

## COMUNICACIONES ORALES

Jueves, 24 de noviembre

## Sesión 1

9.30-11.30 h - Sala 4+5 Palacio de Congresos y Exposiciones de Galicia

## MESA 5

## Diabetes tipo 2: un gran reto en el futuro de la atención primaria

## LAS GUÍAS CLÍNICAS EN DIABÉTICOS. DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

A. Rivas Mouteira., M. Badía Capdevila., N. Cabeza Hurtado., M.I. Fernández Sanmartín., X. Mundet Tuduri y R. Gimbert Rafols

Cap Carmel. Barcelona. Cataluña 35388  
Correo electrónico: nch@comb.es

**Objetivos.** Describir el grado de adecuación de la prescripción de antidiabéticos, antihipertensivos, hipolipemiantes y antiagregantes según recomendaciones vigentes, en diabéticos tipo II, en 1997 y 2002.

**Tipo de Estudio.** Estudio transversal entre 1997 y 2002 sobre una cohorte de diabéticos.

**Ámbito del estudio.** Centro de Salud urbano.

**Sujetos.** Se seleccionan los pacientes diabéticos seguidos desde 1997 hasta 2002 (n = 175).

**Mediciones e intervenciones.** La información clínica y farmacológica se obtiene de historia clínica. Se recogen los grupos farmacológicos clasificándose según ATC, y variables clínicas (IMC, creatinina, LDL, HbA1c, PAS, PAD, RCV). Se comparan los tratamientos prescritos con el perfil clínico del paciente, según recomendaciones de la Guía GEDAPS (1995 y 2000).

**Resultados.** Tras 5 años se observa un aumento de prescripción en los grupos evaluados. En los hipertensos mal controlados, los antihipertensivos aumentan del 62,6% en 1997 al 77,8% en 2002 (p = 0,01). En pacientes con IMC > 25 el uso de metformina asciende del 4% al 60,6% (p < 0,0001). Si HbA1c > 7,5%, la insulina varía del 45,5% al 60,0% (p = 0,08) y, si creatinina > 1,5 mg/dl, aumenta de 50,0% al 100% (n = 4 y 7). Si LDL elevada: en prevención primaria, el uso de hipolipemiantes asciende del 29,2% al 45,8% (p = 0,09); en prevención secundaria del 28,5% al 52,2% (p = 0,16). En pacientes con RCV > 20 y prevención primaria los antiagregantes ascienden del 3,8% al 21,4% (p = 0,0007), y con algún evento cardiovascular del 57,6% al 64,9% (p = 0,57).

**Conclusiones.** 1) En el 2002 se observa una mayor adecuación a las recomendaciones de prescripción. 2) Entre 1997 y 2002 se generaliza el uso de metformina en obesos. 3) Infrautilización de antiagregantes en prevención secundaria.

## ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE DIABÉTICO: ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE SEGUIMIENTO

R. Cuenca del Moral, P. Vega Gutiérrez, M.M. Becerra Mayor, R. Bordallo Aragón, M.D. Ortiz Fernández y F. Muñoz Cobos

Centro de Salud El Palo. Málaga. Andalucía.  
Correo electrónico: rebecuenca@hotmail.com

**Objetivos.** Evaluar la calidad de la asistencia prestada en la prevención y el seguimiento del paciente diabético en atención primaria

**Tipo de estudio:** Descriptivo retrospectivo.

**Ámbito del estudio.** Centro de Salud urbano.

**Sujetos.** Pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus tipo 2 (código CIAP-2 = T90) en febrero de 2005 (N = 2335). Muestreo aleatorio sistemático (alfa = 0,05, potencia = 0,90) n = 96.

**Mediciones e intervenciones.** Edad, sexo, HbA1c, hábito tabáquico, sobrepeso, obesidad, tratamiento total con metformina, enfermedad cardiovascular, microalbuminuria, exploración de los pies, realización de fondo de ojo. Criterios de calidad (referidos a proceso asistencial y resultados durante el año 2004): 1) Realización de HbA1c anual; 2) Realización de consejo antitabaco en fumadores; 3) Tratamiento con metformina en diabéticos con sobrepeso u obesidad; 4) Tratamiento con AAS a baja dosis en pacientes con enfermedad cardiovascular; 5) Determinación de microalbuminuria anual; 6) Exploración anual de pies; 7) Exploración bianual de la retina (2003-2004)

