meses.

**Conclusiones.** Mayor aprendizaje de los médicos especialistas en formación ante el reto de enseñar lo aprendido y compartir experiencias. Profundización en el uso de protocolos al precisar adaptación y seguimiento. Mejora en el ámbito de salud trabajado en un país en vías de desarrollo.

### INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES

M. Torres Lou, E. Jòdar Hoste, N. Giménez Gómez y A. Casagran Borrell

CAP Sant Cugat del Vallès. Sant Cugat del Vallès. Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 35474mtl@comb.es

**Objetivo.** Conocer opinión, perfil y expectativas de los profesionales de atención primaria sobre investigación biomédica.

**Diseño.** Estudio descriptivo multicéntrico (7 centros salud)

**Materiales y métodos.** Cuestionario anónimo, dirigido a médicos y DE (Diplomados de Enfermería), con 33 preguntas y 6 secciones: datos sociodemográficos, opinión, experiencia, perfil investigador, valoración institucional y propuestas. Realizada validación técnica y prueba piloto. Análisis descriptivo con paquete estadístico SPSS.

**Resultados.** Respondieron la encuesta 122 profesionales del total de 146 (83%): 67 médicos, 55 DE. Edad media respectiva 35 y 42 años. Son mujeres 66% médicos, 91% DE. Contrasta que, en teoría, 91% consideran la investigación una parte de su trabajo pero, en la práctica, sólo reconocen realizarla 34% médicos, 72% DE ( $p < 0,05$ ). Investigan al margen de su jornada laboral 70% médicos, 33% de DE ( $p < 0,05$ ). La mayor dificultad para médicos es la presión asistencial y para DE la financiación. El principal beneficio para médicos es mantener la formación actualizada, para DE contribuir al avance del conocimiento. Tienen proyectos activos 36% médicos, 16% DE. Han publicado en revistas especializadas 51% y 8% respectivamente ( $p < 0,05$ ). Ambos colectivos coinciden en que el 95% querría participar en proyectos futuros y, el aspecto institucional que más valoran es el prestigio de la entidad a la que pertenecen. Las propuestas para potenciar la investigación son diversas y centradas en aumentar los recursos.

**Conclusiones.** Colectivo joven, de predominio femenino, con alta motivación hacia la investigación. La percepción de la investigación, sus dificultades y beneficios es diferente entre médicos y DE.

### PERFIL PSICOLÓGICO DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: DIFERENCIAS SEGÚN AÑO DE RESIDENCIA E INTERÉS VOCACIONAL

P. Cabrero Sobrina, M. López Sánchez, N. Puigbo Serra, B. Morna, E. Puig de la Bella casa Bueno y M. Pascual Domenech

EAP Raval Nord. CAP Lluís Saye. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 31916pcs@comb.es

**Objetivo.** Conocer el perfil psicológico de los residentes de medicina familiar y comunitaria (MFyC) y analizar su relación con la vocación y año de residencia.

**Diseño y metodología.** Estudio transversal.

**Ámbito:** Unidad docente urbana.

**Participantes.** Total residentes de MFyC de 1º (R1), 2º (R2) y 3º (R3) años (N = 121).

**Medidas.** Encuesta anónima mediante cuestionario autoadministrado que recogía características sociodemográficas, intereses vocacionales al finalizar carrera y acabar MIR y perfil personalidad mediante test 16 PF de Catell validado en población española; éste consta de dos ítems para evaluar la desviación motivacional (DM) y la negatividad. Se analizó la asociación entre las puntuaciones e intereses vocacionales y año de residencia mediante modelo de regresión logística ajustado por género.

**Resultados.** Índice respuesta 74,4%. Excluidas 9 personas por puntuaciones > 10 en escala DM. Incluidos 81 residentes. El 76,5% mujeres y un 11,1% > 30 años. Un 44,4% era R1, un 19,8% R2 y 35,8% R3. Al finali-

zar la carrera un 55,6% mencionaba la especialidad de MFyC entre sus preferidas y al finalizar MIR un 66,7%. Los R1 obtuvieron puntuaciones más altas en afabilidad (OR: 1,31; IC95%: 1,10-1,57), atrevimiento "emprendedores" (OR: 1,10; IC95%: 1,01-1,20), socialización (OR: 1,24; IC95%: 1,03-1,49) y más bajas en independencia (OR: 0,87; IC95%: 0,77-0,99). Los R2 más bajas en afabilidad (OR: 0,77, IC95%: 0,63-0,95) y los R3 en conciencia (OR: 0,83, IC95%: 0,71-0,96). Mostrar preferencia por la especialidad MFyC al terminar la carrera se asoció a mayores puntuaciones en sensibilidad emocional (OR: 1,22; IC95%: 1,03-1,44). No se observó relación en el resto de puntuaciones. **Conclusiones.** Cuatro de cada 10 residentes no manifestó interés vocacional respecto a la especialidad de MFyC tras aprobar el MIR. Algunos factores del perfil psicológico difieren según el año de residencia

## MESA 4

### Los cambios en la práctica clínica: reflexiones sobre cómo mejorar la asistencia a los pacientes

#### OPINIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA SOBRE LA EMPATÍA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

P. Montero Alía, C. Tajada Vitales, D. García Tristante, A. Gimeno Gimeno, C. Mestres Solà y H. Foulon

ABS La Mina. La Pau. Sant Adrià del Besòs. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: pili31416@yahoo.es

**Objetivos.** Conocer la opinión de la población atendida sobre la empatía en la consulta y los factores asociados. **Diseño:** Descriptivo transversal. **Metodología.** Personas atendidas en dos Centros de Salud urbanos que voluntariamente respondieron al cuestionario autoadministrado (n = 552). Variables sociodemográficas, satisfacción y duración de la visita. Cuestionario de empatía CARE, validado en ámbito anglosajón, anónimo, incluye 10 preguntas escala tipo Likert (nunca = 1, siempre = 5). **Resultados.** Cuestionarios correctamente cumplimentados 529, 334 (63,1%) mujeres, edad 51,4 (DT18,3) años, > 65 años 165 (30,4%), instrucción insuficiente 171 (31,5%). Trabajadores activos 255 (48,2%), duración visita > 10 minutos 259 (49%), satisfechos/muy satisfechos con la misma 413 (78,1%). Respuestas CARE siempre y casi siempre: P1) Su médico/a le hace sentir a gusto 441(83,4%); P2) Le deja explicar sus problemas? 471 (89%); P3) Le escucha? 431 (81,5%); P4) Le conoce a usted como persona? 364 (68,8%); P5) Comprende sus preocupaciones? 401(75,8%); P6) Le parece interesado por usted como persona? 419 (79,2%). P7) tiene una actitud positiva frente a sus problemas? 432 (81,7%). P8) Le explica las cosas con claridad? 465 (87,9%); P9) Le ayuda a tomar decisiones para mejorar su salud? 442 (83,6%); P10) Hace un plan de tratamiento con usted? 398 (75,2%). Mediana (P25;P75) puntuación global empatía 48(39,6-50). Se observaron diferencias (p < 0,001) entre profesionales 48,0 vs 33,6. Percibieron mayor empatía los > 65 años 45,5 vs 40,3(p < 0,001), en visitas > 10 minutos 46,7 vs 32,3 (p < 0,001) y en visitas más satisfactorias 47,5 vs 19 (p < 0,001), sin diferencias significativas en la percepción de empatía entre géneros ni diferente nivel de instrucción. **Conclusiones.** La percepción de empatía de los participantes es muy elevada, especialmente en las personas mayores y con visitas de más de 10 minutos.

#### SOMOS TODOS PREHIPERTENSOS?

T. Mateu Gelabert, M. Aballí Acosta, S. Rivas Zuazo, X. Sibera Aresté, F. Díaz Gallego y C. Maragall de Gispert

CS Larrard. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 30947fdg@comb.es

**Objetiva.** Cuantificar el porcentaje de pacientes mayores de 14 años, que según la nueva clasificación de la Joint National Comition (JNC) cumplirían criterios de prehipertensión (120-139 y/o 80-89 mmHg).

**Diseño.** Estudio observacional retrospectivo.

**Ámbito.** Centro de atención primaria (CAP) urbano.

**Sujetos.** Población mayor de 14 años atendida en el CAP en el período abril 2003-abril 2004, a la que se ha registrado la tensión arterial y no está etiquetada de hipertensión arterial (HTA).

**Mediciones.** Edad, sexo, media de tensión arterial (TA), presencia de tabaquismo, dislipemia y diabetes.

**Resultados.** Total de población atendida con registro de TA no etiquetada de HTA: 3525, hombres: 1343 (38%), mujeres: 2182 (62%). Fumadores: 625 (17,7%), diabéticos: 370 (10,1%), dislipémicos: 750 (21,27%). Edad media: 58,6 (DE: 19). Estarían dentro de la categoría de prehipertensión 2123 pacientes de la muestra (60,22%), hombres: 878 (41%), mujeres: 1245 (59%). Fumadores: 365 (17,19%), diabéticos: 228 (10,7%), dislipémicos: 490 (23%). Edad media: 58,9 (DE: 17,86). Entre los pacientes prehipertensos no son diabéticos ni dislipémicos 1209 (56,94).

**Conclusiones.** Cabe destacar la gran prevalencia de prehipertensión en la población atendida (60,22%). No hemos observado en esta subpoblación una mayor prevalencia de otros factores de riesgo. ¿Tendríamos que intervenir sobre este 60,22% tal como recomienda la JNC, sin que existan estudios adaptados a la población mediterránea? ¿No estaremos etiquetando de enferma a una población sana?

#### EFICACIA DE UNA ESTRATEGIA DE EDUCACION PARA LA SALUD (EPS) EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2)

I. Barrio Cantalejo, M. Salinero Fort, I. Parra Álvarez, C. Martín Madrazo, A. Quintano Pintado y F. Arrieta Blanco

Unidad de Formación e Investigación Atención Primaria Área 4. Madrid. Madrid.  
Correo electrónico: masalinero@hotmail.com

**Objetiva.** Evaluar la eficacia del modelo PRECEDE de EpS en la reducción del Riesgo Cardiovascular (RCV) de los pacientes con DM2.

**Tipo de estudio.** Ensayo clínico, abierto y en grupos paralelos, con asignación aleatoria de la intervención a los centros, de dos años de seguimiento. **Ámbito.** 8 Centros de salud urbanos, que atienden a 156.000 habitantes. **Sujetos.** 175 pacientes en el grupo PRECEDE y 242 en el grupo de EpS convencional.

**Variables.** Edad, sexo, nivel educativo, tiempo evolución DM2, tipo de EpS, RCV, comorbilidad, coterapia, HbA1c, perfil lipídico, complicaciones, IMC, hábitos tóxicos, adherencia terapéutica, autocuidados, tensión arterial, ejercicio físico.

**Resultados. Datos basales crudos:** Edad 65,8, tiempo evolución 8 años, HTA 69%, Dislipemia 49,5%, Antiagregación 18%, Anticoagulación 4%, IECAs 30%, ARA\_II 13%, Retinopatía 7%, Nefropatía 4,2%, Neuropatía 3,4%, realizan autocontrol 65,9%, adherencia dieta 69%, adherencia farmacológica 59,7%, horas ejercicio semanal 8,4, HbA1c 7,2%, Colesterol 206, HDL-Colesterol 51,2, LDL-Colesterol 126,6, TAS 135,8; TAD 78,8. **Comparación basal de los grupos:** No hay diferencias significativas, salvo en Angor, mayor en PRECEDE y en las variables: cumplimiento dietético, farmacológico y autocuidados, mayor en el grupo Control. **Resultados comparativos a 12 meses:** RCV 12 meses: PRECEDE: 19,73%; CONTROL: 21,81% (p: < 0,001) RCV 0-12 meses: PRECEDE: 21,51% (mes\_0); 19,73% (mes\_12) (p: < 0,001). CONTROL: 22,01% (mes\_0); 21,88% (mes\_12) (p: 0,687).

**Conclusiones.** Tras 12 meses el modelo PRECEDE reduce casi dos puntos del RCV respecto a los datos basales y más de 2 puntos respecto al modelo Convencional. Estos datos deben ser considerados con cautela dado que este tipo de intervenciones suelen perder efectividad con el tiempo.

#### VALORACIÓN CUANTITATIVA DE ADHESIÓN A UN PATRÓN DIETÉTICO MEDITERRÁNEO DE PROTECCIÓN CARDIOVASCULAR

M. Serrano Martínez, M. Prado Santamaría, E. Martínez Losa, V. Archanco Rodrigo, E. Lozano Oloriz y M. Martínez González

CS de Azpilagaña. Departamento de Epidemiología y Salud Pública de la Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra.  
Correo electrónico: mserranm@nacom.es

**Objetiva.** Establecer un cuestionario objetivo sencillo que indique el nivel cardioprotector de la dieta habitual según un patrón mediterráneo (verdura, fruta, aceite de oliva, vino, pescado, fibra y cereales integrales).

**Método y diseño:** Estudio de casos (primer infarto de miocardio) y controles emparejados por edad, sexo, hospital y médico entrevistador. Previa-

mente se había demostrado un importante papel cardioprotector para un patrón combinado dietético de tipo mediterráneo<sup>1</sup>. Basándonos en sencillas estimaciones de raciones de los diferentes alimentos se buscaron puntos de corte que determinaran la adhesión a un consumo cardioprotector. Se calcularon las razones de probabilidad (OR) crudas y ajustadas de primer infarto de miocardio de las puntuaciones, con un diseño estadístico de regresión logística condicional sobre 171 parejas de caso y control.

**Resultados.** El cuestionario asignaba un punto por cada exposición protectora: aceite de oliva (+/= 1 cucharada/día), fruta (+/= 1 pieza/día), verdura (+/= 1 ración/día), legumbre (+/= 2 raciones/semana), pescado (+/= 3 raciones/semana) y vino (+/= 3 vasos/semana). Si se consumía < 1 ración/día de cárnicos se asignaba un punto y otro punto si se consumía simultáneamente < 1 ración/día de pan blanco y < 1 ración/día de arroz blanco o alternativamente +/= 5 raciones/semana de pan integral. Un punto más si se cumplen simultáneamente los criterios de frutas y verduras. En total, se obtienen de 0 a 9 puntos. El OR ajustado de primer infarto resultó protector desde 5-6 puntos (0,21; intervalo de confianza al 95%: 0,04-0,97).

**Conclusión.** El cuestionario es fácilmente aplicable e indica que a partir de adherencias moderadas a la dieta mediterránea se obtiene protección de riesgo de primer infarto de miocardio.

1. Martínez-González et al. *Eur J Nutr* 2002;41:153-60.

### REPERCUSIÓN DEL DUELO SOBRE LA FRECUENTACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

F. Perales González, M. Pinel González, N. García Arpa, E. Polentinos Castro, E. Barrera Linares y R. Sánchez González

CS San Blas. Parla. Madrid.

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

**Objetivos.** Determinar la influencia del duelo en el número de consultas en Atención Primaria (AP). Describir posibles diferencias en función de las características de los dolientes. Evaluar la relación del duelo con el consumo de ansiolíticos y antidepresivos.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito.** AP.

**Participantes.** Todos los dolientes identificados en nuestro centro de salud en los últimos 5 años.

**Variables.** Sociodemográficas, parentesco, causa del fallecimiento, número de consultas en los 18 meses previos y posteriores al deceso y consumo de fármacos.

**Resultados.** 175 dolientes. Edad media = 45 años. Mujeres = 57,4%. El 58,3% es hijo/a y el 28,7% pareja del fallecido. El 83,3% de las muertes se produjo tras enfermedad crónica. El número de consultas aumenta significativamente en los primeros 12 meses tras el fallecimiento ( $p < 0,001$ ) y tiende a igualarse a los 18 meses. El duelo provoca un incremento sig-

nificativo en el consumo de ansiolíticos y antidepresivos ( $p < 0,001$ ). El número de visitas tras el fallecimiento es mayor si el doliente es mujer ( $p < 0,05$ ), tiene más de 50 años ( $p < 0,001$ ), es pareja del fallecido ( $p < 0,001$ ) o tiene antecedentes de enfermedad mental ( $p < 0,001$ ) u orgánica crónica ( $p < 0,001$ ). Estas diferencias se mantienen a los 6, 12 y 18 meses del fallecimiento.

**Conclusiones.** La situación de duelo provoca un aumento significativo de la frecuentación en AP durante el primer año tras el fallecimiento, especialmente si el doliente es mujer, mayor de 50 años, pareja del fallecido o presenta antecedentes de enfermedad crónica (mental u orgánica). El duelo conlleva un aumento significativo en el consumo de ansiolíticos y antidepresivos.

### ENSAYO CLÍNICO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

M. Silva César, B. Aldamiz-Echevarría Iraurgi, F. Lamelo Alfonso, L. Vidán Martínez, J. Rodríguez Fernández y J. Muñoz García

Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. Galicia.

Correo electrónico: fal@canalejo.org

**Introducción.** Los estudios sobre intervenciones educativas en pacientes con insuficiencia cardíaca para reducir la tasa de reingreso hospitalario muestran resultados contradictorios.

**Objetivo.** Evaluar la eficacia en la reducción de reingresos mediante una intervención educativa sanitaria en pacientes con insuficiencia cardíaca, utilizando Hospitalización a Domicilio (HADO).

**Diseño y metodología.** Ensayo clínico randomizado y controlado. Enfermos dados de alta de un hospital terciario entre febrero de 2001 y junio de 2002. 279 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca. Fueron excluidos los pacientes con patologías que impedían entender la intervención, enfermedad terminal no cardiológica o enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Intervención de tipo educativo, en el domicilio, se extendió hasta 15 días después del alta en HADO. Medida de efecto. Incidencia acumulada de reingreso o muerte. Seguimiento, contacto telefónico a los 3, 6 y 12 meses y revisión de historias clínicas si era necesario. Los primeros seis meses se registró la utilización de servicios de urgencia.

**Resultados.** Tras un año de seguimiento, 62 pacientes de 137 (45,3%) ingresaron o murieron en el grupo de intervención, en comparación con 75 de 142 (52,8%) en el control ( $p = 0,232$ ). En el subgrupo cuyo factor desencadenante para el ingreso índice fue incumplimiento terapéutico, los resultados fueron: 16 pacientes de 45 (35,6%) ingresaron o murieron en el grupo de intervención, 34 de 56 (60,7%) en el control ( $p = 0,016$ ).

**Conclusiones.** La intervención educativa en las unidades de Hospitalización a Domicilio pueden jugar un papel importante en la reducción de reingresos por insuficiencia cardíaca en paciente seleccionados incumplidores de tratamiento.

# COMUNICACIONES ORALES

Viernes, 10 de diciembre

## Sesión 7

9.30-11.30 h - Sala Mojácar

### PONENCIA 1

## Envejecimiento activo. Propuestas para atención primaria

#### ¿CONOCEN NUESTROS ANCIANOS SU MEDICACIÓN?

N. Jiménez Olivas, R. Adanero Collado, F. Caballero Martínez y A. Fernández Martínez

EAP Valdezarza Sur. Unidad Docente Área 6 Madrid. Madrid. Madrid.  
Correo electrónico: jimenezpalacios@cemad.es

**Objetivos.** Los ancianos consumen gran cantidad de medicamentos con mayor riesgo de interacciones, efectos adversos y errores en su posología. El objetivo de este trabajo es determinar el nivel de conocimiento de los mayores de 65 años acerca de su tratamiento y establecer un perfil de riesgo para el anciano que no recuerda su medicación.

**Diseño y metodología.** Se entrevistaron 148 pacientes de distintos cupos en una zona básica de salud durante dos meses de 2003. Se les interrogó acerca de su situación [medicamentos que tomaban y su forma de recordarlos; las respuestas fueron contrastadas con la historia clínica.](http://www.ntsearch.com/search.php?q=personalpersonal/a>,)

**Resultados.** El consumo medio de fármacos en la muestra es de 3,52. El 97% de los entrevistados reconoce la importancia de saber los fármacos que toma aunque sólo el 31% sabe identificar todas las preguntas sobre sus tratamientos. Los ancianos recuerdan peor los nombres de los fármacos (57%) que su posología o indicación (98-97%) y apenas conocen los efectos de la insulina o los anticoagulantes orales (13%) a pesar de ser estos mismos los más recordados (100%).

**Conclusiones.** Las mujeres sin estudios que viven con algún familiar y toman más de 4 fármacos recuerdan peor su medicación. La constante aparición de nuevas fórmulas en el mercado, la introducción de los genéricos, las diferencias de prescripción entre Atención Primaria y Especializada, así como la excesiva delegación de responsabilidades al médico o familiares hacen muy difícil que el anciano recuerde sus tratamientos, lo que dificulta en muchas ocasiones la toma de decisiones en ámbitos ajenos a la Primaria.

#### SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ANCIANOS ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD: INCIDENCIA Y DIFERENCIAS EVOLUTIVAS SEGÚN PLAN DE TRATAMIENTO

E. Corral Pérez, I. López Pavón, A. Sancho Perpiñán, C. López Mompó, J. Franquelo Cruz y M. Reina Rodríguez

EAP Centre-Can Mariner. Santa Coloma de Gramenet. Cataluña.  
Correo electrónico: 25514ilp@comb.es

**Objetivo.** 1) Determinar la incidencia anual de síntomas depresivos relevantes (SDRs) en los pacientes mayores de 64 años atendidos en un centro de salud (CS). 2) Describir el perfil evolutivo de dichos síntomas y su

relación con el plan de tratamiento iniciado por los profesionales al cargo de dichos pacientes.

**Métodos.** Estudio observacional longitudinal.

**Sujetos.** Todos los pacientes mayores de 64 años visitados en el CS durante un año.

**Medidas.** a) caso incidente de SDR: paciente sin diagnóstico previo de trastorno depresivo, con puntuación en la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS-15) superior a 5; b) grupos según evolución: mejoría, estabilidad y empeoramiento (definidas por la diferencia en la puntuación de la escala de Hamilton de depresión (EHD) al inicio y final del período de seguimiento (12 meses); c) grupos según plan de tratamiento (no aleatorizados): tratamiento farmacológico (TF), psicoterapia (PT), ningún tratamiento (NT).

**Resultados.** 1.600 pacientes estudiados. 292 exclusiones. 192 casos de SDR. Incidencia anual de SDR: 17,2 casos/año. Casos en los que se pudo completar seguimiento: 158 (82,3%). Evolución: 96 (60,8%) mejoría; 44 (27,8%) estables; 18 (11,4%) empeoramiento. Tratamiento: TF 93 (58,9%), PT 71 (44,9%) (en 52 casos coincidían ambos), NT 46 (29,1%). Diferencias evolutivas según tratamiento: a) TF: mejoría: 64 (68,8%), empeoramiento: 9 (9,7%), estables: 20 (21,5%), b) PT: mejoría: 53 (74,6%), empeoramiento: 4 (5,6%), estables: 14 (19,7%), c) NT: mejoría: 21 (45,7%), empeoramiento: 7 (15,2%), estables: 18 (39,1%),  $p < 0,05$  (comparación de proporciones mediante chi-cuadrado).

**Conclusiones.** La incidencia de SDRs es elevada. Una actitud terapéutica activa respecto a estos síntomas por parte del equipo parece resultar beneficiosa en la evolución de los mismos.

#### SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y PERFIL EVOLUTIVO DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ANCIANOS VISITADOS EN UN CENTRO DE SALUD

E. Corral Pérez, I. López Pavón, J. Martorell Sans, M. Corroto Durán, M. Galán Cuevas y M. Fuentes Parrón

EAP Centre-Can Mariner. Santa Coloma de Gramenet. Cataluña.  
Correo electrónico: 25514ilp@comb.es

**Objetivos.** 1) Estudiar mediante un protocolo de valoración geriátrica integral (VGI), la presencia de síndromes geriátricos en pacientes con síntomas depresivos relevantes (SDRs). 2) Estudiar la relación de dichos síndromes con el perfil evolutivo de los SDRs.

**Métodos.** Estudio observacional longitudinal.

**Sujetos.** Todos los pacientes mayores de 64 años visitados en el CS durante un año.

-Caso SDR: puntuación superior a 5 en la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS-15);

-Variables del protocolo de VGI: disfunción visual/auditiva, deterioro cognitivo, disfunción funcional (actividades básicas e instrumentales de la vida diaria: ABVD/AIVD), riesgo de caídas, síndrome de polimedica-

ción;

-Grupos según evolución: mejoría, estabilidad y empeoramiento (definidas por la diferencia en la puntuación de la escala de Hamilton de depresión (EHD) al inicio y final del período de seguimiento (12 meses).

**Resultados.** 1.600 pacientes incluidos. 292 exclusiones. 192 casos de SDR. Casos en los que se ha podido realizar seguimiento anual: 158 (82,3%). Evolución: 96 (60,8%) mejoría; 44 (27,8%) estables; 18 (11,4%) empeoramiento. Porcentaje de casos de SDR con seguimiento completo que presentan: disfunción visual/auditiva: 43,0%/36,1%; deterioro cognitivo: 20,9%; dependencia funcional AVBD/AIVD: 2,5%/17,7%; riesgo caídas: 20,3%; síndrome de polimedica-

ción: 53,8%. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas al comparar los porcentajes de síndromes geriátricos en los tres grupos de evolución (chi-cuadrado con  $p > 0,05$ ).

**Conclusiones.** La concomitancia de síndromes geriátricos en pacientes con SDRs es elevada, especialmente en lo que corresponde a síndrome de po-

limedicación y disfunción sensorial. Sin embargo, la presencia de estos síndromes no parece asociarse con un determinado perfil evolutivo de la sintomatología depresiva.

### DETECCIÓN RÁPIDA DE SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN MAYORES DE 75 AÑOS. ¿POSIBLE EN ATENCIÓN PRIMARIA?

L. Pérez Campos, E. Florensa Roquet-Jalmar, L. González Gil, T. Mur Martí, J. Martínez Quilez, e I. Vázquez Muñoz

CAP Terrassa Sud. Terrassa. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: lperezca@tiscali.es

**Objetivo.** Detectar síndromes geriátricos en mayores de 75 años mediante cuestionario rápido (15 minutos).

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo, población adscrita 21.436 habitantes. Se selecciona muestra aleatoria de 110 pacientes sobre 1.313 personas mayores de 75 años. Se programan visitas telefónicamente de noviembre 2003 a marzo 2004. El cuestionario incluía: anamnesis dirigida (convivencia, autonomía, caídas/ último año, síntomas urinarios, tratamientos (yatrogenia: 4 o más fármacos), antecedentes de síndrome confusional agudo); exploración física (otoscopia, medidas antropométricas); y tests validados para detectar síndromes geriátricos (MNA, Pfeiffer, Y-savage, Jaeger, Test Susurro). Se revisan historias clínicas para determinar si los síndromes detectados están registrados. Análisis descriptivo de datos con paquete estadístico SPSS.

**Resultados.** Se visitan 72 mujeres (65%); entre 75-91 años (media 80); 91 autónomos (83%)/registrados 26%; 22 viven solos (20%)/registrados 18%. Presentan al menos un síndrome geriátrico 98 (89%) siendo lo más frecuente presentar entre dos y tres (55%). Síndromes detectados: alteración de la comunicación 48 (54%), riesgo depresión 24 (22%)/registrado 25%, yatrogenia 58 (53%)/registrado 88%, síndrome confusional agudo 3 (3%)/registrado 0%, riesgo malnutrición 13 (12%)/registrado 15%, caídas 40 (36%)/registrado 13%, incontinencia urinaria 46 (42%)/registrado 26%, deterioro cognitivo 22 (20%)/registrado 27%. Se detecta relación estadísticamente significativa: mujer-vivir solo y mujer-incontinencia urinaria ( $p < 0,05$ ). Existe mayor riesgo de malnutrición en pacientes que viven solos, y mayor riesgo de caídas en incontinentes ( $p = ns$ ).

**Conclusión.** Se incrementa la detección de síndromes geriátricos en atención primaria mediante un cuestionario rápido y específico. Deberíamos mejorar el registro de síndromes geriátricos, insistiendo en los síntomas urinarios y la convivencia en mujeres.

### PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINARIO PARA CUIDADORES DE PACIENTES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (AT-DOM)

L. Guerrero Caballero, A. Alcolado Aranda, M. López Dolcet, J. Pons la Laguna y R. Ramos Blanes

ABS Salt. Salt. Girona. Cataluña.  
Correo electrónico: neuburk@hotmail.com

**Introducción.** El aumento de la patología crónica y el envejecimiento de la población aumenta el número de personas, generalmente familiares, que asumen el papel de cuidador. El cuidador, presenta un mayor riesgo de morbi-mortalidad por diferentes patologías físicas y psíquicas, que el resto de la población.

**Objetivo.** Analizar la eficacia de un programa de intervención para mejorar la calidad de vida de los cuidadores.

**Diseño y metodología.** Ensayo clínico randomizado entre los 79 cuidadores (39 grupo control y 40 en el grupo intervención) de todos los pacientes incluidos en el programa de atención domiciliar de una Área Básica de Salud durante los años 2000-2001. La calidad de vida y la sospecha de ansiedad y depresión se midieron mediante los cuestionarios CO-OP/WONCA y el EADG que se pasaron al inicio y al final del estudio. Intervenciones: Tres visitas médicas domiciliarias para realizar una anamnesis biopsicosocial del cuidador e informar sobre la patología crónica del paciente. Una visita de educación sanitaria de enfermería. Envío de dos cartas adaptadas a las necesidades de cada cuidador y dos llamadas telefónicas de apoyo.

**Resultados.** El grupo intervención presentó una significativa mejor calidad de vida global, en relación al grupo control, después de la intervención. No se observaron diferencias en el grupo intervención antes y des-

pués de la intervención pero si se observó un deterioro, estadísticamente significativo, de la calidad de vida del grupo control.

**Conclusiones.** Un programa de intervención multifactorial ayuda a evitar el deterioro de la calidad de vida global de los cuidadores.

### PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE FRÁGIL (PAPF): PROPUESTA DE UN MODELO ASISTENCIAL MULTIDISCIPLINAR

G. Diestre Ortin, M. Giménez Renom y T. Navarro Sierra

ABS Badia del Vallès. Badia del Vallès. Barcelona. Hospital de Sabadell. Sabadell. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: tnavarro@cspt.es

**Introducción.** El progresivo envejecimiento poblacional conlleva un aumento de las necesidades asistenciales, que han de ser atendidas por distintos dispositivos sanitarios.

**Objetivo.** Describir los resultados de un modelo comunitario asistencial multidisciplinar del paciente anciano frágil implementado desde 2002.

**Método.** Lugar: Sector asistencial de 380.000 habitantes. **Sujetos.** Pacientes dados de alta en el PAPF desde 2002 a 2004. El PAPF incluye una valoración geriátrica integral realizada desde una unidad especializada y un plan de atención coordinado entre hospital y EAP. Grupos seleccionados: geriátricos, crónicos, dementes, enfermedad neurológica avanzada, ICC, EPOC y portadores de gastrostomía.

**Resultados.** 493 pacientes; procedencia: hospitalaria 82%, AP 17%; edad media 79,8 (DE  $\pm 12,45$ ); media índice de Barthel 48 (DE  $\pm 33$ ); grupos: geriátrico 23,33%, crónico 21,1%, ICC 20,49%, EPOC 14,4%, demencia 9,13%, neurológico evolucionado 9,13%, gastrostomía 2,43%; el 34% de los pacientes sólo requirió valoración especializada, el 49,02% fue atendido de forma compartida entre el PAPF-AP; el 17,24% de los pacientes recibieron una atención  $< 7$  días, el 26,37% entre 7- 30 días, el 26,37% de 1-6 meses, el 10,95% entre 6-12 meses y el 8,52%  $> 1$  año. Un 30% de los casos fueron derivados a AP, el 54% fallecieron y un 16% continúan en el programa.

**Conclusiones.** Se identificaron subgrupos con necesidades asistenciales homogéneas y de difícil manejo extrahospitalario que se benefician de la cooperación entre AP y hospital. La coordinación y planificación entre diferentes dispositivos, pueden ser los instrumentos para responder a las necesidades asistenciales de ciudadanos con problemas de salud relacionados con la vejez y el final de la vida.

### PREVALENCIA DE INSOMNIO Y SU REPERCUSIÓN EN LA SITUACIÓN FUNCIONAL DE LOS ANCIANOS RESIDENTES EN LA COMUNIDAD

C. Boix Gras, J. López-Torres Hidalgo, Y. David García, J. T. Àlez Lapèira, A. Sanson Justel y M. Lloret Callejo

Unidad Docente MFyC de Albacete. Albacete. Castilla-La Mancha.  
Correo electrónico: cboix@sescam.org

**Objetivo.** Determinar prevalencia de insomnio primario (IP) (DSM-IV) y no orgánico (INO) (CIE-10) en ancianos residentes en la comunidad. Establecer su asociación con la situación funcional y el bienestar psicológico.

**Método.** Estudio de prevalencia y asociación cruzada. Selección de 424 ancianos a partir de tarjeta sanitaria mediante muestreo sistemático (proporción esperada 23%, n. confianza 95%, precisión  $\pm 4$ %). Instrumentalización: entrevista semiestructurada realizada por sanitarios en 33 centros de salud de una área sanitaria. Determinaciones: criterios de IP/INO (características del sueño, disminución del rendimiento en actividades, etc.), Índices de Katz y Lawton-Brody y Escala de Satisfacción de Filadelfia (EBSF). **Resultados.** El 20,3% (IC 95%: 16,5-24,1) cumplía criterios de IP (dificultad para iniciar o mantener el sueño en 32,5%, etc.). El 11,1% (IC 95%: 8,1-14,1) presentaba INO (La cantidad o calidad no satisfactorias del sueño causaban interferencia con las actividades cotidianas en el 20,8%, etc.). La proporción de ancianos con INO fue superior en los dependientes para actividades básicas (18,8% frente a 9%) ( $p = 0,008$ ). La puntuación media en la EBSF fue superior en los ancianos con IP ( $8,6 \pm 3,8$  frente a  $4,9 \pm 3,3$ ) ( $p = 0,001$ ). Mediante regresión logística, el consumo de psicofármacos (OR: 6,3) y una puntuación superior al percentil 50 en la EBSF (OR: 5,9) se asociaron de forma independiente con la presencia de IP.

**Conclusiones.** Presenta IP una quinta parte de los ancianos, siendo lo más frecuente la dificultad para iniciar o mantener el sueño. El IP/INO guarda una estrecha relación con el grado de satisfacción vital y de bienestar social de los ancianos.

## VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDA EN EL ANCIANO: COMPARACIÓN ENTRE TEST DE TINETTI Y EVALUACIÓN CRONOMETRADA DE LA ESTACIÓN UNIPODAL

N. Gras Triga, G. Grau Fibla, S. Trasmonte Conde, J. Cabrera Rodríguez y M. Mon Carol

CS Pino Montano A. Sevilla. Andalucía.  
Correo electrónico: jaimegonzalez@seorl.net

**Objetivos.** Comparar test de Tinetti y Evaluación cronometrada de la estación unipodal (ECEU) para determinar cual tiene mayor capacidad de predecir riesgo de caída en ancianos. Conocer utilidad de los test en consulta. Secundariamente describir cómo influyen los factores de riesgo en las caídas.

**Diseño y metodología:** Realizamos seguimiento con análisis de supervivencia y cálculo de probabilidades de los tests. Realizamos muestreo aleatorio simple corregido. Muestra = 88 pacientes. Universo = pacientes > 74 años. Telefonamos a los pacientes y los entrevistamos (preguntamos criterios de inclusión = factores de riesgo (FR) de caídas), después realizamos los test. Registrado en Base de Datos ACCESS 2000 y analizado por SPSS 11.5.1. Contactamos con los pacientes cada 3 meses. Análisis de FR: mediante estimación Kaplan Meyer usando Log Rank determinamos supervivencia para cada FR. Por Regresión de COX obtuvimos que FR actúa como predictor. Análisis de comparación de los test: calculamos Sensibilidad, Especificidad, VPP y VPN de ambos test (pto corte Tinetti = 14). Test Tinetti lo convertimos en escala de 3 categorías según riesgo. Construimos 3 modelos de regresión explorando cada test separado y conjuntamente.

**Resultados.** Mediana de seguimiento = 181 días. Ocurrieron 12 caídas en 100 días. Probabilidad de supervivencia = 84,79%. La edad > 80 e Indoor son predictores estadísticamente significativos. ECEU es muy sensible pero poco específica al contrario que Tinetti

**Conclusiones.** Los test no son suficientes por separado para predecir la caída, pero sí usados consecutivamente. La división en 3 categorías de Tinetti es eficaz, más que 1 punto de corte, y aumenta unido a ECEU.

## FACTORES PREDICTORES DE DETERIORO COGNITIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

I. Muñoz de Iriondo, A. Pinilla Carrasco, M. Conde Llorente, L. Escalante García, M. Salinero Fort y R. Rodríguez Barrientos

Unidad de Formación e Investigación Atención Primaria Área 4. Madrid. Madrid.  
Correo electrónico: masalinero@hotmail.com

**Objetivo.** Validar un modelo clínico predictivo de deterioro cognitivo en pacientes ancianos atendidos en Atención Primaria, utilizando como criterio de referencia el test Minimal de 35 ítems (MEC35).

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito.** 2 consultas de medicina general de un Centro de Salud urbano docente.

**Sujetos.** Pacientes ancianos seleccionados aleatoriamente de los que acudieron a consulta de dos cupos de medicina general, durante el período enero-marzo de 2004 (n: 104).

**Variables.** Edad, sexo, diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA), dislipemia, MEC35, parámetros analíticos.

**Resultados.** Prevalencia de deterioro cognitivo: 7,7% (n: 8). Mujeres 58,7%, HTA 60,6%, DM 33,7%, Dislipemia 40,4%. Valores medios (DE): Edad 74,1(5,8), Hb 13,9 (1,3), HbA1c 7,17 (1), Colesterol 206,6 (35,6), MEC35 30 (3,6). Análisis de regresión logística: variable dependiente: deterioro cognitivo (MEC35: < 25); Finalidad predictiva; Método: Backward LR. Significación global del modelo: p: 0,04. Los pacientes con un riesgo  $\geq$  10% de desarrollar deterioro cognitivo son clasificados por el modelo como tales. Sensibilidad 75%. Especificidad 76%.

**Modelo final:** HTA: OR 4,92; IC95%: 0,56-42,8; p: 0,15. Dislipemia: OR 0,22; IC95%: 0,02-1,93; p: 0,17. Edad: OR 1,08; IC95%: 0,97-1,22; p: 0,17

**Conclusiones.** La HTA eleva 4,9 veces la probabilidad de padecer deterioro cognitivo, ajustado por edad y dislipemia. El incremento de edad se asocia con deterioro cognitivo, y por ello se ha recomendado realizar el MEC35 a partir de 75 años. Nuestro estudio aporta que la HTA puede utilizarse como un criterio complementario a edades previas. Dado el pequeño número de casos detectado, las variables del modelo final no

alcanzan significación estadística, que no invalida un modelo predictivo, pero hace necesario confirmar los datos obtenidos con una muestra mayor.

## TESTS DE TINETTI, TIMED UP AND GO Y ESTACIÓN UNIPODAL. ¿DEBEMOS UTILIZARLOS EN ATENCIÓN PRIMARIA?

J. Montero Alia, M. Jiménez González, E. Zurilla Leonarte, M. Jiménez González, M. Rodríguez Álvarez y E. Valentin Moya

CS Mataró 7. CS Premià de Mar. CS Canet de Mar. CS Mataró 1. Institut Català de la Salut. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 31297jma@comb.es

**Objetivo.** Conocer la validez predictiva de los tests "Timed up and go", test de "estación unipodal" y "Tinetti" para predecir caídas en ancianos de atención primaria.

**Tipo de estudio:** Cohortes prospectivo multicéntrico.

**Material y métodos:** Sujetos: > 65 años no institucionalizadas con capacidad de deambular. Se recogieron los resultados obtenidos en los tests de Tinetti, Timed up and go y estación unipodal. Seguimiento cuatrimestral y telefónico durante 12 meses sobre la incidencia de caídas. Marzo'03-Feb'04.

**Resultados.** N: 567 ancianos. Edad media: 74,7. Incidencia caídas a los 14 meses (sujetos en distintas fases de seguimiento): 21,5%. La media obtenida en el test Timed up and go es de 9,14 s en los sujetos sin caídas versus 12,43 s los que sí las han sufrido (p < 0,01). La media en el Tinetti es de 23,46 en los que han sufrido caídas y de 26,36 los que no (p < 0,01). El test unipodal fue capaz de realizarlo con los ojos abiertos el 68,4% y con los ojos cerrados un 15,7%. Se cayeron el 15,8% de las personas que eran capaces de hacerlo con los ojos abiertos versus un 31,8% de los que no eran capaces (p < 0,001). De los que se han caído (74), el 94,6% no podía realizar el test con los ojos cerrados, versus un 5,4% de los que sí podían (p < 0,01).

**Conclusiones.** Son 3 tests que presentan clara relación con las caídas en gente mayor. El "Unipodal" y el "Timed up" por su sencillez y rapidez de aplicación deberían ser incorporados en las actividades preventivas de esta población.

## DETERIORO COGNITIVO LEVE. PRUEBAS DE CRIBADO EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Fuentes Pérez, L. Belmonte Calderon, A. Vandellos Belmonte, P. Monteagudo Caba, M. Muñoz de Escalona Padial y E. Castell Friguls

CAP Maragall. ABS Camp de l'Arpa. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: mafuentes.pbcn@ics.scs.es

El test de Pfeiffer (TP), validado en nuestro ámbito, detecta el deterioro cognitivo (DC), aunque su realización requiere tiempo. Planteamos, en particular para cribar el deterioro cognitivo leve (DCL) un "test mínimo" (TM): repetición al minuto de 3 palabras: "pelota, bandera, árbol".

**Objetivos.** Conocer 1) prevalencia del deterioro cognitivo leve (DCL) y asociación con factores de riesgo, 2) concordancia y capacidad predictiva del TM, 3) capacidad predictiva preguntas individuales TP.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito.** Centro Salud urbano.

**Sujetos.** Muestra consecutiva pacientes > 64 años que consultan por cualquier causa. Cálculo muestra N = 160 (precisión 5%, nivel confianza 95%, proporción esperada deterioro cognitivo 10%). Exclusiones: deterioro cognitivo previo o cognición explorada último semestre.

**Mediciones.** Administración TP y TM. Variables sociodemográficas y clínicas (HTA, diabetes, depresión, polifarmacia). Chi-cuadrado = comparación variables cualitativas. Cálculo valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN). Concordancia = índice kappa.

**Resultados.** Media edad: 76,6 años, 57,5% mujeres. HTA = 73,1%, diabetes = 22,5%, depresión = 20,6%, polifarmacia = 71,8%. Prevalencia deterioro cognitivo (TP): 9,3% (IC 95% = 4,8%-13,8%), la mayoría DCL. VPN del TM-punto corte: 1-2 palabras recordadas = 95,3%. Kappa TP y TM 0,31 (p < 0,001). Las preguntas del TP con mayores VPP y VPN son "¿presidente actual?" (81,8%) y "¿qué fecha es hoy?" (97,5%) > 75 años y un menor nivel de estudios se asocian al DCL.

**Conclusiones.** 1) Elevada prevalencia de deterioro cognitivo, sobre todo DCL en pacientes no valorados previamente. En dichos pacientes se debe realizar confirmación y seguimiento. 2) Utilidad para excluir DC del

TM, dada su rápida aplicación, aunque debería validarse. Utilidad de la pregunta: "¿qué fecha es hoy?" (no validada) para excluir DCL. 3) Priorizar en > 75 años el cribado.

## Sesión 8

9.30-11.30 h - Sala Cazorla

### MESA 8

## Nuevas herramientas de gestión

### ADAPTACIÓN DE LAS NORMAS ISO 9001:2000 EN LOS SERVICIOS DE RADIODIAGNÓSTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

*M. González Bermúdez y M. Soler i Vila*

CS Maria Bernadas. Viladecans. CS Gavà. Gavà. Cataluña.  
Correo electrónico: 26892mgb@comb.es

**Objetivo.** Trabajar en la nueva metodología de gestión de la calidad: ISO 9001:2000, con la finalidad de desarrollar un proyecto de Certificación ISO – IQNet de los servicios de radiodiagnóstico (SDPI) de atención primaria.

**Material y método.** Trabajo de investigación prospectivo: del 2000 al 2003, realizado en servicios de radiología de atención primaria con el siguiente plan de trabajo: 1) Diseño del mapa de procesos del SDPI: metodología IDEFO, 2) Elaboración del Manual de Calidad, el Manual de Procedimientos y Diagramas de flujos de los procesos claves, 3) Formación en la metodología ISO y en la realización de auditorías internas a las personas de los SDPI, 4) Creación de grupos multidisciplinarios. Identificación del responsable de proceso y del registro de la documentación y auditorías, 5) Control de no conformidades para mejora continua

**Resultados.** Al aplicar este sistema de gestión se consiguió racionalizar las listas de espera del SDPI, reduciéndolas en un 75% (de > 21 a 7 días en las exploraciones por vía normal y de > 10 a 3 días en las preferentes). Se aplicó el modelo de "gestión por competencias" a los trabajadores de los SDPI, consiguiéndose una mayor implicación para que fueran las personas la base del éxito.

**Conclusiones.** a) Las ISO son el primer escalón para implantar un sistema de gestión de la calidad. b) La certificación ISO nos permite tener Centros Sanitario y/o Servicios ACREDITADOS. c) La metodología IDEFO facilita la formación: el trabajo en equipo, conocer los procesos claves del SDPI y como mejorarlos.

### IMPLANTACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

*X. Ras Luna y C. Mendez Martínez*

Servicio Andaluz de Salud. Sevilla. Andalucía.  
Correo electrónico: javier.ras.sspa@juntadeandalucia.es

**Objetivo.** La Gestión por procesos asistenciales constituye una herramienta básica de trabajo, para garantizar la calidad de las prestaciones en el Sistema Sanitario Público (SSP). Su desarrollo se realiza de manera coordinada entre la Atención Primaria y Especializada. Describimos la experiencia de la implantación de Procesos Asistenciales Integrados (PAI) en nuestra Comunidad Autónoma, durante 2003.

**Descripción.** Para la implantación de los PAI se ha potenciado el desarrollo de una estructura organizativa que garantice la coordinación interniveles: Comisiones Directivas y Grupos de Desarrollo Local de Procesos (GPD). Adaptación local de los procesos asistenciales con análisis de situación previo (Anexos II), desarrollo y difusión de arquitectura nivel 4, adaptación de los sistemas de información clínica y de gestión, basados en la Historia y Auditorías Clínicas. Inclusión en sistemas de incentivos; Plan de formación con contenidos vinculados a los PAI. Plan de Comunicación específico.

**Conclusiones.** En el conjunto de las 55 Áreas Hospitalaria y Sanitarias del SSP, durante 2003 se constituyeron 55 Comisiones Directivas (CD), 514 GPD. En ellos participan profesionales de diferentes niveles y perfiles, implicados en su adaptación y desarrollo local. La media de PAI por CD, fue de 9 (desviación: +/- 2,3), los PAI que han sido implantados con mayor frecuencia son: Diabetes 44/55; (cobertura poblacional 2,5%); Embazo 43/55; (85% recién nacidos); y HBP/Cáncer de Próstata 38/55. (2% hombres mayores de 40 años). Se han desarrollado 27 Planes de Formación y Comunicación en Áreas Hospitalarias y Sanitarias.

### APLICACIÓN DEL MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

*P. Moreno González, J. Maderuelo Fernández, C. Rodríguez Martín, C. Ballesteros Río, M. Morán Corredera y M. Alonso González*

CS La Alamedilla. Unidad Docente MFyC Salamanca. Salamanca. Castilla y León.  
Correo electrónico: jmaderuelo@gapsa06.sacyl.es

**Objetivo.** Evaluar un equipo de atención primaria docente mediante el Modelo EFQM (European Foundation for Quality Management).

**Metodología.** Utilizamos un cuestionario del modelo EFQM adaptado para equipos de atención primaria (EAP) por Socalemfyc, Semergen Castilla-León y Sacyl, que incluye 159 preguntas que abarcan los 9 criterios del EFQM. La evaluación la realizó un equipo de 6 personas (coordinadora, responsable de enfermería, de calidad, 2 enfermeras y una médica de familia). Previamente 2 miembros del EAP participaron en un curso para evaluadores EFQM, el resto recibió 4 sesiones de 1,5 horas. Cada miembro del grupo evaluador realizó un análisis individual seguido de una puesta en común para discutir y aclarar el sentido de cada aportación. Posteriormente se comunicó a todo el EAP los resultados y se solicitó su participación, mediante cuestionario tipo Delphi, para priorizar las áreas a intervenir utilizando los criterios: extensión, vulnerabilidad, gravedad y factibilidad.

**Resultados.** Se identificaron 97 puntos fuertes y 121 áreas de mejora, priorizándose 21 que se agruparon en 4 líneas de actuación: Dinámica de equipo, recepción de usuarios, gestión de consulta y gestión de sustituciones. Se han creado 5 grupos que inician ciclos de mejora destacando en el análisis de causas que un 65% de las mismas, dependen de la organización interna y de los profesionales.

**Conclusiones.** El modelo EFQM es útil para la mejora de los EAP, aunque no pueden ser aplicadas determinadas áreas dada la limitada autonomía de gestión de ellos. Los problemas identificados tienen un predominio de causas solucionables por el equipo.

### MODELO MULTINIVEL EXPLICATIVO DE LA UTILIZACIÓN DE LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA A PARTIR DE LOS FACTORES DEL PROFESIONAL Y LA ORGANIZACIÓN (FIS 00/1046)

*T. Martínez-Cañavate, J. Bellón Saameño, A. Delgado Sánchez, J. Luna del Castillo, L. López Fernández y P. Lardelli Claret*

CS El Palo. Málaga. Unidad Docente de MFyC de Granada. Departamentos de Estadística y Medicina Preventiva de la Universidad de Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. Andalucía.  
Correo electrónico: tmcanavate@samfyc.es

**Objetivos.** Analizar los factores del médico y la organización que intervienen en la utilización de las consultas de atención primaria.

**Diseño.** Multicéntrico, observacional, prospectivo de un año de seguimiento.

**Ámbito y sujetos de estudio.** Muestra polietápica de 38 centros de salud (CS) y 333 médicos de familia.

**Instrumentalización.** Cuestionarios a los médicos y Directores de los CS. Explotación de las bases de datos de pacientes, historias clínicas informatizadas y registros de farmacia centralizados.

**Determinaciones.** Utilización de la consulta médica (Variable dependiente). Variables del médico, la organización de la consulta y la meso-organización como variables independientes.