**Resultados.** Edad 66,65, mujeres 62,5%. Cumplimiento de criterios: 1) Realización de HbA1c anual 57,3% (47,5-67,1). HbA1c media 7,67%. HbA1c < / = 7% 41,8%; 2) Consejo antitabaco en fumadores 72,7% (63,8-81,6). Fumadores 11,5%; 3) Tratamiento con metformina en pacientes diabéticos con sobrepeso u obesidad: 59,4% (49,5-69,3). Sobrepeso 14,6%. Obesidad 57,3%. Tratamiento total con metformina 53,1%; 4) Tratamiento con AAS en pacientes con enfermedad cardiovascular: 76,4% (67,9-84,9). Enfermedad cardiovascular 19,8%; 5) Determinación de microalbuminuria anual: 38,9% (29,1-48,7). Microalbuminuria patológica 11,5%; 6) Exploración anual de pies: 22,9% (14,5-31,3). Exploración pies patológica 3,1%; 7) Exploración bianual de la retina: 22,1% (13,8-30,4). Exploración retina patológica 4,2%.

**Conclusiones.** Menos de la mitad de los pacientes están en rango objetivo de HbA1c. Son mejorables la determinación de microalbuminuria anual, la exploración anual de los pies y la exploración bianual de la retina.

## SERVICIO DE CRIBADO OCULAR INTEGRAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Arumí Prat, J. Espinàs Boquet, B. Barragán Camín, R. Codinachs Alsina, A. Vera Morell y R.M. Salla Tarragó

ABS Sta. Eugenia de Berga. SAP Osona. Sta. Eugenia de Berga. Cataluña  
Correo electrónico: montseap@telefonica.net

**Objetivos.** Efectuar el cribado ocular integral (fondo de ojo con cámara no midriática, tonometría, agudeza visual) de los pacientes DM1 y DM2. Mejorar la accesibilidad de los usuarios. Aumentar el número de pacientes DM con una correcta revisión ocular.

**Descripción.** El Servicio de Cribado Ocular (SCO) del Servicio de Atención Primaria de nuestra zona se inauguró en julio del 2001 y atiende a una población de 120.000 habitantes. El número estimado de DM1 y 2 es de 5.544. Pueden derivar al SCO todos los médicos de familia, endo-

crinólogos y oftalmólogos de la zona. El personal del SCO está formado por una enfermera, dos médicos de familia y un oftalmólogo de referencia. Semanalmente un médico de familia hace la lectura de las retinografías, la evaluación del resultado de la agudeza visual y tonometría.

**Conclusiones.** Resultados de la población atendida; edad: 61,5 (13,8) años, sexo: hombres (53,6%) y mujeres (46,4%). El 7,9% son DM1, el 92,1% DM2. Se visitaron 1.496 pacientes en el 2004 (27% del total). El 15,7% presentan retinopatía diabética, 4,6% retinopatía hipertensiva, 10% cataratas, 10,4% presión ocular elevada y el 44,9% déficit de agudeza visual corregible con gafas. El SCO de nuestra zona ha conseguido duplicar los pacientes visitados en dos años, con una lista de espera de 4-5 días, derivando al servicio de oftalmología de referencia el 12,3% de los pacientes y al optometrista el 45%. Los médicos de familia, correctamente formados, pueden asumir la evaluación ocular integral de los pacientes DM. Esperamos que en un futuro se extienda esta experiencia en nuestro país.

### EL REGISTRO CONTINUO DE LA GLUCOSA IDENTIFICA LA HIPERGLUCEMIA NO RECONOCIDA MEDIANTE PRUEBAS CONVENCIONALES EN SUJETOS DE ALTO RIESGO PARA LA DIABETES TIPO 2

B. Costa Pinel, J. Vizcaino Martín, J.J. Cabré Vila, C.M. Fuentes Bellido, J. Boj Casajuana y G. Record

Unidad de Investigación en Diabetes y Metabolismo. Institut Català de la Salut. Atención Primaria. Reus-Tarragona. Reus, Tarragona. Cataluña. Correo electrónico: costaber@gmail.com

**Objetivos.** Estimar las posibles implicaciones diagnósticas de la hiperglucemia inadvertida en sujetos con alto riesgo de diabetes tipo 2.

**Tipo de estudio.** Estudio transversal.

**Ámbito del estudio.** Atención Primaria, multicéntrico (5 centros).

**Sujetos.** Sujetos de 40-75 a. con hiperglucemia no diabética en los 2 últimos años y, al menos, un elemento del síndrome metabólico.