**Resultados.** El análisis de la regresión múltiple multinivel consiguió explicar el 63% de la variabilidad de la utilización, el 60% se atribuyó al médico y el 40% al centro de salud. Las variables del médico que se incluyeron en la ecuación de forma significativa fueron la demanda inducida por el médico, el número de diabéticos e hipertensos diagnosticados, recibir a

los visitantes médicos, mayor consumo de VINEs, la percepción de tensión médico-enfermera y de fracaso del equipo, el tamaño del cupo y los > 64 años del cupo. Las variables del CS que se incluyeron en la ecuación fueron la frecuentación media, la demanda inducida media, la media de < 64 años y el cansancio emocional medio.

**Conclusiones:** Una importante variabilidad de la utilización de las consultas de atención primaria se debe a factores modificables del médico y la organización. La intervención sobre estos factores podría reducir de forma substancial la presión asistencial.

#### MODIFICACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN EN EL ÁREA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TRAS LA INTRODUCCIÓN DE UN FORMULARIO PROPUESTO POR UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

I. Sáenz Hernández, A. Oliva Vicedo, J. da Pena Álvarez, M. Galán Díez, J. Sellarès Sallars y R. Monteserín Nadal

EAP Sardenya. Hospital Dos de Maig. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: isaenz@eapsardenya.net

**Objetivos:** Analizar la prescripción de analgésicos, AINE y gastroprotectores llevada a cabo en el área de urgencias de un hospital antes y después de la introducción de un formulario de selección de medicamentos propuesto y diseñado por los facultativos de un Equipo de Atención Primaria (E.A.P.).

**Diseño y metodología.** Estudio de intervención casi experimental, tipo antes-después. La intervención consistió en la introducción, el 1 de mayo de 2002, de un formulario de selección de medicamentos e indicaciones de gastroprotección propuesto y diseñado por el E.A.P., para el tratamiento de pacientes atendidos por patología osteoarticular en el área de urgencias del hospital. Se analizó la prescripción de 20 facultativos del área de urgencias del hospital que atendieron un total de 697 casos de pacientes adscritos al E.A.P. durante los períodos mayo-diciembre 2001 (374 casos) y mayo-diciembre 2002 (323 casos).

**Resultados:** En 2001 se prescribió analgesia no aine en 54 casos (14,44%). En 2002 se prescribió analgesia no aine en 72 casos (22,29%).  $P = 0,007$ . En 2001 se prescribió inhibidor de la COX-2 en 29 casos (7,75%). En 2002 no se prescribió ninguno (0%). En 2001 se prescribió gastroprotección en 75 casos (20,1%) y durante el 2002 en 32 casos (9,91%).  $P = 0,002$ .

**Conclusiones:** Se constata una modificación en la prescripción tras la introducción del formulario de selección de medicamentos e indicaciones de gastroprotección.

## LIBRES

#### LA DIFERENCIACIÓN ENTRE CONTINGENCIA COMÚN Y CONTINGENCIA LABORAL. UN ASPECTO CLAVE PARA LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

A. Jover Blanca, N. Gutiérrez Jiménez, D. Gosálbez García, J. Martínez Roldán, R. Saladich Puig y B. Fernández Fernández

EAP Vinyets. Institut Català de la Salut. Sant Boi de Llobregat. Barcelona. Cataluña.

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

**Justificación.** La atención primaria controla muchos procesos de incapacidad temporal (IT) y estos generan un elevado costo. Debemos tomar desde la atención primaria las medidas que estén a nuestro alcance para contribuir a una correcta gestión de la IT.

**Objetiva** Revisar IT tributarias de ser contingencia laboral que eran asumidas como contingencia común y retornar el paciente a su Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

**Ámbito de actuación.** EAP urbano que atiende a 21000 habitantes.

**Material y métodos.** Análisis de expedientes de IT de dos consultas durante 2 meses. Exclusión de pacientes que son claramente Contingencia Común. Análisis de los restantes diagnósticos y ver si se relacionan con enfermedades profesionales (Real Decreto 1995/1978 de 12 de Mayo). Se utilizaron los protocolos de vigilancia específica de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Contacto con el paciente para evaluar la posible relación con el trabajo desempeñado. Se emitió un informe detallado a su Mutua Laboral.

**Resultados.** 2.039 y 2.100 pacientes asignados. 40 y 45 expedientes de IT respectivamente. El 11,76% de las IT fueron remitidos de nuevo a las respectivas MATEPSS que asumieron el control y tratamiento del 100% de los pacientes remitidos.

**Conclusiones.** El sistema público de salud asume un porcentaje de la IT que debería ser asumidos por la mutuas laborales. Los equipos de Atención Primaria deben tener las herramientas necesarias para poder llevar a cabo un buen control de la IT.

#### PROGRAMA DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: UNA NUEVA PROPUESTA DESDE SEMFYC

M. Marzo Castillejo, J. Mascort Roca, P. Basora Gallisa, A. López Santiago, P. Alonso Coello y R. Rotaache del Campo

semFYC. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: mmarzo@ics.scs.es

**Objetiva** Describir el programa de Guías Práctica Clínica (GPC) semFYC.

**Descripción.** Durante los últimos años semFYC, junto con otras sociedades científicas y el Centro Cochrane Iberoamericano (CCIB), ha participado en la elaboración de GPC. La experiencia ha sido positiva y enriquecedora y la calidad de las GPC evaluada dentro del contexto de España ha sido de muy alta. A partir de esta experiencia semFYC quiere dar continuidad al proyecto y tener un mayor protagonismo. Actualmente en el ámbito internacional son muchos los médicos de familia que lideran o están involucrados en programas de GPC. El proyecto de GPC de semFYC quiere priorizar los temas de mayor interés para Atención Primaria (AP), garantizar un óptimo soporte metodológico a los diferentes grupos de trabajo, buscar alianzas con otros productores de GPC nacionales e internacionales, difundir los materiales elaborados y garantizar la viabilidad económica del proyecto. semFYC es un marco ideal para desarrollar un programa de GPC propio y crear las alianzas necesarias a nivel de España con la red temática de Medicina Basada en la Evidencia (REDEGUIAS) y con GIN (Guidelines International Network), así como con todas las entidades e instituciones que integran estas dos organizaciones.

**Conclusiones.** A lo largo de los años semFYC ha desarrollado una estructura interna y de gestión que le sitúa en una posición favorable de liderazgo en propuestas como la que quiere ser este proyecto de GPC. Como ocurre en otros países, la AP debe ser protagonista en la elaboración de sus GPC en el ámbito nacional.

#### CLASIFICANDO LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES: LA INICIATIVA GRADE

M. Marzo Castillejo, P. Alonso Coello, R. Rotaache del Campo y A. Etxeberria Aguirre

semFYC. Centro Cochrane Iberoamericano. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: mmarzo@ics.scs.es

**Objetiva** Describir la experiencia GRADE (Grading Recommendations Assessment, Development Evaluation) para clasificar la calidad de la evidencia y el grado de recomendación.

**Descripción.** Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son solo tan buenas como las evidencias y juicios en las que están basadas. Los juicios hechos con un método explícito y sistemático puede prevenir errores, facilitar una valoración crítica de este juicio y mejorar la comunicación de la información. Desafortunadamente existen varios métodos (Oxford Center EBM, SIGN, USPSTF, etc.), por lo que una misma evidencia puede clasificarse como II-2, B, C+.

GRADE es un grupo de trabajo internacional representado por las principales instituciones que elaboran GPC y en el que estamos participando como representantes de la red temática de MBE. Su objetivo es desarrollar una clasificación alternativa que sea simple y que incluya consideraciones claras y separadas de la calidad metodológica de la evidencia y el balance entre beneficios y riesgos. Esta propuesta tiene en cuenta el diseño del estudio, la calidad del estudio, la consistencia y direccionalidad al juzgar la calidad de evidencia para cada variable de resultado de interés en cada estudio y entre los diferentes estudios disponibles. A lo hora de llevar a cabo las recomendaciones se tienen en cuenta de manera explícita el balance entre beneficio y riesgo, la calidad de la evidencia, la aplicabilidad y el riesgo basal

**Conclusiones.** La iniciativa GRADE podría ser una alternativa que permita estructurar y explicitar los juicios necesarios a la hora de elaborar recomendaciones para las GPC.

#### GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: PROYECTO COMPARTIDO ENTRE SEMFYC, SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y CENTRO COCHRANE IBEROAMERICANO

*P. Alonso Coello, M. Marzo Castillejo, J. Mascort Roca, X. Bonfill Cosp, J. Piqué Badia y J. Ferrándiz Santos*

semFYC. Centro Cochrane Iberoamericano. Aeg. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: mmarzo@ics.scs.es

**Objetiva.** Describir el proceso del proyecto Guías Práctica Clínica (GPC) con responsabilidad compartida entre diversas instituciones bajo el paradigma de la medicina basada en la evidencia

**Descripción.** Las GPC ayudan a asimilar, evaluar e implantar la evidencia científica disponible y las opiniones basadas en la mejor práctica clínica. Este proyecto responde a la iniciativa de la Asociación Española Gastroenterología, semFYC y Centro Cochrane Iberoamericano (CCIB). Cada GPC fue elaborada por un Grupo de Trabajo específico, médicos de familia y especialistas, con el apoyo metodológico del CCIB. Las guías han sido objeto de revisión y crítica externa. Los temas son: enfermedad por reflujo gastroesofágico, rectorragia, dispepsia y prevención cáncer colorrectal. Se han respetado los criterios del instrumento AGREE que son estándares europeos para la elaboración y evaluación de GPC. Estas GPC además de cumplir la mayor exigencia metodológica disponible en nuestro país buscan aunar los esfuerzos de las sociedades científicas de cara al abordaje compartido entre niveles asistenciales de problemas clínicos relevantes en atención primaria. La difusión se ha extendido a un colectivo de 18.000 profesionales y se pueden consultar en formato electrónico. Recientemente con la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia y el CCIB se ha elaborado una GPC sobre menopausia y posmenopausia.

**Conclusiones.** Las GPC disponibles hasta el momento constituyen una experiencia importante de elaboración de GPC en nuestro país. Son GPC de elevada calidad y el reflejo de un trabajo riguroso y explícito con el objetivo de mejorar la práctica clínica.

#### CONOCIMIENTO Y UTILIDADES DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS. PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

*B. Oliván Blázquez, C. Coscollar Santaliestra, R. Magallón Botaya, P. Vela Condón y A. Monreal Híjar*

Unidad de Investigación en Atención Primaria. CS Arrabal. Unidad Docente MFyC Zaragoza. Zaragoza. Aragón.  
Correo electrónico: bolivan.iaes@aragob.es

**Objetivos.** a) Valorar el grado de conocimiento de los médicos de atención primaria (MAP) sobre las fuentes de información en Internet. b) Conocer el uso que hacen los profesionales de estas fuentes y analizar causas y estrategias de mejora.

**Diseño/metodología:** Encuesta cuantitativa a MAP de un medio urbano. **Hipótesis:** El uso de herramientas de información vía Internet es muy escaso. **VARIABLES DE ESTUDIO:** personales, profesionales, acceso a Internet, conocimiento y utilización de recursos médicos on-line, motivos para su no-utilización...

**Resultados.** 103 (26,14%) encuestas contestadas. Edad media: 50 años (rango 39-64); 48 varones, 47 mujeres. 1) 86% tienen acceso a Internet en domicilio; 14% en centro de salud. 86,95% utilizan Internet para conseguir información profesional. 2) Webs y recursos más utilizados: buscadores generales (81,2% usan Google), páginas de Sociedades Científicas (semFYC 23%) y página Fistera (43,75%). 3) Bases de datos más utilizadas: Medline (70%), Biblioteca Cochrane (48,75%), Webs de Guías de Práctica clínica (18,75%). 4. El 63,33% usan texto libre para búsquedas. El 38,33% utilizan Tesauro, un 33,33% límites y un 13,3% filtros metodológicos. 5. Principales motivos para no utilizar Internet: falta de tiempo y hábito, desconocimiento del manejo y problemas con el idioma.

**Conclusiones.** 1) Importante porcentaje de MAP que hacen uso profesional de Internet. 2) Elevado uso de buscadores generales. 3) Acceso todavía limitado a bases de datos y recursos médicos. 4) Desconocimiento de metodología de consulta de bases y recursos médicos. 5) El desconocimiento, la falta de tiempo y especialmente el idioma son los mayores obstáculos. Se proponen estrategias de mejora.

## Sesión 9

12.00-14.00 h - Sala Mojácar

### MESA 1

## Pacientes difíciles, médicos difíciles, encuentros difíciles

#### FACTORES ASOCIADOS A LA UTILIZACIÓN DE LAS CONSULTAS MÉDICAS Y DE ENFERMERÍA ENTRE LOS HIPERFRECUENTADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA

*A. Rodríguez Bayón, J. Bellón Saameño, J. Rodríguez Ortega, B. Arnalich Jiménez, B. Martínez Lechuga y F. Moreno Osuna*

CS San José. Linares. Jaén. Andalucía.  
Correo electrónico: arobayon@saludalia.com

**Objetiva.** Conocer los factores asociados a la utilización de las consultas médicas y de enfermería entre los hiperfrecuentadores (HF) de atención primaria.

**Diseño.** Estudio observacional y transversal.

**Ámbito y sujetos de estudio.** Centro de Salud mixto. Muestreo aleatorio simple de 261 HF > 14 años (HF: durante el año anterior superó el doble del número medio del total de visitas, según su estrato de edad y sexo). Se consiguió entrevistar a 228 HF, que no fueron diferentes a los no entrevistados.

**Determinaciones.** Las variables dependientes fueron los lg visitas médicas, de enfermería y totales y las variables independientes fueron: socio-demográficas, de interfase usuario-proveedor, morbilidad (CIAP) y psicosociales (apoyo social Duke, función familiar FES, ansiedad STAI, hipocondría IBQ y depresión Beck). Se revisaron las historias clínicas informatizadas y se realizaron encuestas domiciliarias.

**Resultados.** La Regresión Lineal múltiple explicó el 63% de la variabilidad de la utilización total, estando determinada por la edad, ansiedad, diabetes, ser mujer, peor salud subjetiva, <apoyo social y >satisfacción con su médico. La utilización de la consulta médica se explicó en un 49% por variables parecidas a la utilización total; la utilización de enfermería se explicó en un 41% por la hipertensión-diabetes, <estudios, >hipocondría, <derivaciones al especialista y >nº de problemas crónicos.

**Conclusiones.** Existen diferencias de los factores asociados a la utilización de las consultas médicas y de enfermería entre los HF. El control de la enfermedad crónica y de la ansiedad-hipocondría se presentan como posibles factores susceptibles de intervención para reducir la HF.

#### EL PACIENTE SIN CITA. CAUSAS IDENTIFICADAS

*M. López Lax, J. Antón Botella, I. Hidalgo García, A. Gambín Cano, I. Sánchez Fuentes y S. Úsuga Perilla*

CS de Santomera. Santomera. Murcia.  
Correo electrónico: med013207@saludalia.com

**Objetiva.** Conocer las causas por las que los pacientes acuden sin cita según los usuarios y el personal del EAP.

**Diseño.** Investigación cualitativa. Grupos focales. Lluvia de ideas.

**Emplazamiento.** El estudio se ha realizado entre 2001 y 2003. ABS semirural: 11.416 habitantes.

**Participantes.** Usuarios (23) de 3 grupos focales. Personal del EAP: (5) de administración, (8) enfermería, (7) médicos de 3 grupos de lluvia de ideas. **Mediaciones.** Las técnicas utilizadas son el grupo focal y la lluvia de ideas. Se realiza el estudio de las transcripciones de las sesiones mediante: análisis de contenido y clasificación de la información en categorías temáticas.

**Resultados.** Identificamos 5 categorías temáticas de causas: I.- Servicio de información /cita previa, II.- Organización del trabajo, III.- Estructura, IV.- Médicos V.- Usuarios. Las causas identificadas comunes para usuarios, administrativos, enfermería y médicos fueron: 1) No cogen el teléfono

no. II) No está claro el circuito de acceso. III) no existen IV) Complacencia y V) Seguridad de ser atendido; Coincidencia con el horario laboral/escolar, evitar absentismo. Además los usuarios dan importancia a las ausencias y a los errores en el servicio de información, en cambio, los sanitarios a los agentes externos (póliticos, medios de comunicación).

**Conclusiones.** Usuarios, administrativos, enfermeros y médicos identifican causas comunes origen de la demanda de asistencia sin cita. Hay también algunos aspectos que son valorados de manera distinta por profesionales y usuarios. Para la identificación de causas relacionadas con el funcionamiento de la cita es necesario obtener la información de los usuarios y de los profesionales encargados de la misma.

### REALMENTE, ¿SON TAN DIFERENTES NUESTROS PACIENTES DIFÍCILES?

*J. Escalante Isar, N. Quesada Couceiro, E. Pérez Cano, M. Ponce de León Roxa, O. Otero Bermejo e I. Ratiá López*

ABS Martí i Julià. Cornellà de Llobregat. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: nquesada.cp@ics.scs.es

**Objetiva.** Comparar perfiles de pacientes difíciles (PD) y no difíciles (PND) y grado de satisfacción respecto a la atención recibida.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Emplazamiento.** ABS urbana con 25.454 pacientes.

**Sujetos.** Pacientes atendidos durante un mes, con criterios de PD según Ellis (provoca nudo en el estómago al ver su nombre en el listado). Para cada PD seleccionamos otro apareado por edad y sexo.

**Material y métodos.** Se recogen variables: edad; sexo; estado civil; situación laboral; patología; visitas, derivaciones y pruebas en últimos 6 meses y polimedición. Telefónicamente se realiza Encuesta de Satisfacción de Usuarios en Atención Primaria (Bretones Alcaraz et al) y preguntas sobre percepciones-emociones del paciente en la última visita.

**Resultados.** 39 PD y 39 PND. 97,4% PD y 79,5% PND presentaban patología asociada ( $p < 0,05$ ). Osteoarticular crónica: 84,6% PD vs 46,2% PND ( $p < 0,001$ ); Patología mental 41% PD vs 17,9% PND ( $p < 0,05$ ). Polimedición PD (69,2% vs 38,5%) con  $p < 0,05$ . Media de número de visitas 9,77 PD vs 5,97 PND ( $p < 0,05$ ) y pruebas complementarias: 2,4 PD vs 1,72 PND ( $p < 0,05$ ). En la encuesta destaca: 35,9% PD vs 19,5% PND creen que su médico debería ser más amable y 59% PD vs 89,5% PND piensan que al médico le interesa su opinión ( $p < 0,05$ ). Los PD están significativamente menos aliviados, contentos y relajados sintiéndose más preocupados, abandonados e incomprendidos que los PND.

**Conclusiones.** Los PD tienen más patología (osteoarticular crónica y mental), consumen más recursos sanitarios. Aunque la mayoría de PD se muestran satisfechos, creemos necesaria una relación más empática.

### MICRODUELOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

*J. Cobo de la Cruz*

CS Eloy Gonzalo. Madrid. Madrid.  
Correo electrónico: aalcaide10@hotmail.com

**Objetivos.** Definir las características y diferencias entre microduelo, duelo normal y duelo patológico. Facilitar la identificación, diagnóstico y abordaje psicoterapéutico del microduelo, como cualquier tipo de frustración con pérdida de algún aspecto del self, microreacciones depresivas y amenazas al estado de identidad (L. Grinberg, 1978; R. Speziola-Bagliacca, 2002).

**Metodología.** Estudio abierto, retrospectivo, longitudinal y comparativo en un grupo de 46 pacientes: microduelo (21), duelo normal (10) y duelo patológico (15), basado en entrevistas con escucha empática: 2-3 semanales con los pacientes en microduelo y una mensual en el resto, de acuerdo con un protocolo de terapia abierta al flash (Tizón, 1996).

**Resultados.** 90,5% (19/21) pacientes en microduelo se ha presentado en consulta con un trastorno somatomórfico. 9,5%, por depresión/ansiedad. Su sintomatología está limitada a un estado depresivo, angustia y a las consecuencias de una culpa persecutoria. La somatización en el 95% de los casos es consecuencia de un duelo no elaborable (Sami-Al, 1987) e impide iniciar su reparación; en el 5%, la negación del duelo obstaculiza su resolución. En el 95% de los casos, el microduelo ha sido elaborado y resuelto.

**Conclusiones.** Los pacientes en microduelo desconocen la causa subyacente a su malestar psicofísico. La escucha empática y la aclaración interpre-

tativa permiten la reparación de las partes perdidas del self. La recomposición y estructuración del mundo interior permite una prevención primaria y secundaria de gran importancia en un contexto biopsicosocial tras la toma de conciencia (insight).

## LIBRES

### VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE PERCEPCIÓN DEL PACIENTE DE LA INTERACCIÓN COMUNICATIVA EN LA CONSULTA (EPICC)

*E. Gavilán Moral, R. Ruiz Moral, E. Pérez Rodríguez, J. Parras Rejano y L. Pérua de Torres*

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Córdoba. Andalucía  
Correo electrónico: egavilan@wanadoo.es

**Objetiva.** Crear un instrumento válido que evalúe la percepción que tiene el paciente de la comunicación mantenida en la consulta, ya que no existe en nuestro país.

**Diseño y metodología.** Estudio cuantitativo de validez de contenido (análisis Varimax) y fiabilidad (alfa de Cronbach) del cuestionario EPICC-1. Estudio cualitativo de validez de apariencia y contenido del EPICC-2, con metodología tipo Delphi y la participación de 10 expertos en comunicación clínica. Adaptación del cuestionario EPICC-1, de 10 ítems y validado en consulta especializada, a Atención Primaria y al modelo centrado en el paciente. Evaluación cualitativa del cuestionario resultante, modificando ítems y aportando sugerencias de redacción. Reelaboración del cuestionario incluyendo las propuestas de cambio.

**Resultados.** Para el EPICC-1 se identificaron 3 componentes: comunicación y colaboración, satisfacción con la información y abordaje biopsicosocial, que presentaron una fiabilidad de 0,70, 0,69 y 0,68, respectivamente. La fiabilidad global del cuestionario fue de 0,80. El EPICC-2 valora los mismos componentes que el anterior, suprimiendo 2, adaptando 2 y añadiendo 6 ítems. Tras la evaluación de los expertos, se modificaron 3 ítems. La evaluación es de tipo Likert de 4 grados sin tendencia central.

**Conclusiones.** Se obtienen dos cuestionarios para valorar la percepción del paciente de la consulta clínica: el EPICC-1, válido y fiable para su uso en Atención Especializada, y el EPICC-2, con validez aparente y de consenso suficiente para ser utilizado en Atención Primaria y que debe ser objeto de posteriores estudios psicométricos.

*Elaborado con ayuda de investigación, Conserjería de Salud, Junta Andalucía (expediente 64/01).*

### PERCEPCIÓN DE DIABÉTICOS DE COMUNICACIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE Y CIFRAS DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA

*M. García Tirado, J. Torio Durantez, A. Ruiz García, P. Cachinero Perales y V. Vega Galindo*

Unidad Docente de Jaén. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén. Andalucía  
Correo electrónico: albertochia@supercable.es

**Objetivos.** Relacionar el control de hemoglobina glicosilada (HbA1c) con la percepción del diabético de una comunicación médica centrada en la persona (PCCP).

**Diseño.** Transversal

**Emplazamiento.** 5 unidades de atención familiar (UAF) con una relación médico-paciente entre 8-15 años.

**Población y mediciones.** Del total de 548 diabéticos tipo 2, se seleccionaron 103 mediante muestreo sistemático (20 casos por UAF). La percepción de proceso y resultados de comunicación se midió con una escala validada de 13 ítems que incluía tres componentes: exploración de experiencia malestar-enfermedad, comprensión del contexto personal, y acuerdo de decisiones. La medición sanguínea de HbA1c se hizo tras la entrevista. Se realizó análisis de regresión logística, ajustándose el coeficiente-Beta por UAF y otras potenciales variables confundentes.

**Resultados.** El análisis multivariante, ajustado por UAF, tipo de tratamiento, edad y dificultad en AVD, mostró que la HbA1c  $< 6,5\%$  era 6 veces más frecuente entre diabéticos con mayor puntuación de PCCP ( $> Q1$ ) respecto a los de menor puntuación (Beta ajustado 1,79; EE:1,01;  $p < 0,07$ ). El análisis factorial de la escala PCP mostró cuatro componentes que explicaban el 76% de la varianza: percepción de resultados, de proceso/tareas, es-

cucha activa y acuerdos. Analizados estos cuatro componentes, simultáneamente con regresión logística, solo el primero y el último se asoció a presentar HbA1c < 6,5% (coeficientes beta: 1,27 y 1,56; p = 0,20 y 0,22).

**Conclusiones.** Percibir una comunicación médico-paciente centrada en la persona se relaciona con buen control de HbA1c y, particularmente, percibir resultados de comunicación y acuerdos, aunque la significación estadística parece limitada por el tamaño muestral

#### VALORAR LA UTILIDAD DE LA INSTAURACIÓN DE TÉCNICAS DE RELAJACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Gómez García, M. Martínez Leduga, F. Moreno Osuna, M. Arnalich Jiménez, y J. Guzmán Rentero

CS San José. Linares. Jaén. Andalucía.  
Correo electrónico: mabemar1@hotmail.com

**Objetivos.** Evaluar la efectividad de instaurar técnicas de relajación en mujeres de 30 a 50 años con trastornos de ansiedad generalizados.

**Diseño.** Estudio longitudinal analítico experimental.

**Emplazamiento.** Atención Primaria.

**Sujetos.** 60 mujeres de 30 a 50 años, seleccionadas aleatoriamente de una zona de salud urbana, que en cuestionario NPH realizado en 2003, mostraron niveles de ansiedad elevados.

**Mediciones.** Encuesta de salud autoadministrada, que recoge escala para ansiedad de Hamilton y SF-36 Health Survey, consumo de tabaco, actividad física, variables sociodemográficas y laborales.

**Resultados.** La edad media es 42,1 (EE: 0,5); el 65% son casadas. Un 43,3% tiene dos hijos. El 38,3% realizó estudios primarios, un 36,7% secundarios y un 15% universitarios. Un 58,3% trabaja fuera del hogar, un 30% son amas de casa. El 51,7% no fuma, el 55% realiza ejercicio. Para el 56,7% en la primera fase del estudio (pretécnicas) su salud es igual ahora que hace un año, mejorando para un 21,7% y empeorando para un 18,3%. En la segunda fase (postécnicas) un 43,3% refieren mejor salud, un 45% igual y un 11,7% peor. La media en escala de Hamilton en primera fase es 27,03. En la segunda, 17,58 (p < 0,05). La peor salud percibida se relaciona con mayor edad, y menor nivel de estudios. En todos los ítems de la escala de Hamilton, obtienen peores resultados las amas de casa. (p < 0,05).

**Conclusiones.** Las técnicas de relajación en atención primaria en mujeres con niveles de ansiedad elevados son útiles al disminuir dichos niveles y aumentar los niveles de salud percibida y salud comparada.

gica entre 2000-2002. Muestreo aleatorio simple (n = 50) para valorar accesibilidad y realizar encuesta de satisfacción.

**Criterios.** Registro de datos, remisión de material insuficiente, concordancia diagnóstica, elección de técnica y afectación de bordes en escisión fusiforme y punch. Con estos cinco criterios se crean cuatro categorías de muy buena a mala calidad, puntuando dichos criterios de manera ponderada. También se miden días de espera y satisfacción con el resultado y con tiempo de espera.

**Resultados.** El 46,3% cumplen todos los criterios con un 60,1% de buena o muy buena calidad, 22,8% de calidad moderada y el 17% mala calidad. Material remitido insuficiente en el 1,72%. Fallos en el registro 11%. Uso de técnica incorrecta 26,6%. Tiempo de espera 48 días (IC 34-62). Satisfacción con el tiempo de espera en el 80% (IC 65-95) de los pacientes y del resultado en el 76% (IC 61-93). Consideran la cirugía menor adecuada en AP el 83% (IC 69-97).

**Conclusiones.** Mejorar la sensibilidad diagnóstica de nevos respecto a pólipos, queratosis y verrugas aumentaría la buena calidad un 6,5% y bajaría la mala calidad al 10%. Incrementaríamos la buena calidad un 13% mejorando la concordancia diagnóstica entre pólipos, queratosis y verrugas y un 2,2% si realizamos correctamente la escisión-fusiforme. Mejorar el registro aumentaría la muy buena calidad un 2,2% y el uso de la técnica correcta en intervenciones con diagnóstico acertado un 9,5%. Aceptable accesibilidad y satisfacción general.

#### SE ADAPTA NUESTRA POBLACIÓN A LOS CRITERIOS DEL 7º JNC?

M. Boira, J. de Magriña, Y. Ortega, F. Martín, S. Onrubia y M. Baldrich

SAP Reus-Altebrat. ICS. Reus. Cataluña.  
Correo electrónico: yortega.tarte.ics@gencat.net

**Objetivo.** Evaluar el impacto de las recomendaciones del 7º informe del Joint National Committee (7º JNC) en la clasificación y estratificación del riesgo de los sujetos atendidos en nuestro ámbito.

**Diseño, sujetos y ámbito.** Estudio observacional, transversal y multicéntrico (4 centros) en atención primaria.

**Material y métodos.** Muestreo sistemático de sujetos de 35-74 años atendidos en 2003, diagnosticados de hipertensos o normotensos con presiones arteriales (PA) sistólicas y diastólicas < 140/90 mmHg. Se informan: edad, sexo, tabaquismo y factores de riesgo, PAS y PAD, Glicemia, perfil lipídico y cálculo del RCV según la ecuación de Framingham.

**Resultados.** Se analizan 754 individuos con edad media de 59,94 ± 19,8 años (55,4% mujeres), 41 (5,4%) fumadores, 216 (28,7%) diabéticos, 264 (35%) dislipémicos y 222 (30%) obesos. Estratificando según PA, 308 sujetos (40,8%) presentaban cifras <120/80, 135 (17,9%) entre 120-129/80-84, 142 (18,8%) entre 130-139/85-89 y 169 hipertensos (22,3%) con buen control. Comparando estos cuatro grupos se evidencian diferencias en la prevalencia de tabaquismo (7,7% vs. 4,4% vs. 6,3% vs. 1,8% p < 0,04), diabetes (22% vs. 23% vs. 32,3% vs. 41,3%; p < 0,001) y nivel de colesterol (195,3 ± 36,2mg/dl vs. 204,3 ± 43,9 vs. 211,9 ± 36,4 vs. 207,7 ± 42,2; p = 0,002). El riesgo cardiovascular aumenta directamente con las cifras de PA (5,3 + 6,9 vs. 6,4 + 6,9 vs. 8,5 + 7,6 vs. 10,1 + 8,3, respectivamente con p < 0,001).

**Conclusiones.** La prevalencia de prehipertensos es elevada en nuestro medio. Éstos sujetos presentan rasgos fenotípicos intermedios entre normotensos y hipertensos. Aplicar los criterios del 7º JNC supondría etiquetar como enfermos individuos que hasta el momento estaban en categorías de normalidad y medicalizar un subgrupo de población con bajo riesgo cardiovascular.

#### INFORMACIÓN SANITARIA E INTERNET: UNA HERRAMIENTA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

F. Martínez García, C. Sola Cardenete y A. Mediavilla Agustí

CS Alpes. CS Aquitania. Área IV. IMSALUD. Madrid. Madrid.  
Correo electrónico: fmgrv@yahoo.es

**Objetivos.** Conocer el uso que hacen de Internet sobre temas de Salud los usuarios de la Sanidad Pública, así como el estudio de sus hábitos de búsqueda.

**Diseño y metodología.** A los usuarios de un cupo asistencial que acudieron a la consulta médica se les preguntó si eran usuarios de Internet (UI), y de ser así, si buscaban o habían buscado información sobre temas de Salud (IS) en la Red en alguna ocasión. A los que contestaron afirmativa-

## Sesión 10

12.00-14.00 h - Sala Cazorla

### MESA 4

Los cambios en la práctica clínica:  
reflexiones sobre cómo mejorar la  
asistencia a los pacientes

#### EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CALIDAD DE LA CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD ¿QUÉ Y CUÁNTO PODEMOS MEJORAR?

R. Molinero Pinilla, A. Parra Osés, P. Palacio Cuenca, E. Orbara Soret, R. Osés Primo y L. Arrue Izaguirre

CS Rochapea. Servicio Navarro De Salud. Pamplona. Navarra.  
Correo electrónico: aparraos@cfnavarra.es

**Objetivos.** Analizar la calidad técnica, accesibilidad, satisfacción del usuario. Detectar oportunidades de mejora.

**Material y métodos.** Diseño: Estudio descriptivo, retrospectivo, cruzado e interno de todas las lesiones intervenidas y remitidas a anatomía patoló-

mente se les ofreció participar en una encuesta, confidencial y anónima, acerca de sus hábitos de búsqueda.

**Resultados.** De un total de 969 consultas sucesivas, el 33% eran UI; y, de estos, el 43% buscaban o habían buscado en alguna ocasión IS. Los motivos de búsqueda de IS fueron muy variados. Entre los usuarios que buscaron IS, no hubo diferencias significativas entre aquellos portadores de una enfermedad grave o crónica y los que no tenían esta condición. El principal sistema de búsqueda fue a través del uso de buscadores, principalmente el Google, (76,7%). El 83% de los encuestados se mostró favorable a recibir asesoramiento por parte de su médico acerca de recursos sobre IS.

**Conclusiones.** En general, los usuarios buscan una IS complementaria a la proporcionada por su médico. El incremento del número de UI, el uso acerca de búsqueda de IS, y la predisposición favorable a recibir cierto asesoramiento sobre recursos en la Red, debe hacernos pensar que Internet puede convertirse en una herramienta importante para la Promoción de la Salud.

## INFORMACIÓN PARA PACIENTES

*E. Peguero Rodríguez, L. Alonso Vallés, R. Badia Casas, E. Zarza Carretero, M. García Duran y J. Monedero Boado*

CAP Maragall. CAP Larrard. CAP Manso. CAP La Florida. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: evapeguero@scmfic.org

**Objetivos.** Mejorar la información que los profesionales sanitarios damos a los pacientes en las consultas de Atención Primaria reforzándola con folletos informativos de rigor científico y dirigidos a pacientes.

**Descripción.** Creamos un comité editorial multidisciplinar formado por personal sanitario de atención primaria y una periodista, todos con formación y/o interés en el tema. El comité trabajó la estructura, metodología de funcionamiento del proyecto y contenidos del mismo e inició el redactado los algunos folletos. Los grupos de trabajo de la sociedad científica de referencia participan como autores en la mayoría de los folletos que siempre son revisados en contenido y estilo por el comité editorial. Contamos con 22 folletos publicados y 20 en fases preliminares. De cada folleto se distribuyen copias a los socios de la sociedad científica y se ponen a disposición en la Web de la sociedad recibiendo gran número de visitas a dicha sección. Se reciben sugerencias y comentarios de los socios que ayudan a mejorar.

**Folletos publicados.** Hipertensión, asma, túnel carpiano, cistitis, fotoprotección, enfermedad por reflujo gastroesofágico, estreñimiento, gastroenteritis, insomnio, relación padres-hijos en la adolescencia, consejos al viajero, resfriado común, accidente vascular cerebral, colesterol, lumbalgia, ejercicio físico, fibromialgia, diarrea, colesterol, accidente vascular cerebral, cuidarse para cuidar, serenidad, hemorroides, anorexia y bulimia.

**Conclusiones.** El proyecto está teniendo gran aceptación entre los profesionales de atención primaria y muchas visitas en la Web de la sociedad científica, pretendemos evaluarlo además de continuar produciendo material que nos ayuda en la información a nuestros pacientes.

## CIRUGÍA EXPERIMENTAL "IN VIVO": UNA PROPUESTA EFECTIVA DE FORMACIÓN EN HABILIDADES DE CIRUGÍA MENOR PARA MÉDICOS DE FAMILIA

*F. Caballero Martínez, O. Gómez Martín, O. Caballero Díaz y E. Roó Rodríguez*

Unidad Docente de Medicina Familiar. Área 6 Madrid. Madrid.  
Correo electrónico: fcaballero@papps.org

**Objetivo.** Evaluar el impacto en la práctica quirúrgica del médico de familia (MF) de un programa formativo de cirugía experimental "in vivo".

**Diseño.** Estudio cuasi-experimental antes-después de la intervención formativa.

**Ámbito.** Aulario y quirófanos de un Hospital Clínico Veterinario. Sujetos: 100 MF voluntarios de 42 centros de salud de una Comunidad Autónoma.

**Intervención.** Taller presencial de 5 horas lectivas con dos módulos consecutivos: 1) video-revisión y ensayo simulado de técnicas básicas -2 horas- y 2) intervenciones supervisadas sobre heridas cutáneas -3 horas- en condiciones regladas de cirugía experimental (cerdo mini-pig bajo anes-

tesia general). Se realizan: técnicas de limpieza de heridas, hemostasia, anestesia loco-regional, desbridamiento de Friedrich, disección subcutánea, colocación de drenajes, sutura y grapado cutáneo.

**Mediciones.** Encuesta anónima sobre técnicas quirúrgicas practicadas en consulta antes y 3 meses después del programa.

**Resultados.** Todos los participantes consideran haber mejorado bastante o mucho su habilidad y seguridad quirúrgicas. El cambio declarado fue (antes vs. después): reparación de heridas limpias 82% vs. 100%, heridas contaminadas 74% vs. 100%, Friedrich 54% vs. 82%, disección subcutánea 54% vs. 90%, colocación de drenajes 60% vs. 90%, sutura de colchero vertical 60% vs. 98%; cierre por planos con puntos invertidos 40% vs. 88%, grapado cutáneo 44% vs. 92%.

**Conclusiones.** El impacto autovalorado del entrenamiento quirúrgico "in vivo" resulta superior al publicado sobre otras propuestas formativas tradicionales (talleres de simulación) para ampliar a corto plazo la práctica quirúrgica real del MF. Resulta aconsejable una evaluación económica comparativa con otras fórmulas efectivas de capacitación quirúrgica (rotaciones).

## PROYECTO SALVAVIDAS

*F. Parrilla Ruiz, D. Vargas Ortega, G. Cano Navarro, J. Gómez González, D. Cárdenas Cruz y M. Díaz Castellanos*

Hospital de Poniente. El Ejido. Almería. Andalucía.

Correo electrónico: gacanava@hotmail.com

**Objetivos.** Describir el proceso de puesta en marcha y resultados iniciales del primer plan de formación a gran escala en soporte vital básico (SVB), denominado Proyecto SALVA-VIDAS, dirigido a la población general.

**Metodología.** Dicho proyecto se ha materializado, gracias a un convenio firmado entre un hospital comarcal y la mayor parte de los ayuntamientos de su área de referencia. En cada uno de los ayuntamientos se realiza un curso con una periodicidad semanal. 30 alumnos por curso. Cada curso consta de una charla teórica y 3 talleres prácticos (SVB adulto, SVB pediátrico y Obstrucción de la vía aérea).

**Resultados.** Enero-Junio 2003. Población que cubrimos: 170.394 habitantes. 6 municipios. Se realizaron 73 cursos, con un total de 1493 alumnos. Media de asistencia de 20,5 alumnos/cursos. Distribución por edades: 13-20 años: 360 alumnos, 20-30: 420, 30-40: 405, 40-50: 199, 50-60: 76, 60-70: 21, >70: 6. Distribución por nivel de estudios: 53% estudios elementales, 28% bachiller, 19% universitarios. Los resultados de la evaluación continua: A (excelente): 10,5%, B (bien): 61%, C (aceptable): 23,5%, D (error leve): 0,5%, E (no apto): 1,5%.

**Conclusiones.** 1. Este sistema parece una vía posible para diseminar los conocimientos en SVB entre la población general. 2. Alta tasa de participación. 3. Formados un 1% de la población general en 6 meses. 4. La población que asiste es joven (30,6 años), de predominio mujer, amas de casas y con niveles de estudio elementales o medios. 5. El programa se desarrolla según las previsiones.

## NECESIDADES DE INFORMACIÓN DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SU PRÁCTICA CLÍNICA

*A. González González, J. Sánchez Mateos, T. Sanz Cuesta, T. Hernández Fernández y P.G. Doménech Senra*

Áreas Sanitarias 1, 3, 8, 9 y 10 de Madrid. Departamento de Ciencias

Sociosanitarias de la Universidad de Alcalá de Henares. Madrid.

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

**Objetivo.** Determinar las necesidades de información de los médicos de AP de cinco Áreas Sanitarias de Madrid, mediante la descripción de la frecuencia y tipo de preguntas clínicas, patrón de búsqueda y nivel de resolución de éstas.

**Diseño y metodología.** Se seleccionaron aleatoriamente 112 médicos de las Áreas 1, 3, 8, 9 y 10 de Madrid. Se observaron mediante cámara de vídeo cuatro horas de consulta demanda de cada médico, durante las cuales éste expuso las preguntas clínicas que le surgieron. Se indagó a las dos semanas sobre la resolución de las preguntas no contestadas durante la consulta. Tres médicos investigadores clasificaron el tema y tipo de cada pregunta mediante la taxonomía de Ely.

**Resultados.** Los médicos participantes fueron 90 médicos de familia y 22 pediatras. El total de pacientes grabados fue de 3511. El 17,35% generó al médico alguna duda clínica. El total de preguntas (n = 635) por cada

10 pacientes fue de 1,8. La clasificación de preguntas según temas más frecuentes fue: 10,2% farmacología y 9,4% proceso diagnóstico para el médico de familia; 19,0% infecciosas y 11,4% dermatología para el pediatra. El tipo de pregunta más frecuente fue sobre la causa/interpretación de un síntoma (44,2% del total de preguntas del médico de familia y 21,7% del pediatra). El 37,0% de las dudas no se buscaron. De las buscadas (n = 154) se resolvió el 83,8%, principalmente a través del vademécum (35,7%) y libros de texto (16,9%).

**Conclusiones.** El número de preguntas planteadas y el porcentaje que se intenta resolver fue bajo y menor que en otros estudios.

## CONSISTENCIA DE UN MÉTODO DE FORMULACIÓN DE PROBLEMAS

A. Darias Acosta, L. Travería Becker, T. Delis Cueto, N. García Marín, M. Castillo Padrós y J. Vázquez Díaz

Unidad de Medicina de Familia y Comunitaria. La Laguna. Tenerife. Islas Canarias  
Correo electrónico: medicinadefamilia@huc.es

**Hipótesis.** La formulación de problemas adquiere consistencia cuando se produce bajo el marco de una valoración estandarizada y una dinámica de trabajo en equipo.

**Objetiva.** Valorar la consistencia de un indicador de resultado, cuantitativo (nº de problemas), obtenido mediante un proceso de valoración integral de pacientes realizado por una unidad interdisciplinaria de medicina de familia.

**Ámbito.** Área de salud y hospital de tercer nivel.

**Pacientes.** Pacientes que ingresan por ACV.

**Composición Equipo.** 1mf coordinador, 3 mf, 1 residente, 1 enfermera, 5 trabajadores sociales (TS).

**Período.** 2001-2003.

**Mediciones.** Morbilidad, comorbilidad, funciones, riesgos, red familiar, nº problemas, tiempo de estancia.

**Análisis.** Medianas, bivariado mediante el X<sup>2</sup>, correlaciones (tau-b de Kendall) y regresión de cox para asociación con el tiempo de estancia.

**Resultados.** Equipo en 3 años: 1 mf coordinador, 7 mf, 27 residentes, 1 enfermera, 7 TS. Pacientes, n = 113; mediana estancia = 23 días (14-37), mediana problemas = 10 (8-12). Asociación entre estancia prolongada y edad (p = 0,01), hemiplejía (p = 0,004), I. comorbilidad > 3 (p = 0,01), I. Katz > A (p = 0,02), confinamiento (p = 0,02), riesgo escaras (p = 0,02), problemas sociales (p = 0,01), sobrecarga cuidador (0,04) y nº de problemas (p = 0,005). Todas, salvo la edad se correlacionan con el nº de problemas. En el análisis de regresión de cox sólo nº de problemas y edad aparecen asociados de un modo independiente a mayor estancia.

**Conclusión.** Se confirma la hipótesis de que un proceso de trabajo orientado por problemas, a pesar del cambio en los sujetos que lo producen, mantiene su consistencia con el paso del tiempo cuando se somete a unos métodos de trabajo organizados.

## VALORES ÉTICOS PREDOMINANTES ENTRE LOS TRABAJADORES DE LA SANIDAD PÚBLICA

E. Peguero Rodríguez, C. Pujol Ribó, J. Jiménez Villa y J. Lozano Aguilar

Institut Català de la Salut. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: evapeguero@scmfic.org

**Objetivos.** Conocer la opinión de los trabajadores de la sanidad sobre el papel de la ética de las organizaciones. Identificar qué valores consideran importantes en su trabajo.

**Diseño y metodología.** 1. Técnicas cualitativas (12 entrevistas en profundidad y 2 grupos focales) con profesionales seleccionados de distintos perfiles y ámbitos. Guión: idea general sobre la ética, percepción sobre los problemas éticos y parte propositiva sobre los valores que consideran esenciales. 2. A partir del análisis de la primera etapa, se elaboró un cuestionario con una lista de 16 valores que se envió a 1579 trabajadores mediante un muestreo estratificado proporcional según el perfil profesional y ámbito, solicitando ponderaran su importancia en una escala de 6 puntos. Además preguntas abiertas dirigidas a conocer su opinión sobre la pertinencia de la ética, situaciones que plantean conflictos éticos y identificar los valores principales.

**Resultados generales.** Valores reclamados de manera más consistente: responsabilidad, respeto, confidencialidad, calidad, integridad, coordinación. No se observaron diferencias relevantes en la ponderación de la im-

portancia de los valores ni en la identificación de los más importantes en función del perfil profesional o el ámbito de trabajo. Porcentaje de respuestas al cuestionario: 80,6%.

**Conclusiones.** Los trabajadores de la sanidad pública consideran que los aspectos éticos son importantes y que se plantean conflictos éticos de diversa índole con frecuencia; ponen de manifiesto falta de información y formación en este ámbito. Un código ético que sirva de marco de referencia de la organización puede ayudar.

## Sesión 11

16.00-18.00 h - Sala Mojácar

## LIBRES

### CUMPLIMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN MEDIO RURAL: RELACIÓN CON LA FUNCIÓN FAMILIAR

A. Pérez Milena, L. Viedma Feligrenas, C. Fernández Pérez, E. Clavero Muñoz, J. Martínez Fernández y J. Milena Jiménez

CAP de Jimena. Jaén. Andalucía.  
Correo electrónico: alejandropm@supercable.es

**Objetivos.** Conocer la importancia de la mala adherencia al tratamiento crónico antihipertensivo en medio rural y su relación con factores familiares.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Pacientes y método.** Muestreo aleatorio sistemático de pacientes hipertensos de tres zonas rurales, recogiendo edad, sexo, riesgo cardiovascular (RCV), fármacos y cifras de TA; se entrega el cuestionario de Morinsky-Green y el test de Apgar-familiar.

**Resultados.** Se estudian 104 pacientes (20% del total de hipertensos), con media de edad 66 años ( $\pm$  EEM 3,6) y 72% mujeres. Un 35% de ellos puntuó negativamente en el test de Morinsky-Green (intervalo de confianza al 95% [22%; 51%]), sin diferencias de edad ni sexo. El número de fármacos diferentes y de comprimidos/día no influye en el cumplimiento. Los antihipertensivos más empleados son: IECA 36%, diuréticos 20%, antagonistas del calcio 20%, betabloqueantes 7%, alfabloqueantes 4%; sólo los ARAII (13%) se asocia con mejor cumplimiento (p < 0,01, test chi2). Los pacientes con alto RCV cumplen mejor el tratamiento (p < 0,05, t Student). Los pacientes mal cumplidores tienen mayor porcentaje de disfunción familiar (43% vs. 12%; p < 0,001, test chi2) y presentan medias de TA superiores (TA sistólica 140,7  $\pm$  2,9 vs. 130,8  $\pm$  3,5; p < 0,05 t Student) (TA diastólica 88,4  $\pm$  2,1 vs. 76,7  $\pm$  1,7; p < 0,001, t Student). La TA diastólica se asocia positivamente a la puntuación obtenida en el test de Morinsky-Green (r = 0,59, p < 0,05, correlación de Pearson).

**Conclusión.** Es importante indagar el cumplimiento farmacológico en hipertensos, sobre todo en hipertensos con RCV bajo y con TA mal controlada. Conocer e intervenir en el entorno familiar del hipertenso puede mejorar la adherencia al tratamiento.

### EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO

M. Gallego García, A. Menero Pesudo, J. Martínez Piquer, T. Such Andrés, R. Lara Ibáñez y T. Fernández Rodríguez

CS de Vila-Real. Vila-Real. Castellón. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: mgallego9@hotmail.com

**Objetiva.** Un aspecto importante, y quizá un poco olvidado, en los enfermos diabéticos, es la exploración de los pies. Nuestro objetivo es realizar una exploración exhaustiva del pie a todo paciente diabético independiente de los años de evolución de su diabetes y del tipo, para la detección de complicaciones y ver su evolución.

**Descripción.** Se diseña un protocolo para la exploración del pie diabético, que se introduce en la historia del paciente para que tanto los médicos como el equipo de enfermería sigan la misma sistemática para evaluar a es-

tos enfermos. Es un diseño propio de nuestro centro de salud y del que no existía hasta entonces ninguno similar. Esta exploración la puede realizar tanto enfermería como el equipo médico en sus consultas programadas. Se ubica un lugar para guardar el material: oscilómetro, monofilamento y diapasón a disposición de quien lo necesite tras comunicarlo en una reunión de equipo a todo el personal sanitario. Se realizará una exploración en el momento del diagnóstico y después anualmente coincidiendo con el control periódico de analítica, ECG y fondo de ojo, en el caso de que no existan complicaciones. En los enfermos con alguna complicación o más factores de riesgo se decidirá de forma individual la perioricidad.

**Conclusión.** Gracias a unas técnicas fáciles de realizar y a unos medios baratos y accesibles podemos detectar complicaciones microvasculares y neurológicas de esta enfermedad tan prevalente.

### PREVALENCIA Y SIGNIFICADO DE LA INSUFICIENCIA RENAL EN UNA MUESTRA DE 2.517 PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

A. Riesgo García, S. Tranche Iparraguirre, M. Prieto, E. Hevia, M. Gorostidi y R. Marín

CS El Cristo. CS Vallobín. CS Cabañaquinta. Hospital de Jarrio. Hospital Central De Asturias. Oviedo. Asturias.  
Correo electrónico: albarie@terra.es

**Objetivos.** Clasificar la función renal en pacientes con hipertensión arterial, determinar la prevalencia de insuficiencia renal (filtrado glomerular (FG) <60 ml/min) y evaluar su significado.

**Métodos.** Estudio descriptivo y transversal realizado entre enero y septiembre de 2003 en 7 Centros de Salud.

**Población.** Pacientes con HTA esencial tratados. Se registraron 56 variables. El FG se calculó mediante la ecuación de Levey.

**Resultados.** 2.517 pacientes, 61,3% mujeres, edad media: 69,1 ± 12 años. Clasificación según la función renal: 1.371 (58,2%) FG de 60 a 89 ml/min; 831 (35,3%) FG de 30 a 59 ml/min; 13 (0,6%) FG de 15 a 29 ml/min y 4 (0,2%) FG menor de 15 ml/min. prevalencia de insuficiencia renal fue 36,1%. Por edad, la prevalencia fue 7,1% en menores de 60 años; 28,7% entre los 60 y 69 años y 50,7% en los mayores de 70 años. Los pacientes con insuficiencia renal fueron mayores (75 ± 9 vs. 65,7 ± 12 años, p < 0,001) y presentaron una prevalencia más elevada de hipertrofia VI (14,8 vs. 11%, p = 0,01), microalbuminuria (17,1 vs. 7,6%, p < 0,001), cardiopatía isquémica (17,3 vs. 9,9%, p < 0,001), Ictus (11 vs. 7,6%, p = 0,005), insuficiencia cardíaca (10,7 vs. 2,8%, p < 0,001) y arteriopatía periférica (5,6 vs. 3,7%, p = 0,03).

**Conclusiones.** Casi 4 de cada 10 hipertensos tienen insuficiencia renal y a partir de la séptima década de la vida afecta a 1 de cada 2. Los hipertensos con insuficiencia renal presentaron un perfil de mayor riesgo y repercusión orgánica. La correcta valoración de la función renal debe constituir un objetivo prioritario en la evaluación del paciente hipertenso.

### CONSUMO DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO EN LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

J. Torres Baile, M. Gil de Gómez Barragán, J. Cañada Millán, J. Balda Soria, J. del Hoyo Mateo y J. Olloqui Mundet

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Logroño. La Rioja.  
Correo electrónico: jggomez@apr.seris.es

**Objetiva.** Describir el consumo de ácido acetilsalicílico (AAS) en los pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en atención primaria y valorar su adecuación con las recomendaciones tipo A de la ADA.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Metodología.** Se analiza la información recogida de las historias clínicas de una muestra aleatoria de 299 diabéticos tipo 2 extraída del total de diabéticos registrados en 4 centros de atención primaria hasta el 2002. Se utilizó la hoja de recogida de datos modificada del GEDAPS con información sobre edad, sexo, años de evolución de la diabetes, tipo de tratamiento, antecedentes cardiovasculares (CV) y factores de riesgo cardiovascular (FR): hipertensión arterial, dislipemia y tabaquismo.

**Resultados.** Edad media 68,96 años (DE: 11,23; amplitud de 41 a 94 años), el 51,5% eran varones. El 26,9% de los pacientes tenía antecedentes CV. Presentaban hipertensión arterial el 88,7%, cLDL > 100 mg/dl el 71,5%; cHDL < 40 mg/dl el 15,8% y eran fumadores el 15,4%. Consumían AAS el 26,0% de los pacientes. Entre los que tenían antecedentes CV

(prevención secundaria), tomaban AAS el 57,3%. Entre los que tenían FR pero no antecedentes CV (prevención primaria), tomaban AAS el 14,9%. **Conclusiones.** El consumo de AAS en los pacientes diabéticos tipo 2 es bajo tanto en prevención primaria como en secundaria. Sólo uno de cada 7 diabéticos con algún factor de riesgo cardiovascular toma AAS. Actualmente este consumo no se ajusta a las recomendaciones de la ADA.

### INFLUENCIA DE LA PRESENCIA DE RETINOPATÍA DIABÉTICA SOBRE LA MORTALIDAD DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

R. Sánchez Vañó, C. Castro López, M. Martín Fernández, S. Ayyad, F. Castro Alonso y J. Gimeno Orna

Hospital Comarcal De Alcañiz. Alcañiz. Teruel. Aragón.  
Correo electrónico: rasanva@hotmail.com

**Objetiva.** Evaluar la contribución independiente de la retinopatía diabética a la mortalidad de pacientes con diabetes tipo 2.

**Diseño y metodología:** Estudio de cohortes prospectivo. Se incluyeron pacientes con diabetes tipo 2 y fondo de ojo visualizable. Como variable dependiente se evaluó la mortalidad total. La variable independiente principal fue la presencia o ausencia de retinopatía. Como variables de ajuste se consideraron edad y sexo, factores de riesgo clásicos (hipertensión arterial, tabaquismo, dislipemia y control glucémico), y presencia de otras complicaciones crónicas (nefropatía y macroangiopatía). Se utilizó como método estadístico regresión de Cox univariante y multivariante.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 458 pacientes (181 hombres, 277 mujeres), con un seguimiento medio de 5 años (DE 1,6). La edad media fue de 65 años (DE 9,3) y el tiempo de evolución 10,6 años (DE 7,6). Murieron 21 de 287 pacientes sin retinopatía y 27 de 171 con retinopatía (p = 0,0044). En el análisis univariante la HR de retinopatía fue de 2,24 (IC 95% 1,26 – 3,96; p = 0,0057). Tras inclusión de edad, sexo y factores de riesgo clásicos la HR fue de 2,11 (IC 95% 1,14 – 3,90; p = 0,017). Con la inclusión adicional de presencia de otras complicaciones crónicas la HR descendió a 1,83 (IC 95% 0,93 – 3,60; p = 0,08).

**Conclusión.** La presencia de retinopatía diabética se asocia a un incremento de mortalidad en los pacientes con diabetes tipo 2. Sin embargo dicho incremento fue de significación límite tras ajuste para presencia de otras complicaciones crónicas.

### INTERVENIR EN DIABÉTICOS TIPO 2 SIN TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO PREVIO: ¿MICROALBUMINURIA O SOLO CIFRAS TENSIONALES?

A. Chacón García, J. Menarguez, Puche, R. Romero Pareja, M. Blanco Navarro, M. Torres De Castro y P. Alcántara Muñoz

CS Portazgo. CS Santa Mónica. Rivas. Madrid. CS Virgen de la Consolación. Molina de Segura. Murcia.  
Correo electrónico: anachg@universia.es

**Objetivos.** 1. Comparar la necesidad de intervenir sobre diabéticos tipo 2 sin tratamiento antihipertensivo, según criterios basados en cifras de tensión arterial (CTA) o microalbuminuria (MA). 2. Valorar la relación entre distintos factores de riesgo cardiovascular y MA.

**Diseño.** Descriptivo. Prospectivo.

**Metodología.** Se identificaron en tres EAPs (desde octubre-2003 hasta mayo-2004) 173 diabéticos sin tratamiento antihipertensivo previo. Se determinó índice de masa corporal (IMC), TA media, MA, perfil lipídico y proteína C reactiva. Se estimó qué pacientes eran subsidiarios de intervención (SI) por CTA-JNC VII ( $\geq 130/80$ ) y/o MA (dos de tres positivos en tres-seis meses). Se realizaron estudios descriptivos,  $\chi^2$  y T Student. **Resultados.** Se completó estudio en 103 casos. Entre estos, 57 pacientes (55,3%) cumplían criterios de intervención por CTA o MA persistente. En 54 (94,73% SI) se haría por CTA. 10 tenían MA persistente y de estos 3 (5,26% SI) tenían MA (+) sin cumplir criterios por CTA. Los pacientes con MA persistente tenían mayor edad e IMC de forma significativa (p < 0,05). El resto de variables no mostró diferencias según tuvieran o no MA. **Conclusiones.** 1. La prevalencia de MA persistente en el subgrupo de diabéticos de nuestro estudio, al valorar pacientes sin tratamiento antihipertensivo previo y confirmándola adecuadamente fue del 9,7%. 2. Según criterios CTA tendríamos que valorar tratamiento en más de la mitad (52,4%) de pacientes. 3. No se pudo descartar la necesidad de detectar MA en todos los casos. 4. Podría ser más útil la detección de MA en pacientes con mayor edad e IMC.

### FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL RITMO CIRCADIANO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

J. Garmendia Leizaola, M. Aguilar García, J. Andrés de Llano, J. López Messa, C. Alberola López y J. Ardura Fernández  
Laboratorio de Cronobiología. Facultad de Medicina. Valladolid. UCI Hospital Río Carrión. Palencia. CS Carrión de Los Condes. Palencia. Castilla y León  
Correo electrónico: jrgarmenl@tiscali.es

**Objetivos.** El objetivo de este trabajo es analizar la influencia de los factores de riesgo cardiovascular modificables sobre el ritmo circadiano del infarto agudo de miocardio.

**Métodos.** Análisis retrospectivo de 54.249 pacientes incluidos en la base de datos del proyecto ARIAM con diagnóstico de infarto agudo de miocardio. Se analizan las variables hora de inicio, edad, sexo, cardiopatía isquémica previa, estado al alta de la unidad coronaria, antecedente familiar de cardiopatía isquémica, accidente vascular cerebral previo, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes, tabaquismo y reinfarcto. El análisis de ritmo se ha efectuado utilizando un test simple de igualdad de series basado en el análisis cosinor de múltiples sinusoides, eligiendo tres armónicos (24-12-8 horas) para su ajuste.

**Resultados.** La hora de inicio del infarto muestra ritmo circadiano ( $p < 0,01$ ) con pico a las 10:07 a.m. y valle a las 4:46 a.m. Todos los subgrupos categorizados por la presencia de las variables analizadas presentaron ritmo circadiano, con una curva ajustada de aspecto sinusoidal. Los pacientes con diabetes, reinfarcto y tabaquismo muestran una curva sinusoidal de aspecto bimodal.

**Conclusiones.** El infarto agudo de miocardio presenta ritmo circadiano. La diabetes, el tabaquismo y el reinfarcto son capaces de modificar el ritmo habitual de aparición del infarto.

### EVOLUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES MICRO - MACROVASCULARES EN DIABÉTICOS TIPO 2 TRAS 10 AÑOS SE SEGUIMIENTO

M. Tarruella Plandolit, N. Piquer Farres, M. Pou Giménez, X. Martínez Gómez, X. Mundet Tuduri y J. Pérez Pérez  
CAP El Carmel. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: 35496nfp@comb.es

**Objetiva.** Describir la prevalencia e incidencia de complicaciones micro y macrovasculares en pacientes diabéticos tipo 2 seguidos durante 10 años y su posible relación con los FRCV.

**Diseño y metodología.** Estudio prospectivo de cohortes de base poblacional. Se seleccionaron 317 diabéticos tipo 2 atendidos en un EAP y se siguieron durante 10 años (1992-2002). Se registraron las complicaciones micro y macrovasculares. Se recogieron los FRCV a partir de los datos obtenidos en la historia clínica.

**Resultados.** El 60,9% de los diabéticos son varones, con una edad media de  $64,5 \pm 11,23$  años. La prevalencia de complicaciones microvasculares y macrovasculares en 1992 fue del 28,1% y 21,8% respectivamente. En 2002 fue del 45,3% y 20,4%. Durante los 10 años de seguimiento el 56,5% presentó alguna complicación microvascular, y el 39,4% macrovascular. En 1992 la presencia de complicaciones microvasculares se correlacionó con el mal control glicémico ( $HbA1c \geq 7,5\%$ , OR = 2,40, IC 95%: 1,31-4,40). El porcentaje de complicaciones microvasculares en 1997 y 2002 no fue significativo en relación al grado de control de la HbA1c. La prevalencia de complicaciones microvasculares se asoció con la presencia de HTA en 1997 (OR = 1,80, IC 95%: 1,05-3,12), y no en los otros dos cortes. La enfermedad macrovascular no se correlacionó de manera significativa con el control de los distintos FRCV en los diferentes cortes.

**Conclusiones.** 1. La prevalencia e incidencia de complicaciones microvasculares aumentó significativamente durante el estudio. 2. Las complicaciones macrovasculares se mantienen estables. 3. Las complicaciones microvasculares se asocian con el mal control glicémico y la HTA.

### INTRODUCCIÓN DE LA RETINOGRAFÍA DIGITAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

I. Fernández Fernández, E. Mayor Sánchez, C. Prieto Rodríguez, M. Cornejo Castillo, C. Gutiérrez García y J. García Rotllán  
Servicio Andaluz De Salud. Sevilla. Andalucía.  
Correo electrónico: beatpisa@hispanvista.com

**Objetiva.** Describir la introducción de la retinografía digital como herramienta para la detección precoz de retinopatía diabética, una de las líneas de acción del Plan Integral de Diabetes de Andalucía.

**Descripción.** Hemos comenzado en 2 provincias (Huelva y Sevilla), donde ya funcionan 11 retinógrafos no midriáticos. Se ubican en centros de

Atención Primaria (AP), coordinados con los servicios de oftalmología (SO) de los hospitales de referencia. Realizamos la toma de decisión para ubicación de los retinógrafos con base al tamaño de la población asignada, la dispersión geográfica, y criterios de accesibilidad de la población. Elección de población diana (Diabetes mellitus tipo 2) basada en criterios de susceptibilidad de introducción de mejoras en la atención sanitaria. Técnica (nº de fotos: 3 en cada ojo) y frecuencia de la exploración (cada 1-2 años) basada en la literatura científica. Diseño de plan de formación para la realización de la técnica (enfermeras) y para la lectura de las fotografías (médicos de familia). Desarrollo de una aplicación informática para el registro de datos y fotos, y para la comunicación telemática entre AP y SO. Realización de estudio piloto para validación de la técnica y toma de decisión sobre dilatación pupilar poblacional o selectiva.

**Conclusiones.** Presentamos los resultados del estudio piloto, el plan de formación para técnicos enfermeros y para médicos de familia, y el software de comunicación telemática, así como datos preliminares del impacto de la introducción de esta nueva tecnología en Atención primaria sobre el cuidado de las personas con Diabetes.

### PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN LA REGIÓN DE MURCIA

M. Sánchez Pinilla\*, L. González-Sicilia\*\*, M. Tormo Díaz \*\*, M. Rodríguez Barranco\*\*, J. Cerez o Valverde\*\* y C. Navarro Sánchez \*\*  
\*CS La Unión. \*\*Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.  
Correo electrónica: msanchezpi@ono.com

**Objetiva.** Conocer la prevalencia del síndrome metabólico (SM) por grupos de edad, sexo, alteración del metabolismo glucídico y grado de obesidad en la población adulta de la Región de Murcia, y los principales factores implicados en el desarrollo del mismo.

**Métodos.** Estudio poblacional transversal. Se seleccionaron 2.562 personas ( $\geq 20$  años) mediante muestreo aleatorio estratificado. Se administró un cuestionario por vía telefónica, se realizó una exploración física (antropometría y tensión arterial) y una extracción de sangre. Criterio de diagnóstico de SM: ATP III (2001).

**Resultados.** Tasa de respuesta del 82% para el cuestionario y del 61% para la extracción de sangre. La prevalencia del SM es del 18,6% (hombres: 18,5%, mujeres: 18,7%), oscilando, en las mujeres, desde el 3,7% en el grupo 20-29 años hasta el 41% para las de 60-69 años. En los hombres el porcentaje oscila del 1,3% al 33,3% para los mismos grupos de edad. El SM esta presente en el 66% de sujetos con glucemia basal alterada y en el 69% de los diabéticos, así como en el 17% de sobrepeso y el 47% de obesidad. Los principales factores de riesgo implicados en el SM son: la tensión arterial, la obesidad central y un HDL-colesterol bajo.

**Conclusiones.** El síndrome metabólico es muy común en nuestra población. Parece plausible, en ausencia de estudios de cohortes, la hipótesis de que la elevada prevalencia de diabetes y síndrome metabólico puede explicar una sustancial parte del exceso de incidencia y de mortalidad por enfermedad coronaria en Murcia.

## Sesión 12

16.00-18.00 h - Sala Cazorla

## LIBRES

### INFLUENCIA DE LA MASA MUSCULAR EN EL PRONÓSTICO DE LA EPOC. UTILIDAD DE LAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

E. Salcedo, M. Navarro, L. Sánchez, J. Soler, M. Martínez y P. Román  
Hospital General de Requena. Requena. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: megapoitier@ono.com

**Objetiva.** Determinar si en la EPOC estable, la deplección muscular (DM), evaluada mediante el área muscular del brazo (MAMA), es mejor predictor de mortalidad que índice de masa corporal (IMC).

**Diseño.** Estudio de supervivencia de una cohorte prospectiva con seguimiento durante 3 años.

**Ámbito de estudio.** Consultas externas de neumología de un hospital comarcal.

**Sujetos.** Pacientes con EPOC estable, controlados ambulatoriamente.

**Mediciones.** En cada paciente se determinaron los siguientes parámetros antropométricos: IMC, MAMA, masa libre de grasa (FFM) e índice de FFM (FFMi). Se consideró bajo peso corporal un IMC < p25 del valor de referencia. Los criterios de DM fueron: MAMA < p25 y FFMi < 16 kg/m<sup>2</sup>. También se recogió la edad, tabaquismo, comorbilidad, disnea, calidad de vida relacionada con la salud, número de hospitalizaciones en el año pre y postvaloración nutricional, espirometría, gasometría y tratamiento farmacológico inicial.

**Resultados.** Finalmente se incluyen 96 enfermos, todo hombres, con una edad media de de 69 ± 9 años y un FEV1 (%) de 43 ± 18%. En el estudio multivariado, sólo PaCO<sub>2</sub>, Hpost y MAMA < p25 se comportaron como factores pronósticos adversos independientes. La mortalidad por causa respiratoria a los 12, 24 y 36 meses en los casos con MAMA < p25, fue del 12,1%, 24,6% y 39,2%, respectivamente, frente al 5,9%, 7,9% y 13% de fallecimientos en el grupo de pacientes sin DM (p = 0,008).

**Conclusiones.** En pacientes con EPOC, la pérdida de masa predice mejor el riesgo de mortalidad que el bajo peso corporal. La DM puede ser estimada de forma indirecta mediante la determinación del área muscular del brazo, una medida antropométrica sencilla, rápida, económica y generalizable.

### TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA (IVC) Y CALIDAD DE VIDA

M. Palomino Medina, P. Tárrega López, A. Robayna Elvira, M. López Cara, M. Cerlán Oliver y J. Ocaña López

CS Cardenete. Zona 6. CS Casa de Juan Núñez. CS Hellin. CS Alcaraz.

Cardenete. Albacete. Castilla-La Mancha.

Correo electrónico: arobayna@telefonica.net

**Objetivo.** Comprobar mediante el cuestionario CIVIQ si el tratamiento de la IVC mejora la calidad de vida.

**Metodología.** 4.857 pacientes censados en la ZBS. Se selecciona de forma aleatoria estratificada una muestra de 477 pacientes en torno a tres grupos de riesgo: carpinteros, amas de casa y jubilados; son captados a través de visita en lugares de trabajo, contacto con líderes de grupos y divulgación informativa. El estudio se desarrolla durante 6 meses, mediante el protocolo dirigido DDTCV (Detección, diagnóstico, tratamiento y calidad de vida de la IVC).

**Resultados.** Se diagnostican 125 personas de IVC, confirmando mediante doppler y se realiza un seguimiento con tratamiento prescrito. La calidad de vida aumentó en todos los grupos de tratamiento, con un incremento mayor de la calidad de vida en el grupo de tratamiento combinado de medidas higiénico dietéticas y posturales y terapia flebotómica tópica y flebotómicos.

**Discusión.** En nuestro estudio se utiliza como instrumento de medida de la calidad de vida específica para la IVC el cuestionario CIVIQ. Laouis desarrolla y valida en Francia la primera escala de calidad de vida específica para la IVC. En España, el estudio DDTCV, 2002, confirmaba que el cuestionario CIVIQ era una excelente forma de medir la calidad de vida.

**Conclusiones.** La combinación de medidas higiénico dietéticas y posturales, más terapia flebotómica tópica, más flebotómico proporciona los mayores incrementos en la calidad de vida en el grupo de estudio. Se confirma que el test CIVIQ es una herramienta adecuada del tratamiento en pacientes con IVC.

### NUESTROS PACIENTES: ¿RECIBEN UNA CORRECTA EDUCACIÓN SOBRE LA TÉCNICA INHALATORIA?

R. Castro Jiménez y N. Pascual Martínez

CS Huerta de la Reina. Hospital Universitario Huerta de la Reina. Córdoba. Andalucía.

Correo electrónico: rafaelcastro@tiscali.es

**Objetivo.** Conocer la habilidad del personal sanitario, en el manejo de los inhaladores más usados, y si la educación específica la mejora.

**Diseño y metodología.** Cuasi-experimental. 145 profesionales: 13 médicos de familia (MF), 8 enfermeros (DUE) de atención primaria, 30 urólogos (MUR), 11 neumólogos, 41 médicos residentes segundo año (MIR2º) y 42 de primer año (MIR1º).

**Mediciones.** Se analizó la destreza del manejo de: MDI, cámara espaciadora, turbuhaler y accuhaler mediante la demostración práctica de la técnica inhalatoria.

**Intervenciones.** Nuevo análisis de MIR1º a los tres meses de intervención educativa.

**Análisis.** Chi cuadrado.

**Resultados.** Correcto uso: MDI: MF (30,7%), DUE (12,5%), MUR (16,7%), neumólogos (91%), MIR2º (17,1%), MIR1º (4,8%) y MIR1º postintervención (31%). Cámara espaciadora: MF (46,1%), DUE (25%), MUR (13,3%), neumólogos (91%), MIR2º (7,3%), MIR1º (0%) y MIR1º postintervención (52,4%). Turbuhaler: MF (61,5%), DUE (25%), MUR (43,3%), neumólogos (100%), MIR2º (34,1%), MIR1º (4,8%), MIR1º postintervención (52,4%). Accuhaler: MF (61,5%), DUE (12,5%), MUR (43,3%), neumólogos (100%), MIR2º (26,8%), MIR1º (4,8%), MIR1º postintervención (76%). Existieron las siguientes diferencias significativas (p < 0,05): Neumólogos respecto a los otros grupos. MIR1º y MIR1º postintervención para el uso de todos los dispositivos y en el uso del turbuhaler, MIR1º postintervención respecto a los otros grupos.

**Conclusiones.** 1) Los neumólogos son el grupo que tienen mayor destreza en el uso de inhaladores, 2) La intervención educativa mejora significativamente el manejo de los inhaladores, 3) El adiestramiento del personal sanitario mejoraría el cumplimiento terapéutico de los pacientes y disminuirían las hiperconsultas.

### CALIDAD DE VIDA EN EL EPOC

A. Quintano Pintado, P. Rabadan Carrasco, B. Álvarez Embarba,

M. Salinero Fort, C. Antelo Briosos y M. Garrido Fuentes

Unidad de Formación e Investigación Atención Primaria Área 4. Madrid. Madrid.

Correo electrónico: masalinero@hotmail.com

**Objetivos.** Analizar las variables, que de forma independiente, mejor explican la calidad de vida de los pacientes con EPOC, atendidos en Atención Primaria. Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes incluidos.

**Diseño.** Descriptivo transversal.

**Ámbito.** Centro de Salud Urbano que atiende a 16.115 usuarios

**Población de estudio:** Todos los pacientes registrados como EPOC (n:169)

**Muestra.** Pacientes no inmovilizados, ni afectados por proceso agudo, o por patología grave que desaconsejase la realización de espirometría (n:74).

**Variables.** Calidad de vida (cuestionario St. George), edad, sexo, nivel educativo, situación laboral, exposición a irritantes, ejercicio físico, FEV1, grado de la enfermedad, ingresos en el último año, comorbilidad, tratamientos, IMC, Índice tabáquico.

**Resultados.** Edad 70,54 (7,1); Hombres 89,2%; FEV1: 56,92%; Grado de afectación: Leve 18,9%, Moderada 36,5%, Severa 36,5%, Muy grave 8,1%; Puntuación St George 36,9 (18,1); Índice tabáquico 53 (43,2); IMC 28,2 (3,8); Prevalencia de EPOC: 10,5%.

**Análisis de regresión lineal:** Variable dependiente: Puntuación St. George (a mayor puntuación peor calidad de vida)

**Modelo final:** FEV1 (beta: -0,091; p: 0,281), Ejercicio (beta -9,783; p: 0,008), Situación laboral (beta: 7,76; p: 0,032), Ingresos hospital (beta: 10,8; p:0,027), anticolinérgicos de acción corta (beta: 10,4; p:0,036), Constante (beta: 36,7; p: < 0,001).

**Conclusiones.** La variable que mejor explica la calidad de vida en el EPOC es la capacidad de realizar ejercicio, ajustado por número de ingresos hospitalarios, situación laboral, uso de anticolinérgicos clásicos y FEV1. El FEV1, no se asocia estadísticamente con la calidad de vida pero se comporta como una variable confusora, por lo que permanece en el modelo final de regresión.

### GRADO DE CONTROL DEL HIPOTIROIDISMO EN UN CENTRO DE SALUD

M. Feliú Sagala, M. Bel Reverter, A. Ajenjo Navarra, E. Sempere Verdú,

J. Domínguez Ortiz y C. Granjo Calderón

CS de Paterna. Valencia. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: meresempere@terra.es

**Objetivo.** Conocer el grado de control del hipotiroidismo (HP) tratado con hormona tiroidea (T4) en un centro de salud (CS).

**Tipo de estudio.** Descriptivo transversal.

**Ámbito de estudio.** Centro de salud en una población de 33.000 habitantes.

**Sujetos.** Pacientes mayores de 14 años que tomaban T4 en 2003.

**Mediciones.** Muestra (n: 135) de una población de 302 pacientes. Datos de historia clínica y encuesta telefónica. Se recogió: edad, sexo, causa, nivel asistencial del diagnóstico y seguimiento, evolución, periodicidad de controles, dosis, y grado de control (buen control: no modificación dosis de T4 en último análisis).

**Resultados.** El 82,2% (IC95%: 75,8-88,7) estaban bien controlados. El 87,4% eran mujeres. Edad: 55 años (DE: 17,1). El médico de familia detectó el HP en el 60% de los casos, y era el único responsable del control en el 67,4%. El tiempo desde el diagnóstico: 6,9 años (DE: 5,2) y se realizó a una edad de 48,3 años (DE: 17,8), sin diferencias entre sexos. Periodicidad entre controles: 7,8 meses (DE: 3,4). Dosis media de T4: 101 mg/día (DE: 49,9), inferior en varones ( $p < 0,01$ ). Sin diferencias entre grado de control y la mayoría de variables estudiadas. El buen control durante el primer año del diagnóstico fue del 70%, que mejoró y se mantuvo estable en los años sucesivos (83,2%).

**Conclusiones.** Elevado grado de buen control a partir del primer año del diagnóstico, que no se relaciona con el responsable del seguimiento, edad, años de evolución, ni periodicidad entre controles. La dosis media de T4 ha sido inferior a la referida en la bibliografía.

#### ESTUDIO DE PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN TIROIDEA EN UNA POBLACIÓN RURAL

M. Rodríguez Álvarez, M. Rodríguez Fernández, L. Marín Pérez, M. Peña Caput, J. Castillo Barrera y F. Gonzalvo López.

CS de Bollulllos del Condado. Huelva. Andalucía.

Correo electrónico: xraxra2001@yahoo.es

**Objetivo.** Conocer la prevalencia de disfunción tiroidea en una población de ámbito rural.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal poblacional, con muestreo aleatorio estratificado por sexo a partir del padrón municipal (12.822 habitantes).

**Muestra.** 110 sujetos, 89 mujeres, 21 hombres, con una prevalencia estimada: 7,9%, precisión: 5%, nivel de confianza: 95%.

**Metodología.** a) Determinaciones analíticas de TSH (0.27-4.20) con ampliación de T4L y Ac antiTPO si alteraciones, b) Revisión de historias clínicas mediante TASS, c) Análisis estadístico: variables cualitativas mediante proporciones y cuantitativas mediante resúmenes numéricos, con IC: 95%. Para comparar variables cualitativas: test de Ji cuadrado y para variables cuantitativas T-student. Programas: EPIINFO y SPSS, d) Variables analizadas: edad, sexo, TSH, T4L, Ac antiTPO; antecedentes personales de patología tiroidea (APPTIR), antecedentes personales no tiroideos (APNTIR): DM-asma- patología suprarrenal, AF: DM-asma-patología suprarrenal y trastornos tiroideos, medicación: amiodarona-litio-colestiramina-compuestos yodados-carbamacepina-ri-fampicina-fenobarbital.

**Resultados.** Analizados 99 sujetos: 82 mujeres, edad media: 48,11 (44,48-51,74). DT: 16,52 y 17 hombres, edad media: 63,12 (56,05-70,18). DT: 13,74,  $p < 0,05$  para la edad. TSH: normal 85 (85,9%), aumentada 13 (13,1%), disminuida 1 (1,01%). T4L: normal en todas las TSH alteradas. Ac antiTPO: normal 7 (70%), alterada 3 (30%). APPTIR: no: 91,9%, sí: 8,1%. APNTIR: no: 90 (90,9%), DM: 7 (7,1%), asma: 2 (2%). AF: DM: 2 (2%), asma: 1 (1%), no patología: 95 (96%), DM y asma: 1 (1%). Medicación: amiodarona 3 (3%), carbamacepina 1 (1%), no medicación 95 (96%). Alteraciones diagnosticadas previamente (5 casos): hipotiroidismo subclínico, bocio multinodular, hipotiroidismo, tiroiditis crónica autoinmune, hipertiroidismo. Prevalencia disfunción tiroidea: 15,2%, IC: 8,73-23,75.

**Conclusiones.** Alta prevalencia de disfunción tiroidea probablemente por las alteraciones de TSH debidas a otras causas. Pendientes de confirmar mediante nuevas analíticas y determinaciones de AcantiTPO a toda la muestra

#### ESTUDIO VITAFORA: PREVALENCIA DE HIPOVITAMINOSIS D EN MUJERES INMIGRANTES ATENDIDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EDAD FÉRTIL

P. Cabrero Sobrino, M. González Solanellas, M. López Sánchez, A. Grau Ruvireta, E. Borrajo Vispo y M. Jiménez Peinado

EAP Raval Nord. CAP Lluís Saye. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 31916pcs@comb.es

**Objetivo.** Estimar la prevalencia de hipovitaminosis D (HD) en las mujeres inmigrantes entre 15-50 años atendidas en atención primaria (AP) y analizar su relación con características sociodemográficas, constitucionales, alimentación, tabaquismo, exposición solar y sintomatología característica.

**Diseño.** Estudio transversal.

**Ámbito.** AP urbana.

**Participantes.** Total mujeres inmigrantes entre 15-50 años atendidas durante febrero-abril de 2004.

**Criterio exclusión.** Presencia HD secundaria.

**Mediciones.** Anamnesis: datos sociodemográficos, antecedentes personales y familiares de HD, tabaquismo, consumo calcio (mg/semana) y vitamina D (VD) (UI/semana), tiempo (minutos/semana) y superficie corporal (SC) ( $m^2$ ) de exposición solar, dolor típico HD (óseo, difuso, simétrico y proximal). Analítica: calcemia, fosfatemia, fosfatasas alcalinas, calcidiol. Definición HD: calcidiol  $< 10$  ng/dl.

**Resultados.** Consultaron 146 mujeres Excluidas 9; Abandonos/pérdidas 51, Incluidas: 86 mujeres. El 50% edad  $< 35$  años (rango: 15-55) y con tiempo residencia en España  $< 4$  años (rango: 0-31). Sin barrera idiomática 88,4%. Origen: Filipinas 33,7%, Ecuador 23,3%, Marruecos 15,1%, otros 27,9%. Con antecedentes personales (0%) y familiares (2,3%) de HD. Fumadoras: 9,4%. Medianas: consumo calcio 3.548 mg/semana (rango: 0-111140), VD 57 UI/semana (rango: 2-315), exposición solar 70 minutos/semana (rango: 0-1140), SC expuesta 1,63  $m^2$  (rango: 1,21-3,86). Presentaron dolor típico HD 10,5% (IC95%: 4,9-18,9); ningún dolor 66,3% (IC95%: 55,3-76,1). Prevalencia HD: 41,2% (30,6-52,4), calcidiol  $< 20$  ng/dl 88,2% (IC95%: 79,4-94,2), resto parámetros normales. Las mujeres con HD consumían en promedio 38 UI/semana de VD menos respecto al resto (IC95%: 14-62). No se encontró relación entre HD y el resto de variables. Conclusiones. La prevalencia de HD entre las mujeres inmigrantes estudiadas es elevada. Los consumos de calcio y VD son bajos. Las mujeres con HD refieren consumos más bajos de VD que el resto. No hemos encontramos relación entre el dolor típico descrito en la literatura y la presencia de HD.

#### GENÉTICA CLÍNICA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA (HFH)

M. Martín Ramos, M. Prior Segura, M. Lamónaca Guash, M. Martínez Martínez, C. Cerrada Somolinos y R. Alonso

EAP Numancia. EAP Vicente Soldevilla. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. Madrid. Correo electrónico: elenamara@hotmail.com

**Objetivo.** La HFh tiene un alto riesgo de enfermedad cardiovascular precoz. En Enero del 2004 entró en vigor el Real Decreto sobre aportación reducida del tratamiento con estatinas a los pacientes afectados de HFh. El objetivo fue ver cuantos de nuestros pacientes hipercolesterolémicos podían acogerse a esta medida.

**Descripción.** De los 4315 pacientes de 3 consultas de Atención Primaria, 306 tenían un colesterol mayor de 250 mg/dl. A estos pacientes se les aplicaron los criterios para el diagnóstico de la HFh de la OMS 1999. Se considera diagnóstico clínico con 8 o más puntos y probable con 6-7. Se detectaron 2 pacientes con diagnóstico clínico de certeza y 5 con probable, que se enviaron a estudio genético del receptor de LDL (plataforma diagnóstica con LIPOCHIP<sup>®</sup> y secuenciación del gen). Hasta la fecha en uno de los pacientes con diagnóstico cierto se han encontrado 3 mutaciones en el mismo alelo del gen del receptor de LDL y se ha ofrecido estudio a sus familiares. El resto está pendiente de resultados. De los 7 pacientes (5 hombres y 2 mujeres, entre 26 y 69 años), 3 presentaban antecedentes personales de enfermedad cardiovascular precoz y 4 en familiares de primer grado.

**Conclusiones.** De nuestros pacientes hipercolesterolémicos casi un 2% es susceptible de acogerse al sistema de aportación reducida. El diagnóstico genético puede ser muy útil y se debe realizar en pacientes con alta sospecha clínica de HFh para prevenir eventos cardiovasculares precoces.

## Sesión 13

16.00-18.00 h - Sala Almería

### LIBRES

#### FORMACIÓN EN INVESTIGACIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA

B. Pascual de la Pixa, D. Núñez García, C. Segura Sánchez y M. Álvarez Sanz

Unidad de Investigación del Distrito Aljarafé. Camas. Sevilla. Andalucía.

Correo electrónico: beatpisa@hispanavista.com

**Introducción.** La investigación es una de las áreas incluidas en el programa de formación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) de forma estructurada mediante cursos y realización de estudios

de investigación. Al finalizar la residencia es posible completar la formación en investigación como becario y a través de ella realizar la tesis doctoral.

**Objetiva** Dar a conocer la experiencia de formación y actividades desempeñadas en una Unidad de Investigación de Atención Primaria de médicos de familia en régimen de becarios.

**Descripción.** Las actividades se clasifican en: Formación estructurada en metodología, búsqueda bibliográfica, valoración crítica y escritura científica, diseño de bases de datos y proceso estadístico, investigación en resultados en salud. Uso del inglés científico. Colaboración en líneas de investigación en las áreas de diabetes, embarazo y actividad física en el diseño, trabajo de campo y difusión de resultados. Colaboración en la realización de ensayos clínicos. Asesoría de investigación a médicos del Distrito y residentes de MFyC. Publicaciones, comunicaciones a congresos, artículos en revistas, elaboración de tesis doctoral.

**Conclusiones.** La experiencia se considera muy positiva dado el aprendizaje en investigación basado en la práctica, la significativa adquisición de conocimientos teórico-prácticos y la satisfacción a nivel personal y profesional, con la motivación que conlleva.

### MAREO, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO

J. Montero Monterroso, L.A. Périula de Torres y M. Larrea Barroso

Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Baena. Córdoba. Unidad Docente de MF de Córdoba. Andalucía.  
Correo electrónico: walrus@supercable.es

**Objetiva.** Determinar si los pacientes que consultan por mareo en un Servicio de Urgencias Extrahospitalario, tienen mayor probabilidad de sufrir Trastornos Ansioso-Depresivos que el resto de la población usuaria.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo, con grupo control con emparejamiento, realizado en un Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. Grupo Estudio (GE = pacientes con Mareo) y Grupo Control (GC = sin mareo). A ambos grupos se les administró la Escalas de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG). Muestra de pacientes apareados por edad, sexo, estado civil y tener hijos. Análisis estadístico uni-bivariado (p menor de 0,05).

**Resultados.** 83 pacientes del GE y otros 83 del GC. El GE dio positivo en la EADG en el 80,7% frente al 54,2% del GC (p = 0,0001). Subescala de Ansiedad: positiva en el 61,4% GE, y el 42,2% en GC (p = 0,013). Subescala de Depresión: positiva en el 73,5% GE y el 47,0% GC (p = 0,0001). Las mujeres dieron positivo en más ocasiones que los hombres en el GE (89,1% frente al 64,3%, p = 0,007); también lo hicieron más los que habían consultado en el último mes (p = 0,039), y aquellos con antecedentes psiquiátricos (93,8%, p = 0,017).

**Conclusiones.** Los pacientes con Mareo en un Servicio de Urgencias Extrahospitalario tienen una mayor probabilidad de presentar Trastornos de Ansiedad y/o Depresión que el resto de la población usuaria de dicho servicio. Además tienen una mayor probabilidad de padecer estos trastornos psiquiátricos las mujeres, si tienen antecedentes psiquiátricos y han hecho alguna consulta médica en el último mes.

### EXPERIENCIA SOBRE CÓMO ESTAR MÁS SEGUROS DE QUE CASI NADA ES CIERTO

E. Mariñelarena Mañeru, R. Rotaete del Campo, I. Pérez Irazusta, I. Alcorta Michelena, J. Sagarzazu Goena y I. Idarreta Mendiola

CS Pasai-Antxo. Alza. Unidad Docente De Gipuzkoa. Integrantes en la Red Temática de Investigación en Medicina Basada en la Evidencia. Donostia. País Vasco.  
Correo electrónico: emarinel@apge.osakidetza.net

**Objetivos.** 1. Suscitar cambios en la práctica diaria: el conocimiento del método de la MBE permite llegar a la fuente original realizando evaluaciones independientes de la evidencia y contrastándola con la corriente imperante. 2. Impulsar la MBE como herramienta de trabajo contribuyendo a su diseminación a través de la docencia. 3. Aportar metodología MBE a los proyectos que elabora OSATZEN como entidad en solitario o en colaboración con la SEMFYC. 4. Crear una página web para difundir los documentos elaborados por el grupo.

**Descripción.** 1. Aspectos organizativos: Reuniones mensuales fuera del horario laboral de tres horas de duración. 2. Requisitos: Acceso online a

las fuentes de información. Conocimiento del inglés a nivel de lectura. Habilidad en búsqueda bibliográfica. Habilidad en lectura crítica. 3. Metodología: Traducción del problema clínico en pregunta estructurada (PIO), realización de búsqueda bibliográfica sistemática, evaluación crítica de las referencias obtenidas y realización de un resumen estructurado del problema (CAT).

**Resultados.** 1. Elaboración de CATs, varios de los cuales (22) están disponibles en la página de OSATZEN: www.osatzen.com. 2. Colaboración con Fisterra en la sección "preguntas clínicas" dando respuesta a las mismas en el plazo de tres semanas desde su recepción. 3. Actividades docentes: Varios talleres sobre lectura crítica y búsqueda bibliográfica.

**Conclusiones.** El método de trabajo propuesto nos permite disponer de mayor autonomía en la toma de decisiones en la práctica clínica, utilizando como base aquello sobre lo que se ha investigado.

### MÉDICOS DE FAMILIA EN ÁFRICA: EXPERIENCIA EN CENTRO DE SALUD

E. Celades Blanco, C. Gil Vela, I. Zamanillo Rojo, M. Navarro Beltrá, A. Ekóho Angono y B. Elá Mbomio

CS Guayaba. CS Rosales. CS Calesas. Madrid.  
Correo electrónico: educel2000@yahoo.es

**Objetiva.** Complementar nuestra formación como médicos de AP realizando una rotación externa en un país en vías de desarrollo. Ampliar nuestros conocimientos en Medicina Tropical y Salud Comunitaria.

**Descripción.** Consiste en una rotación externa durante un mes en un país en vías de desarrollo, integrándonos en las actividades de un centro de salud en medio urbano. Nuestra labor fue predominantemente asistencial, dirigida a una población de todas las edades, en su mayoría niños, en donde la patología más prevalente fueron enfermedades infecciosas y dentro de éstas de carácter tropical. Una segunda labor consistió en Promoción de la Salud en medio rural, apoyando la creación del puesto y agente de salud como primer escalón en el Sistema Sanitario e impartiendo nociones de Salud Pública a la población local. También realizamos una labor docente entre los facultativos de un hospital de distrito y enfermeros del centro de salud.

**Conclusiones.** La Educación para la Salud es un pilar básico en zonas del mundo en donde las infraestructuras, saneamiento ambiental y accesibilidad a los centros sanitarios son deficientes. La optimización de recursos humanos y materiales en este medio es esencial en la práctica clínica habitual sin menoscabar la calidad asistencial. El médico de Atención Primaria reúne el perfil idóneo para desarrollar estas actividades. Desde el plano personal esta experiencia ha contribuido a imprimir un mayor carácter humanitario a nuestro ejercicio profesional y consideramos que sería recomendable para cualquier médico en formación.

### ESTUDIO DE COMPARACIÓN DE 2 CERUMENOLÍTICOS EN LA EXTRACCIÓN DE TAPONES DE CERUMEN

P. Navarrete Durán y M. Caballero Borrego

CAPSE. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: pnavarre@clinic.ub.es

**Introducción.** La obstrucción del conducto auditivo externo por cerumen es un motivo de consulta habitual en atención primaria. Existen muchos productos para facilitar su extracción sin conocer su eficacia real.

**Objetiva.** Comparar la efectividad de dos productos comerciales que contienen como principios activos clorobutanol o carbonato sódico con suero fisiológico.

**Material y método.** Estudio prospectivo, randomizado y con grupo control. Noventa adultos diagnosticados de tapón completo de cerumen en la consulta de atención primaria de los CAPS Eixample o Gavarra fueron randomizados en tres grupos según si se les aplicó 2 ml de un compuesto comercial que contenía clorobutanol (Grupo I, n = 30), carbonato sódico (Grupo II, n = 30) o suero fisiológico, grupo control, (Grupo III, n = 30). Después de 15 minutos se realizó un lavado con jeringuilla. Los datos se introdujeron y analizaron con el programa SPSS 10.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). La valoración del éxito de cada tratamiento se realizó con el porcentaje de membranas timpánicas visualizadas después de la irrigación y se compararon con el estadístico X<sup>2</sup>.

**Resultados.** La edad media de los pacientes fue de 45,3 años (intervalo 19-78). Cincuenta pacientes fueron mujeres (56%). Los grupos fueron simi-

lares en edad y sexo. No se detectó una diferencia significativa ( $p = 0,17$ ) en la proporción de membranas timpánicas completamente visualizadas en el grupo I (20/30, 66%), grupo II (16/30, 53%) y grupo III (13/30, 43%).

**Conclusión.** La aplicación de clorobutanol o carbonato sódico no ha mejorado de forma significativa la proporción de membranas timpánicas que se pueden visualizar en comparación con suero fisiológico.

## ¿COLABORAMOS EN INVESTIGACIÓN?

C. Bartolomé Moreno, M. Clemente Jiménez, R. Magallón Botaya, A. Pérez Trullén, J. Borque Martín y B. Oliván Blázquez

Unidad de Investigación en Atención Primaria. CS Santo Grial. CS Arrabal. Zaragoza. Aragón.  
Correo electrónico: bolivan.iacs@aragob.es

**Objetivo.** Conocer la capacidad de respuesta para realizar actividades no asistenciales, y en concreto de investigación, en el ámbito de Atención Primaria.

**Diseño y metodología:** Estudio transversal, aleatorio, en profesionales sanitarios (médicos, pediatras, residentes y enfermería) de centros de salud.

**Metodología.** Para una población de 1958, seguridad del 95%, precisión del 3% y proporción del 50%, se necesitan 552 personas. Aumentamos un 50% para compensar pérdidas pasando finalmente a 828. Se estratificó por especialidad. Para elegir aleatoriamente a los sujetos (aleatorización por centros y no individualmente) se ha partido de los listados de centros aplicando tabla de permutaciones aleatorias. Se realizó el estudio a 892 profesionales. Se concertó cita, mediante llamada a los coordinadores, los cuales convocaban a los profesionales del centro a una reunión. Se explicaba que se solicitaba colaboración para realizar un cuestionario individualmente y a continuación un taller que se impartiría conjuntamente.

**Resultados.** Participaron 478 profesionales (54%). Los más colaboradores fueron los médicos de familia (58%), seguido de enfermeras (48%), pediatras (39%) y por último residentes (28%). No ha habido diferencias respecto a sexo ni edad pero sí respecto a ubicación, siendo más colaboradores en centros rurales (78%), que urbanos (43%).

**Conclusiones.** 1. Destaca la baja participación de los residentes, que deberían ser los más preparados, más interesados y menos quemados, de los profesionales sanitarios entrevistados. 2. En los centros rurales, pese a las dificultades en formación, accesos o recursos, el interés es mayor que en los centros urbanos, lo que podría explicarse por el menor burnout o presión asistencial.

## ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD EN LA CONSULTA DEL MÉDICO DE FAMILIA: ¿REALIDAD O FICCIÓN?

J. Zarco Montejo, C. Gomes-Casseres Bertel y C. Repeto Zilberman

Unidad Docente de MFyC. Área 1 IMSALUD. Madrid.  
Correo electrónico: jzarco.gapm01@salud.madrid.org

La esfera sexual es una parte esencial en la salud de cualquier persona, aunque los MF carecemos de la formación adecuada para abordarla en la consulta.

**Objetivos.** Describir cómo se aborda la sexualidad en la consulta del MF e identificar las dificultades fundamentales.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Metodología.** Cuestionario autocumplimentado y anónimo validado mediante prueba piloto. Consta de 62 preguntas, 49 según escala de Likert con 5 posibilidades, resto con 2 categorías, más una a final abierta y 5 de clasificación.

**Resultados.** 357 tutores de MFyC de todas las CCAA., durante el primer semestre de 2004. 53,8% hombres, edad 43,5 años +/- 5,74 y CS urbano 76,2%. El 94% considera la esfera sexual importante para la salud pero tan sólo un 21,6% lo registra habitualmente en la historia clínica. Hay una falta de formación específica y mayor tendencia a hablar de sexualidad con adolescentes que con pacientes de otras edades, sobre todo mayores, a pesar de considerarlo muy importante. Existen diferencias a la hora de considerar posibles afecciones sexuales con diferentes patologías. La falta de formación y la ausencia de tiempo son las barreras fundamentales. No se investiga de forma adecuada las desigualdades ni las posibles agresiones sexuales dentro de la pareja.

**Conclusiones.** Se constata que la sexualidad es un elemento fundamental en la salud de las personas. Existe una falta de formación, que no de interés, en las habilidades necesarias para abordarla así como falta de tiempo, por lo que es preciso diseñar las estrategias correctoras adecuadas.

## ¿QUÉ FACTORES SE ASOCIAN AL NIVEL DE DERIVACIÓN DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA?

M. Verdú Arnal, B. Escorihuela Martínez, B. Iglesias Pérez, J. Casajuana Brunet, R. Aragonès Forès y S. Romea Lxamberti

EAP Dreta de l'eixample. EAP el Gorg. SAP Ciutat Vella. EAP Gòtic. Àmbit Barcelona Ciutat. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: xamont@eresmas.com

**Objetivos.** Establecer los factores que determinan el nivel de derivación de los Equipos de Atención Primaria (EAP).

**Diseño.** Estudio ecológico descriptivo.

**Ámbito:** Atención Primaria.

**Sujetos:** Servicios de medicina general (MG) de 47 EAP urbanos. Se han excluido los EAP con menos del 40% de profesionales reformados.

**Período de estudio:** año 2002.

**Variables:** 1. Variable dependiente: Nivel de derivación (ND) (ND = primeras visitas a especialistas / población atendida asignada \*100). 2. Variables independientes: % de población atendida > 65 años, tasa de paro en hombres, % población con instrucción insuficiente, Razón de mortalidad comparativa, % seguro sanitario únicamente público, frecuentación, media de edad de los médicos, presión asistencial, carga asistencial, años desde la reforma del EAP, % médicos reformados.

**Análisis.** Regresión lineal múltiple.

**Resultados.** Se han incluido 45 EAP. El 51% (R2: 0,511) del Nivel de Derivación se explica por el % de población atendida > 65 años ( $\beta$  1,15  $p < 0,006$ ), los años de reforma del EAP ( $\beta$ : -1,261,  $p < 0,020$ ) y el % población con instrucción insuficiente ( $\beta$  2,11,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones.** El ND es mayor en los EAP que atienden poblaciones más envejecidas y con un nivel de estudios inferior, y es menor en los que llevan más años reformados. A pesar de lo que cabría esperar no se ha encontrado asociación con la carga asistencial ni con la presión asistencial. Nuestros resultados sugieren que el ND depende en gran parte de factores extrínsecos al profesional. Sería interesante indagar qué factores determinan la variabilidad no explicada por nuestro modelo.

## DISMINUCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN INDUCIDA CON LA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

M. Cerdán Carbonero y D. Domínguez Navarro

Área 7 de Atención Primaria. Madrid.  
Correo electrónico: almadicy@hotmail.com

**Objetivo.** Analizar la repercusión de la Prescripción Inducida en la consulta de Atención Primaria y su disminución al mejorar la relación AP-AE. Descripción de la experiencia: La prescripción inducida supone hasta el 40% de las recetas emitidas desde APy, además, los especialistas inductores no emiten un informe completo que permita al médico de Atención Primaria actuar sobre ella en casi el 90% de los casos. Esto es una generalidad en la mayoría de los Equipos de AP que puede ser modificada introduciendo una vía abierta de comunicación entre niveles asistenciales. Aprovechando un programa de colaboración entre AP-AE en nuestro área básica de salud mediante el cual, cualquier médico de Atención Primaria, puede ponerse en contacto con la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital que el área tiene como referente, por vía telefónica, por fax y como experiencia piloto, también por videoconferencia a tiempo real. La remisión de pacientes desde AP a las consultas de esta unidad y la comunicación mantenida por los médicos de ambos lados de la atención con respecto a estos ha familiarizado a cada nivel con los problemas y dificultades que encuentra el otro al ponerse delante de un enfermo. Como consecuencia, ha aumentado la información que unos y otros aportan a los informes que emiten y se preocupan de que estos informes lleguen hasta el médico que requiere dicha información.

**Conclusiones.** Una repercusión de esta mejora de la comunicación ha sido la disminución de la prescripción inducida en un 50% y la anulación de la Prescripción Inducida sin informe completo.

## CAUSAS PRINCIPALES DE NO VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL EN MAYORES DE 60 AÑOS

M. Badía Rafeas, L. Augé García, A. Bayerri Margalef, A. Salazar García, N. Melich Teruel y M. Lorenzo Posadas

ABS Sant Pere i Sant Pau. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: wbadia.tarte.ics@gencat.net

**Objetiva** Conocer las motivaciones declaradas por los pacientes como causa de no vacunación antigripal en >60 años.

**Diseño** Observacional transversal.

**Ámbito** Atención Primaria

**Sujetos** Muestra aleatoria sistemática de 285 personas >60 años que constaban como no vacunados frente a la gripe en 2003 en registro informatizado de HCAP de una Área Básica de Salud Urbana (2245 pacientes >60 años; 906 no vacunados).

**Medidas e intervenciones.** Mediante entrevista telefónica (realizada por personal de enfermería) aplicamos un cuestionario de elaboración propia en el que se recogía: conocimiento sobre su situación vacunal, de información sobre necesidad de vacunarse, y motivo declarado como justificación de la no vacunación.

**Resultados.** El 44,9% fueron varones y 55,1% mujeres (37,5% tenían 60-64, 36,5% tenían 65-74 años y 25,9% eran >75 años). Encontramos 90 pacientes (31,6) vacunados previamente (16,5% vacuna no reinformada y 15,1% realizada en otro lugar). Del total de 195 restantes, un 15,9% declararon no haber sido informados sobre la necesidad de vacunarse. Entre aquellos no vacunados pese a tener una información correcta, 53,8% declararon que: ellos no consideraban necesario vacunarse, 12,9% no se vacunaban por: haber tenido una mala experiencia personal previa con la vacuna, 2,6% no se vacunaban por: mala experiencia previa de otra persona y 14,9% por contraindicación médica.

**Conclusiones.** En más de la mitad de las ocasiones, la causa principal de no vacunación fue creer que: la vacuna no es necesaria. La ausencia de información sólo sería responsable del 15% de los casos de no vacunación antigripal.

## Sesión 14

9.30-11.30 h - Sala Mezquita

## AULA DOCENTE. FORO 5

### Experiencias e instrumentos docentes novedosos (1ª parte)

#### APRENDER Y TRABAJAR EN EQUIPO. EL JUEGO COMO ELEMENTO CLAVE E INNOVADOR

J. Salas Hospital, G. Guerra de la Torre y J. Burgazoli Samper

Unidad Docente de MFyC de Gran Canaria Norte y Sur. Las Palmas de Gran Canaria. Islas Canarias.  
Correo electrónico: jsalhos@gobiernodecanarias.org

**Introducción.** La experiencia en Jornadas de Tutores anteriores donde predominaba la dinámica de discusión de grupo y exposición de conclusiones, planteó la necesidad de aportar dinamismo y participación al desarrollo de las mismas.

**Objetivos.** Introducir el juego como elemento clave para experimentar nuevos métodos docentes.

**Descripción de la experiencia.** Gymkhana por equipos en la que se exploran áreas competenciales propias del MF. A todos los inscritos se les distribuye por equipos asignándose a cada uno un itinerario por diversas "Casas" que responden al nombre de un ilustre médico en las que se explora un área de interés. En Galeno exploramos la comunicación asistencial mediante el análisis de una videograbación adoptando el cuestionario GATHA-RES. Rhazès propone la elaboración de un cartel informativo

dirigido a la población sobre aspectos relacionados con la EpS -Atención a la comunidad-. Habilidades en el diagnóstico de imágenes radiológicas y dermatológicas son descubiertas en Avicena, interpretación de pruebas complementarias, electrocardiograma, espirometría y serología con Paracelso. Montessori nos invita a conocernos, cualidades del tutor y nuestros valores profesionales. Nos sumergimos en la búsqueda de la evidencia a través de la lectura crítica de la mano de Sydenham. Todo esto en una estancia de 30 minutos por casa.

**Conclusiones.** El juego actúa como elemento cohesionador, enriqueciendo el trabajo en equipo. Aporta espontaneidad en la identificación de líderes y expertos desde y hacia el grupo y permite reflexionar a cada participante sobre sus lagunas formativas en un entorno distendido.

#### SUPERVISIÓN DE LAS ROTACIONES DE LOS RESIDENTES DE PRIMERO Y SEGUNDO AÑOS DE MEDICINA DE FAMILIA

I. Villanueva Gómez, P. Freige y M. Monge Barrio

EAP Cizur-Echavacoiz. Pamplona. Navarra.  
Correo electrónico: isabel.villanueva.gomez@cfnavarra.es

**Introducción.** Gran parte del período de formación en Medicina de Familia se realiza fuera del ámbito de la Atención Primaria. Tras una primera toma de contacto con el centro de salud, los residentes de primer y segundo años deben de rotar por distintas especialidades para adquirir conocimientos y habilidades en un amplio campo de la medicina. Sin embargo debemos de tener en cuenta que el conocimiento del médico de Atención Primaria es tan específico y selectivo como el de otros especialistas.

**Objetivo y método.** Supervisión de la adecuación del contenido de las rotaciones de los residentes de primero y segundo años de Medicina de Familia a los objetivos preestablecidos por la Comisión Nacional de la especialidad, mediante un programa de sesiones de feedback formal tutor-residente con una periodicidad que permita la introducción de medidas correctoras necesarias. El contenido de estas sesiones deberán quedar registrados en un archivo específico para cada residente. La evaluación del programa se realizará mediante la técnica de self audit.

**Criterios de evaluación.** 1. Elaborada carpeta de registro individual. 2. Registrada el acta de la primera reunión explicativa incluyendo calendario de sesiones. 3. Consta la realización de al menos el 50% de las sesiones previstas. 4. Registrados los informes de todas las sesiones de feedback realizadas. Se incluirá en las conclusiones la valoración del residente y del tutor con respecto a los beneficios de la formalización de estas actividades que todos somos conscientes de realizar en nuestro trabajo diario.

#### FORMACIÓN Y ATENCIÓN MÉDICA MEDIANTE TECNOLOGÍA VIDEO-STREAMING

M. Velasco Marcos, C. Ruiz Gorjón, M. Bernad Vallés, A. Funcia Bameca, P. Vicente García y J. Juanes Méndez

CS Miguel Armijo. CS Garrido Sur. Facultad de Medicina Universidad de Salamanca. Salamanca. Castilla y León.  
Correo electrónico: mauxi.velasco@comsalamanca.es

**Objetivo.** La concepción de las nuevas tecnologías como herramientas que pueden contribuir a la mejora del proceso de formación médica y de atención a pacientes en la sociedad actual, conlleva la conveniencia de conocer los diferentes medios que se utilizan para la comunicación médico-paciente, paciente-médico, lo que permitirá extraer pautas de trabajo positivas entre ambos, suponiendo una mejora y un aumento de la calidad en los servicios médicos. Nuestro propósito es presentar dispositivos E-learning empleados en nuestro entorno de forma experimental, que nos permiten este grado de interrelación comunicativa y formativa.

**Metadología.** En este trabajo se exponen los presupuestos técnicos básicos de uso de esta tecnología, analizando experiencias, posibilidades y limitaciones de este medio en la formación médica en atención primaria. La tecnología streaming-media incluye como soporte una cámara de grabación digital, adaptación de aplicaciones y desarrollos asociados a la grabación, edición-producción y almacenamiento y catalogación del evento, y emisión on line programada, en tiempo real, u off line del evento.

**Resultados.** Lo novedoso y poco conocido de estas plataformas hacen que su instauración sea aún en pocos lugares y todavía estén en fase experimental. Esta tecnología nos permite la transmisión de un archivo codificado (digitalizado y comprimido) de audio y vídeo.

**Conclusión.** Las transformaciones de la sociedad actual, por el acelerado avance tecnológico, están posibilitando llevar a cabo formas adicionales de formación y atención a distancia, en tiempo real, gracias al empleo de esta tecnología de interrelación personal.

### CONSULTA VIRTUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: MÉTODO INFORMATIZADO DE FORMACIÓN MÉDICA A TRAVÉS DE CASOS CLÍNICOS

M. Velasco Marcos, C. Ruiz, Gorjón, P. Vicente García, M. Bernad Vallés, A. Funia Bameco y J. Juanes Méndez

CS Miguel Armijo. CS Garrido Sur. Facultad de Medicina Universidad de Salamanca. Salamanca. Castilla y León.  
Correo electrónico: mauxi.velasco@comsalamanca.es

**Objetiva.** La Formación Médica Continuada se ha considerado como un buen medio para la puesta al día y actualización de conocimiento en Medicina, siendo actualmente muy empleada, utilizando para ello una gran oferta de cursos a distancia o presenciales. Por tanto nuestro objetivo es proponer un método informatizado de formación que hemos desarrollado para guiar al usuario en la comprensión de los contenidos médicos.

**Metodología.** Para todo el desarrollo informático se han empleado diferentes programas comerciales: Editor de texto (Ultraedit); Flash; Dreamweaver, Photoshop, entre otros. El programa es ejecutable en cualquier ordenador con las características básicas que actualmente distribuyen cualquier casa comercial.

**Resultados.** Este desarrollo funciona de manera interactiva, bajo formato multimedia donde se combina imágenes, sonido y texto. El programa parte de diferentes casos clínicos que el usuario puede seleccionar y a partir de los cuales se desencadenará todo el proceso para llegar al diagnóstico, proporcionando un cierto realismo a la situación clínica planteada al permitir al usuario solicitar cualquier prueba exploratoria y analítica que considere hasta obtener un diagnóstico certero y proponer un plan terapéutico. Por otra parte, nuestro método informático cuenta con unas utilidades básicas tales como bloc de notas, glosario, recordatorios, autotests de evaluación, videoteca, impresora, manual editable, mascota de ayuda, entre otra muchas opciones, lo que le diferencia así de otros modelos, haciéndolo más útil y atractivo.

**Conclusión.** La incorporación de estos métodos abren nuevas perspectivas en el terreno de la formación médica constituyendo nuestro procedimiento informático una excelente herramienta para la enseñanza-aprendizaje en Atención Primaria.

### ENTRENAMIENTO EN INFILTRACIÓN ¿ES EFECTIVO UN PROGRAMA DE LÍDERES CLÍNICOS?

A. López Gil, R. Vallés Vila, F. Caballero Martínez, N. Plazas Andreu, D. Castell Benito y A. Lorén Trasobares

CS Cerro del Aire. Unidad Docente MFyC Área 6 Madrid. Madrid.  
Correo electrónico: alopez.g@telefonica.net

**Objetivos.** Analizar las diferencias de efectividad clínica, seguridad y satisfacción de pacientes entre los profesionales noveles formados en técnica de infiltración mediante un modelo de líderes clínicos (aprendizaje oportunista tutorizado sobre casos reales) y sus supervisores expertos.

**Diseño.** Estudio observacional analítico prospectivo.

**Ámbito y sujetos.** 2 MF líderes clínicos expertos en infiltración y 3 MF pupilos noveles del programa de entrenamiento (un año natural).

**Mediciones.** Comparación entre ambos grupos de interventores en número y perfil de pacientes, patologías infiltradas, infiltraciones/paciente, resultados clínicos, efectos adversos, opinión del paciente (encuesta telefónica) sobre su disposición a repetir tratamiento en AP en caso necesario y la pertinencia de que MF realice estos procedimientos.

**Resultados.** [Líderes versus noveles]: infiltraciones [163 vs. 45]; infiltraciones por médico/mes [7,4 vs. 1,4]; duración media de la técnica [10 vs. 12 min.]; distribución de localizaciones: hombro [41% vs. 25%], cadera y rodilla [30% vs. 54%], codo [14% vs. 12,5%], mano-muñeca [8% vs. 4,2%], pie [8% vs. 4,2%]. Se obtiene mejoría clínica en el 77,8% vs. 76,9% de los pacientes. Ningún efecto adverso. Precisarón una única infiltración el 54% vs. 41,7% de los pacientes. 74% vs. 92% repetiría la técnica ( $p < 0,05$ ) y 72,5% vs. 61,5% opinan que la infiltración debería ser asumida rutinariamente por el MF.

**Conclusiones.** No se aprecian diferencias relevantes entre los médicos experimentados y los noveles en resultados terapéuticos y tiempo dedicado por paciente. Los médicos noveles muestran un perfil más limitado de patologías infiltradas pero logran una gran aceptación del procedimiento entre sus pacientes.

### SITUACIÓN ACTUAL DE LA DOCENCIA DE BIOÉTICA EN LAS UNIDADES DOCENTES DE ESPAÑA

N. Lora Cerezo y M. Fernández Fernández

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Córdoba. Andalucía.  
Correo electrónico: langel.perula.sspa@juntadeandalucia.es

**Objetiva.** Conocer la situación de la docencia de Bioética en las Unidades Docentes (UD) de Medicina Familiar y Comunitaria de España.

**Diseño y metodología.** Descriptivo mediante encuesta por e-mail a las 90 UD existentes. La encuesta constaba de ocho preguntas y apartado de sugerencias. Era autocumplimentada y fue remitida entre noviembre/2003 y enero/2004. De las 89 UD encuestadas, 4 compartían programas docentes. La Tasa de Respuesta fue del 56,32%. Se obtuvieron datos de 16 Comunidades Autónomas. Análisis univariante. Concordancias y discordancias entre los programas adjuntados (Zaragoza, Área 7 Madrid y Córdoba).

**Resultados.** Se imparte Bioética en 24 (48,9%), en 13 (54,2%) como Programa establecido y en 11 (45,8%) como Seminarios aislados. En 25 (51,0%) no se imparte, si bien en una se realiza una formación transversal, y en otras dos la iniciaron en el 2004. Inicio de la docencia: 1996-2004, moda 2003. Todas las UD que no imparten bioética la consideran necesaria; las dificultades son: encontrar docentes preparados, adaptando contenidos a Atención Primaria (68%), escaso interés de los residentes (28%). En las 24 UD que la imparten: falta de profesorado-profesionales formados (16%), falta de sensibilización y de integración en consulta (16%). El análisis de los programas muestra gran concordancia en sus contenidos.

**Conclusiones.** Es necesaria la formación de formadores para garantizar un mínimo de profesorado en cada UD, la integración de la Bioética en el quehacer diario y la implementación del nuevo programa. Las instituciones sanitarias, las estructuras docentes y sociedades científicas deben percibir la importancia de la Bioética.

## Sesión 15

12.00-14.00 h - Sala Mezquita

## AULA DOCENTE. FORO 6

### Experiencias e instrumentos docentes novedosos (2ª parte)

### ACTITUD HACIA LA INVESTIGACIÓN DE TUTORES Y RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

E. Gavilán Moral, L. Pérula de Torres y L. Jiménez de Graña

Unidad Docente de MFyC. Córdoba. Andalucía.  
Correo electrónico: egavilan@wanadoo.es

**Objetivos.** Analizar la actitud y motivación investigadora de tutores y residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), y realizar una comparación entre ambos.

**Metodología.** Estudio transversal. Población de estudio: residentes y tutores asistentes a actividades de la Unidad Docente. Autocumplimentación de cuestionario de actitud investigadora validado en Atención Primaria. Análisis descriptivo (media +/- desviación estándar, proporciones) y comparativo (T Student, Ji Cuadrado).

**Resultados** 47 residentes y 47 tutores de MFyC. La puntuación total del cuestionario entre residentes (63,1 +/- 10,1 sobre un máximo de 80) fue mayor que en los tutores (60,7 +/- 8,9), aunque sin significación estadística ( $p = 0,22$ ). Analizando cada dimensión valorada, los residentes sienten de forma significativa más importante la necesidad de una adecuada formación en metodología y están más dispuestos que sus tutores a integrar la actividad investigadora en la práctica diaria; además, perciben menos barreras subjetivas y estructurales ( $p < 0,05$ ). Por otra parte, los tutores han estado significativamente más implicados en investigación en el pasado que los residentes (91,5% frente a 36,2%,  $p < 0,0001$ ) la diferencia entre ambos es menor (59,6% frente a 36,2%,  $p = 0,023$ ) considerando la actividad investigadora actual, y aunque sigue siendo significativa, demuestra una tendencia a la baja en la participación en trabajos de investigación en los tutores.

**Conclusiones** Los residentes en general están más motivados hacia la investigación. Los tutores valoran menos la formación en metodología y encuentran más limitaciones internas y externas a la hora de investigar. Superar estas barreras podría contribuir a mejorar la actitud investigadora en nuestras Unidades Docentes.

**EL NUEVO PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD: OTRA FORMA DE LEERLO**

M. Álvarez, Villalba, C. Páino Arteaga e I. del Cura González

CS Mendiguchia Carriche. Madrid.  
Correo electrónico: mcurag@papps.org

**Objetivos** Comunicar una experiencia docente en el primer mes de rotación del R1, presentando el área clínica del nuevo programa de la especialidad con una metodología participativa. Secundarios: 1. Aprender a priorizar los conocimientos que debe adquirir un residente de medicina familiar y comunitaria. 2. Descubrir la utilidad del programa para planificar las rotaciones hospitalarias.

**Descripción** Registro de los motivos de consulta de los pacientes atendidos durante 10 días de rotación en el centro de Salud. Ubicación motivo en el área clínica correspondiente del programa, y comprobación del nivel de prioridad. Discusión con el tutor y los residentes de las rotaciones hospitalarias, valorando los niveles de prioridad.

**Resultados** Se han recogido un total de 535 motivos de consulta, el 93,1% son prioridad I, el 6% II, y el 0,4% III. La distribución por áreas clínicas/problema es: infecciosos 11,5% músculo-esqueléticos 8,9%, ORL 8,4%, cardiovasculares 5,9%, respiratorios 3,9%, digestivos 6,1%, endocrinometabólicos 3,2%, salud mental 5%, S. Nervioso 5,7%, hematológicos 3,9%, dermatológicos 6,3%, renales 2,2%, oftalmológicos 1,1%; traumatismos 5%, adicciones 1,9%, actividades preventivas 2,4%, urgencias 1,3%; adolescente 1,7%, mujer 5,6%, trabajador 4,6%, anciano 0,9%, inmovilizado 0,9%, terminal 0,4%, situaciones de riesgo 2,4%.

**Conclusiones** Los motivos recogidos ofrecen una visión panorámica de la pluralidad de patologías atendidas; la mayoría de ellas clasificadas como prioridad I en el programa de la especialidad. La búsqueda de las patologías y su grado de prioridad representa una forma activa de acercarse al programa, siendo de utilidad para orientar el aprendizaje de futuras rotaciones hospitalarias.

**CINEFORUM DOCENTE: OTRA FORMA DE APRENDER**

J. Zarco Montejo

Unidad Docente MFyC Área 1 Instituto Madrileño de la Salud. Madrid.  
Correo electrónico: jzarco.gapm01@salud.madrid.org

**Objetivos** A través de la proyección de una película preseleccionada se pretende abordar un tema de interés sociosanitario para su posterior debate. Para ello se invita a una persona experta en el tema a que modere el coloquio. El acceso es abierto a cualquier persona interesada. La difusión se realiza por los cauces habituales de comunicación de la Gerencia de atención Primaria (intranet, UD, revista del IMSALUD, etc.).

**Descripción** Se han realizado 12 pases en 1 año, en horario de 16,00-20,00h. con las siguientes películas y temas:

PELÍCULA	TEMA
“En el filo de la duda”	La infección VIH, la investigación en biomedicina
“Lista de espera”	La felicidad, cómo reaccionar ante situaciones difíciles
“Leaving Las Vegas”	La adicción al alcohol. El suicidio. El testamento vital

“Inocencia interrumpida”	Trastorno de personalidad border-line
“El ángel ebrio”	El médico enfermo
“El Doctor”	Empatía
“El Hijo de la Novia”	En busca de la felicidad
“El Jardín de la Alegría”	Uso y abuso de sustancias adictivas. Legalización de las drogas
“Bailando en la Oscuridad”	Respeto a la vida: inmigración, maternidad, consejo genético, pena de muerte
“Lucía y el Sexo”	Sexo y salud
“El Dilema”	Tabaco y salud
“Mi vida sin mí”	Últimas voluntades

**Conclusiones** Se trata de una actividad muy enriquecedora y motivadora para abordar, profundizar y aprender sobre cualquier tema. Puede ser una alternativa interesante a considerar para cualquier programa formativo.

**REALIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS DIGITALES EN ATENCIÓN PRIMARIA, ¿ES UNA BUENA HERRAMIENTA DOCENTE?**

D. Riba Torrecillas, J. Soler González, A. Rodríguez Rosich y C. Ruiz Magaz

ABS Tremp. ABS Balafia-Seca-Pardinyes. ABS Balaguer. Lleida. Cataluña.  
Correo electrónico: driba@comlles

**Objetivos** Valorar la utilidad práctica de la fotografía digital para la formación de los médicos residentes.

**Materiales y métodos** Durante el período comprendido entre el 1 de Junio del 2002 al 31 de Mayo del 2004 se realizaron fotografías de procesos patológicos y pruebas complementarias susceptibles de discusión clínica e interés docente para los médicos en formación. Se realizó un curso de fotografía y se instauró un circuito para estandarizar la obtención de las imágenes. Las fotografías fueron realizadas “in situ”, con una cámara digital de 3 Millones de píxeles de resolución. Con las imágenes obtenidas se elaboró una base de datos para el posterior uso docente.

**Resultados** Se obtuvieron un total de 824 fotografías de 327 procesos patológicos distintos (media de 2,5 fotografías por proceso). El 44% fueron de radiografías, de las que un 56% eran de tórax, 22% de abdomen, 21% por diversos procesos osteoarticulares (entre las que se incluyeron las fracturas de diversa índole), y el 1% otras. El 4% se realizaron a Tomografías Axiales Computarizadas de las que el 94% fueron de cráneo. Se realizaron 235 fotografías dermatológicas, 58 de procesos reumáticos, 25 de electrocardiogramas y el 12% restante fueron realizadas a técnicas sanitarias no invasivas (drenaje de abscesos, suturas y sondajes entre otras).

**Discusión** Se ha obtenido una gran casuística iconográfica de múltiples procesos patológicos que implementa la docencia y la calidad formativa del médico residente. Con el conjunto de las imágenes obtenidas se ha elaborado una página Web para facilitar el acceso a la comunidad.

**FORMACIÓN DE TUTORES E INMIGRACIÓN: UN TRABAJO DE CAMPO**

R. Fragua Gil, I. Herreros Hernanz, M. Peñalva Merino, J. Vázquez Villegas, N. Lafuente Robles y M. Sánchez Benítez de Soto

CS El Ejido. CS La Mojonera. Almería. Distrito Poniente Atención Primaria Almería. CS Aldebarán. Área 1 Madrid. CS Vicente Soldevilla. Área 1 Madrid. CS Las Calesas. Área 11 Madrid.  
Correo electrónico: marisanchez@papps.org

**Objetivo general** Mejorar la capacitación de Tutores para la atención al paciente inmigrante incidiendo de manera específica en Tuberculosis, en control de ITS y en educación diabetológica.

**Otros objetivos** Formación a formadores. Colaboración docente entre servicios de salud diferentes para optimizar recursos formativos. Pilotar una nueva propuesta docente.

**Descripción** Experiencia docente realizada en el Distrito Poniente de Almería con una población del 25% de inmigrantes). Este distrito dispone de los programas: Atención al inmigrante. Control de enfermedades transmisibles en el ámbito de atención primaria. Educación diabetológica. Se propone rotación de un mes consistente en: 1. Participación en actividades docentes y asistenciales que realiza el dispositivo específico de control de tuberculosis (atención primaria); participación en el control y seguimiento del tratamiento así como en el estudio de contactos sobre el terreno mediante visitas domiciliarias, búsqueda activa. 2. Asistencia a una consulta de atención primaria con más de un 20% de población inmigrante. 3. Observación participante en una consulta de educación dia-

betológica. 4. Asistencia puntual a las actividades de desarrollo del programa de control de infecciones de transmisión sexual.

**Conclusiones.** 1. La experiencia ha sido muy satisfactoria para docentes y discentes, como reflejan las encuestas de evaluación realizadas. 2. Sería interesante continuar en esta línea docente, incorporando las medidas necesarias para la mejora de calidad. 3. Proponemos continuar la colaboración entre las diversas comunidades autónomas para optimizar los recursos formativos disponibles en atención primaria. 4. Será necesario evaluar el beneficio docente que aporta al equipo de atención primaria y a los residentes, en los centros de salud de los médicos formados.

### EL CAS ATTACK

J. García Martínez, R. García García, C. Poblet Calaf, N. Crisol Calatrava, L. Sala Trebejo y D. Vigil Martín

Vocalía de Residentes. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: jordigarcia@comg.es

**Objetivos.** Es una sesión clínica organizada por la vocalía de residentes que se realiza en todas las provincias de nuestra comunidad autónoma con el objetivo de completar nuestra formación y mantener un contacto entre los residentes de las diferentes UU.DD. de la comunidad.

**Descripción.** El CAS ATTACK es una sesión clínica dónde los residentes de una U.D. proponen un caso clínico que deberán resolver los residentes de una o varias UU.DD. de otra provincia. Éstos harán el diagnóstico diferencial de uno o varios signos/síntomas guía y escogerán la prueba diagnóstica a realizar. Llegando a una discusión enriquecedora gracias al diálogo que se establece entre los residentes y tutores de las diferentes UU.DD. Se pretende realizar estos encuentros con una periodicidad trimestral. Así mismo, se aprovecha el encuentro para hablar de temas que interesan a los residentes. El CAS ATTACK ha sido aprobado por los coordinadores de todas las UU.DD., y en las sesiones están invitados los tutores y coordinadores de las UU.DD. implicadas.

**Conclusiones.** El Cas Attack es una experiencia docente novedosa y única en medicina familiar y comunitaria, propuesta desde la vocalía de residentes. Por el momento se han realizado dos sesiones clínicas que han levantado gran expectación, y esperamos que tenga continuidad y se siga apostando por la descentralización de las reuniones docentes por toda la comunidad autónoma.

### DIFERENCIAS EN EL ESTILO DE CONSULTA Y LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE TRAS EL TERCER AÑO DE RESIDENCIA DE MEDICINA DE FAMILIA

I. Jaramillo Martín, R. Ruiz Moral, M. Gámez Gámez, J. Parras Rejano, L. Pérula de Torres y A. González Caballero

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Córdoba. Andalucía.  
Correo electrónico: langel.perula.sspa@juntadeandalucia.es

**Objetivos.** Determinar diferencias en la percepción que el paciente tiene de la consulta de APS tras el tercer año de residencia de Medicina de Familia. Valorar cambios en el estilo de consulta empleado.

**Diseño y metodología.** Estudio cuasi-experimental, pre-postintervención. Durante los primeros días que el residente pasaba consulta (pre), se realizó una encuesta post-visita a 395 pacientes que acudieron a 4 centros de salud, preguntándoles sobre la percepción que habían tenido. Se repitió a 410 pacientes antes de que el residente finalizara la especialidad (post). Se evaluó la conducta comunicacional mediante videograbación y con el cuestionario GATHA.

**Resultados.** Habían tenido la oportunidad de explicarle al médico todo lo que querían decirle: 79,8% pre y 94,1% post; se había sentido escuchado por su médico: 88,3% pre y 95,3% post; había comprendido el médico su problema: 83,1% pre y 94,8% post; el médico le había informado con claridad sobre lo que le ocurre: 67,1% pre y 73,9% post; le ha informado sobre lo que tiene que hacer: 65,7% pre y 74,7% post; está de acuerdo con el tratamiento 76,1% pre, 88,9% post ( $p < 0,05$ ). Tras un año de residencia, mejora la puntuación obtenida con el GATHA (12,68 vs. 13,47 ( $p = 0,006$ )).

**Conclusiones.** La percepción que el paciente tiene de la consulta mejora al finalizar su residencia. El estilo de consulta también mejora, aunque una evaluación de la interacción comunicativa con instrumentos como el GATHA no refleja suficientemente estas diferencias.

(Financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y la SAMFYC).

## Presentación 10 mejores comunicaciones

12.00-14.00 h - Sala Sevilla

### UNA EXPERIENCIA EDUCATIVA CON ADOLESCENTES

A. Villarín Castro, S. Callejas Pérez, O. Rodríguez Rodríguez, P. Méndez Muñoz, C. Fábrega Alarcón y B. Fernández Martínez

CS Sillería. CS Santa María de Benquerencia. CS La Puebla de Montalbán. CS Fuensalida. Unidad Docente MFyC. Toledo. Castilla-La Mancha.  
Correo electrónico: alejandro\_villarín@yahoo.es

**Objetivos.** Diseñar y desarrollar una intervención educativa en educación para la salud para la prevención del consumo de drogas de abuso, el contagio de E.T.S. y embarazos no deseados, dirigida a adolescentes (alumnos de 2º y 4º de la E.S.O.), llevada a cabo por residentes de tercer año.

**Descripción / metodología.** Intervención comunitaria educativa, en forma de concurso de mensajes publicitarios, ofertado a los institutos de la ciudad. Se premiaban los mejores mensajes sobre prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas (estudiantes de 2º de E.S.O.), embarazos no deseados y E.T.S. (4º). Los mensajes podían ir en formato TV, radio o prensa. Cada instituto era apoyado por dos residentes que presentaban el concurso a los estudiantes, daban charlas educativas sobre los aspectos citados y entregaban a los grupos de trabajo un dossier sobre los temas. Los premios consistían en la emisión/publicación de los mensajes ganadores en medios de comunicación locales y regionales. Antes de la intervención se pasó a los alumnos un test de actitudes y comportamientos, que volvió a realizarse al finalizar la intervención, para comprobar la existencia de diferencias.

**Conclusiones.** Para los residentes ha supuesto una experiencia gratificante y la constatación de que el segundo apellido de nuestra especialidad es muy importante. Se han observado mejoras en los conocimientos y actitudes sobre el consumo de drogas de abuso y la prevención de E.T.S. y embarazos no deseados en los adolescentes.

**Nota aclaratoria:** El proyecto fue premiado en la edición 2003 de los premios PACAP de la semFYC.

### POR QUÉ SE ELIGE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO POR UN PROBLEMA DE SALUD QUE PODRÍA SER RESULTO EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO

M. Fernández de Sanmamed, M. Pasarín, J. Calafell, D. Rodríguez, C. Borrell y S. Campasol

Institut Català de la Salut. Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona. Regió Sanitària de Girona del Servei Català de la Salut. Girona. Proyecto Financiado Parcialmente por la Agència d'avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Cataluña.  
Correo electrónico: 14848mfs@comb.es

**Objetivo.** Conocer porqué las personas acuden a urgencias hospitalarias (SUH) ante un problema de salud de baja complejidad.

**Metodología-diseño.** Investigación cualitativa fenomenológica-interaccionista. Se diseñó una muestra teórica seleccionando dos áreas geográficas de Catalunya: urbana y rural. En cada contexto se buscaron personas que habían acudido a un SUH y a un centro extrahospitalario para atención urgente un mes antes del inicio del trabajo de campo. Los datos se obtuvieron mediante ocho grupos focales. El número total de informantes fue de 36. Se realizó un análisis de contenido de tipo interpretativo, codificando las categorías emergentes mediante triangulación entre investigadoras.

**Resultados.** Emergieron cinco categorías: síntomas, elaboración autodiagnóstico, percepción de necesidad, conocimiento de la oferta, contexto global de la persona. Los síntomas generan la consideración de pérdida de salud e inician-desencadenan la acción. La elaboración del autodiagnóstico determina la necesidad-tipo de atención. Del contraste entre la percepción-tipo de necesidad y el conocimiento de la oferta de los servicios (que no siempre se corresponde con la real), así como de la situación vital de la persona surge la decisión de acudir a un servicio u otro y se ge-

nera la acción. Los informantes tienen mejor conocimiento de la oferta de los SUH que de la atención primaria. El factor tiempo aparece como básico en la toma de decisiones.

**Conclusiones.** La elaboración de un autodiagnóstico es crítico en la determinación de la acción, pero, el conocimiento de la oferta de los servicios, las experiencias previas, y la situación vital de la persona, modulan la demanda.

### CUESTIONARIO POSTAL COMO INSTRUMENTO PARA CONOCER A NUESTROS MAYORES

*E. Rayó Martín, A. Muñoz, Pena, R. Monteserín Nadal, M. Galán Díez, M. Fornasini y C. Brotons Cuixart*

EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: erayo@eapsardenya.net

**Objetiva.** El objetivo de nuestro estudio fue valorar el estado de salud y aspectos socio-económicos de los ancianos de nuestra área mediante un cuestionario autoadministrado remitido por vía postal.

**Diseño y metodología.** Estudio descriptivo transversal basado en el cuestionario multidimensional, desarrollado por el Royal College of General Practitioners of England. Se remitió por correo a todos los pacientes de 75 o más años adscritos en nuestro Centro. Incluía 18 cuestiones sobre aspectos sociales, actividades de la vida diaria, problemas sensoriales, problemas médicos, aspectos cognitivos, medicación y hábitos tóxicos.

**Resultados.** De 1973 sujetos elegibles, 1299 respondieron el cuestionario (65,8% de participación). El 66% eran mujeres, la edad media fue de 82 años. El 63% de los participantes autocumplimentaron el cuestionario y un 37% fue cumplimentado con ayuda de otros. Vivían solos el 29%, el 42% presentó dificultades para una o más actividades de la vida diaria. El 40% no se consideraban físicamente activos. 42% tenían incontinencia urinaria ocasional. El 93% tomaban alguna medicación siendo la media de 4 medicamentos. El 5% eran fumadores. El 25% referían problemas de memoria. Un 24% de los sujetos habían sufrido una caída los últimos 6 meses. Un 45% tenía déficit auditivo y un 41% visual. El 42% tenía dificultades para llegar a fin de mes.

**Conclusiones.** Los cuestionarios postales son un método sencillo y efectivo para identificar problemas sociales y de salud de la población mayor desde Atención Primaria. Una parte importante de nuestra población se podría considerar frágil.

### INTERVENCIÓN SOBRE LOS PACIENTES HIPERUTILIZADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA: ENSAYO ALEATORIO CONTROLADO

*J. Bellón Saameño, A. Rodríguez Ballón, R. Castillo Castillo, A. Gallardo Raya, M. Caballero de las Olivas e I. Moreno Moreno*

CS El Palo. Málaga. CS San José. Linares. Jaén. Andalucía.  
Correo electrónico: tmcnavate@samfyc.es

**Objetiva.** Comprobar si una intervención sobre los hiperutilizadores (HU) reduce la utilización de las consultas.

**Diseño.** Ensayo aleatorio controlado (aprobado por CEIC) *Ámbito de estudio.* Centro de salud mixto.

**Sujetos.** A 3 médicos se les asignó la intervención (GMI) y a otros 3 no (GMC). Del GMC se eligieron al azar 60 HU (GPC1) y GPC2. Del GMI, a 60 HU se les aplicó la intervención (GPI) y a otros 60 HU no (GPC2). El GMI fue ciego al GPC2.

**Intervención.** El GMI recibió un taller sobre el manejo del HU de 15 horas. La intervención sobre el GPI consistió en un análisis biopsicosocial, organizativo y relacional realizado en equipo, consensuándose un plan para cada paciente.

**Determinaciones.** Los 60 pacientes del GPI y los 120 del GMC1 y GMC2 fueron entrevistados por encuestadores externos. Se midieron variables socio-demográficas, de interfase usuario-proveedor, morbilidad (CIAP) y psicosociales: ansiedad (STAI), depresión (Beck), apoyo social (Duke), función familiar (FES), e hipocondría (IBQ). La utilización total se midió durante el año de seguimiento.

**Resultados.** No acabaron 10 pacientes del GPI, 6 del GPC1 y 11 del GPC2. No hubo diferencias entre perdidos y válidos en cuanto a las variables del estudio. Al principio tampoco hubo diferencias entre los pacientes válidos del GPI con los del GPC1 y GPC2. Al final el GPI obtuvo una utilización media de 14,4 (12,2-16,6) y el GPC1 de 24,0 (21,0-27,0),  $p < 0,001$ , y el GPC2 de 17,4 (14,6-20,17),  $p = 0,104$ .

**Conclusiones.** Una intervención biosicosocial, organizativa y relacional reduce la utilización de los HU de atención primaria.

### CONDUCTA COMUNICACIONAL DE RESIDENTES DE FAMILIA EN LOS MOMENTOS INICIALES Y FINALES DE LA CONSULTA

*J. Parras Rejano, R. Ruiz Moral, J. Alcalá Partera, E. Castro Martín, A. González Caballero y L. Pérula de Torres*

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Córdoba. Andalucía.  
Correo electrónico: langel.perula.sspa@juntadeandalucia.es

**Objetiva.** Describir la conducta comunicacional de residentes de medicina de familia en consultas de atención primaria.

**Diseño y metodología.** Estudio observacional descriptivo. Videgrabamos 307 entrevistas de 37 residentes de 3er año de Medicina de Familia y pacientes que consultan por problemas clínicos. Las fases inicial, primeros dos minutos de toma de información y cierre de entrevista se analizaron y registraron mediante cuestionarios específicamente diseñados, por dos evaluadores entrenados por un experto en comunicación. Análisis estadístico uni-bivariado ( $p < 0,05$ ).

**Resultados.** Duración media de los encuentros  $7' 39'' \pm 3' 38''$  (mediana  $7'$ ), fase de apertura  $17,80'' \pm 18,53''$  (mediana  $11''$ ) y cierre  $23,10'' \pm 45,32''$  (mediana  $10''$ ). Al inicio del encuentro no hubo charla social (88%), ni contacto físico (97%) y tuvieron pobre contacto visual con los pacientes (mediana  $4'$ ). En la fase de toma de información en el 53% de entrevistas se interrumpió a los pacientes, redirigiendo (media para expresarse antes de primera pregunta que redirige  $23''$  ( $2'' - 110''$ )). Durante el cierre los residentes no dan ánimo ni apoyo (79%), ni charla social (90%), ni clarificación plan (87%), ni resumen la sesión (98%), ni chequean comprensión (99%). El hecho de sacar nuevos problemas en el cierre se asoció con redirigir o no la entrevista (22% vs. 12,6%;  $p = 0,032$ ). Redirigir no ahorró tiempo de consulta.

**Conclusiones.** Los residentes no realizan determinadas conductas recomendadas en los momentos iniciales y finales de las entrevistas, produciéndose algunas consecuencias negativas en el proceso de la consulta.

*Subvencionado Consejería de Salud Exp 278/03.*

### FACTORES PREDICTORES DE LA PROGRESIÓN HACIA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

*J. Cabré Vila, E. Martí Suau, L. Peralta Encinas, I. Cort Miró, J. Conchillo Muñoz y R. Mas Esxoda*

ABS Reus-1. Reus. Cataluña.  
Correo electrónico: jcabrev@medynet.com

**Objetivos.** Analizar qué factores predicen, sobre la población mayor de 75 años atendida en nuestro Centro de Salud que acude a consulta habitualmente, la entrada en el programa de atención domiciliaria (ATDOM) en un plazo de un año.

**Diseño.** Estudio longitudinal prospectivo para evaluar la incidencia de paso hacia ATDOM.

**Emplazamiento.** Centro urbano (17.000 habitantes).

**Sujetos.** Sobre 990 sujetos mayores de 75 años se selecciona aleatoriamente una muestra de 103, suficiente para una potencia estadística del 80% y un error alfa de 0,05.

**Medidas e intervenciones.** Para cada individuo de la muestra se recogen variables sociodemográficas, características de la vivienda y del cuidador, patologías, escala cognitiva (Pfeiffer) y escala funcional (índice de Barthel). Se realiza seguimiento trimestral de cada sujeto, evaluando: número de asistencias (a consulta o domicilio), paso al ATDOM y pérdidas de seguimiento. Se realiza análisis multivariante por el método de riesgos proporcionales de Cox, considerando punto final la primera visita en ATDOM.

**Resultados.** La edad media fue de 81,2 años, 66% mujeres. Según el análisis multivariante, los factores predictores de paso a ATDOM fueron, al año: edad superior a 80 años (OR = 1,8), vivir solo (OR = 1,2), así como tener dependencia para una o más actividades básicas de la vida diaria (OR = 1,4). No alcanzaron significación estadística y se excluyeron del modelo enfermedades crónicas, alteraciones cognitivas, falta de cuidadores y barreras arquitectónicas.

**Conclusiones.** Las variables más predictivas de progresión al ATDOM han sido la edad avanzada y el hecho de vivir solo, así como cualquier grado de dependencia.

### VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE DEMANDA INDUCIDA POR EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (FIS 00/1046)

J. Bellón Saameño, T. Martínez-Cañavate, A. Delgado Sánchez, J. Luna del Castillo, L. López, Fernández, y P. Lardelli Claret

CS El Palo. Málaga. Unidad Docente MFyC de Granada. Departamentos de Estadística y Medicina Preventiva de la Universidad de Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. Andalucía. Correo electrónico: tmcnavate@samfyc.es

**Objetivo.** Validar una escala para medir la demanda inducida (EDI) por el médico de atención primaria.

**Diseño.** Estudio multicéntrico, transversal, de validación de cuestionarios. **Ámbito y sujetos de estudio.** Muestra polietápica de 38 Centros de Salud y 333 médicos de familia.

**Instrumentalización y determinaciones.** La EDI constaba de 4 viñetas clínicas a priori resueltas clínicamente con 4 opciones de repuesta cada una. Los médicos también cumplimentaron un cuestionario de variables del profesional y de la organización de su consulta (164 ítems, con escalas validadas). De los 333 médicos, una muestra aleatoria de 102 volvieron a cumplimentar el EDI pasados 6-15 días.

**Resultados.** El análisis factorial demostró un solo factor. El alfa de la escala fue de 0,73 y ningún ítem lo aumentó al extraerlo de la escala. El coeficiente de correlación ítem-escala-correcto varió entre 0,45-0,59. El coeficiente de correlación intraclase de la escala fue 0,81 y el de los ítems varió entre 0,72-0,77. La regresión lineal múltiple con la EDI como variable dependiente mostró su relación significativa con la menor puntuación en la escala de organización administrativa ( $R^2 = 0,230$ ), mayor nº de visitas/año del médico ( $R^2 = 0,096$ ), no ser tutor de MFyC ( $R^2 = 0,037$ ), mayor tamaño del cupo ( $R^2 = 0,030$ ), elevada tensión médico-enfermera ( $R^2 = 0,017$ ), menor publicación de artículos originales ( $R^2 = 0,015$ ), mayor edad del profesional ( $R^2 = 0,011$ ), clima organizacional negativo ( $R^2 = 0,012$ ) y mayor frecuencia de motivo administrativo de consulta ( $R^2 = 0,011$ ).

**Conclusiones.** La EDI es válida y fiable. Disponemos de un instrumento útil para emplear en estudios de organización y eficiencia en las consultas de atención primaria.

### FACTORES PREDICTIVOS DE LA APARICIÓN DE MICROALBUMINURIA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

A. Gil Amella, R. Sánchez Vaño, S. Padilla Ruiz, A. Reguart Aransay, D. Gutiérrez Valverde y J. Gimeno Orna

Hospital Comarcal de Alcañiz. Alcañiz. Aragón. Correo electrónico: agilamella@yahoo.es

**Objetivos.** Determinar los factores predictivos para la aparición de microalbuminuria o proteinuria en una cohorte de pacientes con diabetes tipo 2 y excreción de albúmina urinaria (EAU) inicial normal.

**Material y métodos.** Se seleccionaron pacientes con diabetes tipo 2 normoalbuminúricos. La duración mínima del seguimiento fue de 2,66 años y la máxima de 7,33 años, con una mediana de 5,5 años. La variable dependiente fue la progresión de la EAU hasta microalbuminuria o proteinuria. Se construyeron modelos de regresión logística univariantes y multivariantes para calcular las odds ratios (OR) de las distintas variables predictoras. Se utilizaron curvas ROC para determinar el mejor punto de corte de las variables significativas en análisis multivariante.

**Resultados.** Se incluyeron 271 pacientes (35,4% varones). La edad media fue de 63,5 años (DE 8,9). Hubo 57 pacientes (21%) que progresaron a microalbuminuria y 4 (1,5%) a proteinuria. En análisis multivariante el principal predictor de progresión de la EAU fue el cociente colesterol total/HDL (OR = 1,32; IC 95% 1,11-1,56;  $x^2 = 10,3$ ;  $p = 0,0014$ ). Otros predictores independientes fueron la HbA1c (OR = 1,29; IC 95% 1,05-1,6;  $x^2 = 5,6$ ;  $p = 0,018$ ) y la edad (OR = 1,045; IC 95% 1-1,09;  $x^2 = 5,4$ ;  $p = 0,02$ ). El punto de corte del cociente de colesterol total/HDL que mejor predecía la aparición de microalbuminuria o proteinuria fue de 6 y el de HbA1c de 9%.

**Conclusión.** Hemos hallado un importante papel predictivo de la dislipemia y de la hiperglucemia en la progresión de la EAU hasta el rango de microalbuminuria o proteinuria en pacientes con diabetes tipo 2 normoalbuminúricos.

### ¿MEJORA LA CALIDAD DE VIDA Y EL USO DE LOS INHALADORES EN LOS PACIENTES CON ASMA Y/O EPOC DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA?

E. Vilert Garrofa, M. Pallarés Segarra, S. Rodríguez Requejo, M. Pérez Oliveras, S. Sendra Salillas y X. Pérez Berrueto

CAP Dr. Josep Alsina i Bofill. Palafrugell. CAP La Bisbal. La Bisbal d'Empordà. CAP Torroella de Montgrí. Torroella de Montgrí. Girona. Cataluña. Correo electrónico: evilert@hospal.es

**Objetivo.** Valorar si mejora la calidad de vida y el uso correcto de los inhaladores de pacientes diagnosticados de asma y/o EPOC después de una intervención educativa.

**Método.** Ensayo clínico aleatorizado realizado entre enero 2001-diciembre 2003, en tres centros de salud semirurales (54079 habitantes). Se incluyeron pacientes con diagnóstico inicial de asma y/o EPOC que utilizaban inhaladores. Tamaño de la muestra: probabilidad uso correcto inhaladores = 20%; mejoría significativa = 50%; nivel de confianza = 95%, potencia = 90%; N = 208. Se excluyeron 23 pacientes, quedando 185 pacientes (103 EPOC y 82 asmáticos). Se citaron a consulta médica en dos ocasiones: inicio (diagnóstico y estadiaje, posterior aleatorización y a los dos años (nueva valoración). La intervención educativa de enfermería se realizó al inicio y tres intervenciones grupales. Variables estudiadas: test uso correcto inhaladores, test calidad vida (ST. George).

**Resultados.** Finalizaron el estudio 143 pacientes (52% asma; 47% EPOC). Mujeres: 43% y hombres: 57%. Media edad: 59 años (DE: 14,7). Intervención en 60 pacientes (42,4%); 32 MPOC y 27 asma. Media de errores del uso de inhaladores: 1. Grupo control inicio 2,04 y final 1,43 ( $p < 0,05$ ); 2. Grupo intervención inicio 2,32 y final 1,17 ( $p < 0,05$ ). Calidad de vida total: grupo control -inicio 36,6 / 100 ítems y final 30,7 / 100 ( $p < 0,05$ ); grupo intervención -inicio 40,1 / 100 ítems y final 32,3 / 100 ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones.** Participar en el estudio ha mejorado el uso de los inhaladores y la calidad de vida, independiente de la intervención educativa. Creemos importante sistematizar las intervenciones diagnósticas y de seguimiento en los pacientes con asma y EPOC.

### IMPACTO POTENCIAL DE LA FIBRINOLISIS PREHOSPITALARIA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

J. Garmendia Leiza, M. Aguilar García, J. López. Messa, J. Andrés de Llano, R. Pasual Palacín y S. Marabini Trugeda

Laboratorio de Cronobiología. Facultad de Medicina. Valladolid. UCI Hospital Río Carrión. Palencia. CS Carrión de Los Condes. Palencia. Castilla y León Correo electrónico: jrgarmen1@tiscali.es

**Objetivo.** Evaluar en pacientes con Infarto de Miocardio con Elevación ST (IMEST), sometidos a fibrinólisis (FX) hospitalaria, previamente atendidos por Servicios de Urgencias prehospitalarios (SUPH), el impacto que tendría la aplicación del procedimiento por dichos servicios.

**Métodos.** Estudio de cohorte retrospectivo, base datos ARIAM (años 1997-2002). Pacientes incluidos por IMEST sometidos a FX. Variables: Edad, sexo, Killip, localización IMEST, retraso síntomas-FX, porcentaje FX en 1ª y 2ª hora. Grupos estudio: I: Casos sometidos a FX hospitalaria, previamente atendidos por SUPH. II: Los mismos casos, asumiendo realizar la FX por los SUPH, calculándose el retraso síntomas-FX y porcentajes de FX en 1ª y 2ª hora que se hubieran producido. Valores media (IC 95%), tiempos en mediana (RIC). Análisis estadístico Chi2 y Tests no-paramétricos.

**Resultados.** Se analizaron 12362 pacientes con IMEST, edad 63,5 (63,3-63,7), 78,9% varones, Killip (I 75,3%, II 12,5%, III 5,5%, IV 6,7%), Localización (Ant. 42,4%, Inf. 50,1%, Otros 7,5%). Atendidos por SUPH 1862 (15,1%). FX por SUPH 107 (0,9%). Atendidos por SUPH y FX hospital 1755 (14,2%). Retraso síntomas-FX [I: 150 (100) / II: 60 (67)]  $p = 0,000$ , FX 1ª hora (I: 5,9% / II 45,5%)  $p = 0,000$ , FX 2ª hora (I: 30,6% / II 73,6%)  $p = 0,000$ .

**Conclusiones.** Infrautilización de los SUPH en IMEST. FX prehospitalaria poco utilizada. La FX prehospitalaria posee un importante potencial de mejora asistencial, reduciendo el retraso e incrementando considerablemente la tasa de FX en 1ª y 2ª hora. Sería necesaria una mayor utilización de los SUPH y su capacitación para la FX.