**Mediciones e intervenciones.** Una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) estableció el diagnóstico actual (normalidad-prediabetes) excluyendo la diabetes. Se desarrolló un registro continuo de la glucemia (RCG) ambulatorio mediante biosensor subcutáneo (GlucoDay®) implantado 48 h, calibrado por glucemia plasmática. Informatizados los perfiles glucémicos continuos, se revisó la concordancia temporal con el diagnóstico de inclusión (criterios-OMS).

**Resultados.** Hasta junio-2005, 50 de 58 sujetos seleccionados fueron monitorizados descartando los perfiles de 9 (18%) por no reunir la calidad óptima. Se validaron 41 (82%) (63,4% mujeres; edad media = 59 a.; IMC = 31,2; HbA1c = 5,2%; índice HOMA = 2,71), correspondiendo 17 (41,4%) a sujetos con PTOG normal y 24 (58,6%) con prediabetes. Tras rechazar el 29% de los datos por razones técnicas, el tiempo medio de RCG efectivo fue 33,7 horas/sujeto (glucemia media = 107 mg/dl). Tanto aquellos con PTOG normal como prediabética presentaron hiperglucemia > 110 mg/dl (basal) o > 140 mg/dl (no-basal) durante un 13,7% del tiempo total de registro (4,6 horas). En ambos grupos concurren criterios de diabetes (basal > 126 o no-basal > 200 mg/dl) durante el 3,6% del tiempo (1,2 horas) y el 3,3% (1,1 horas), respectivamente.

**Conclusiones.** El RCG fue bien tolerado evidenciando altos índices de hiperglucemia no reconocida con las pruebas convencionales. Un criterio diagnóstico homólogo, la glucemia al azar (en cualquier momento del día), debería implementarse para cribar la diabetes.

### CÓMO ANTIAGREGAMOS A NUESTROS DIABÉTICOS

I. Ayala Viguera, M.M. López Navarro, A. Nieto Fernández-Pacheco, F. Crespo Ramos, P.A. Alcántara Muñoz y M. López Piñera

Centro de Salud Virgen de la Consolación. Molina de Segura (Murcia). Murcia. Correo electrónico: maripezcocto@yahoo.com

**Objetivos.** Evaluar la calidad de antiagregación en nuestros pacientes diabéticos.

**Tipo de estudio.** Observacional, transversal y retrospectivo.

**Ámbito del estudio.** Diabéticos atendidos en el centro de salud.

**Sujetos.** De la población atendida por un EAP, se estudian los pacientes diabéticos registrados en OMI (código T90) hasta Junio 2004 (1025), de los cuales se selecciona una muestra de 102 pacientes mediante un proceso de aleatorización con un tamaño muestral definido para un alfa: 0,05 y una precisión del 10%, con una prevalencia del 50%.

**Mediciones e intervenciones.** Variables utilizadas: Edad, género, HTA, hipercolesterolemia, fumador, cardiopatía isquémica, ACV, AIT, by-pass, arteriopatía periférica, IMC, tipo de antiagregación/anticoagulación y dosis. Se analizaron criterios de prevención 1ª y 2ª de antiagregación mediante t-student y Chi cuadrado.

**Resultados.** a) El 37,3% (IC 95%: 30,16- 44,44) de los diabéticos estaban antiagregados/anticoagulados, siendo el 84,2% tratados con antiagregante. b) El 84,4% de los antiagregados tomaban dosis ≤ 150 mg de AAS.

c) Cumplían criterios de prevención 2ª para antiagregar el 18,6% y de prevención 1ª el 60,4%. d) Los antiagregados/anticoagulados están en relación con presentar criterios de prevención 2ª (p < 0,05), mientras que en prevención 1ª no se han encontrado diferencias significativas.

**Conclusiones.** Hay mayor tendencia para antiagregar/anticoagular ante criterios de prevención 2ª, existiendo una resistencia mayor para la antiagregación en prevención 1ª.

### ESTADO DE SALUD ORAL DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 (DM2): RELACION CON OBESIDAD Y GRADO DE CONTROL DE LA DIABETES

R.B. Rodríguez Pato, C. García Iglesias, L.M. Meijide Calvo, M.C. Tüñez Bastida, M.C. Fernández Merino y J. Rey García

Centro de Salud. A Estrada. Pontevedra. Galicia. Correo electrónico: raquel.rodriguez.pato@sergas.es

**Objetivos.** Conocer el estado de salud oral de pacientes con DM2.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito del estudio.** Centro de salud. Sujetos: 74 pacientes mayores de 60 años seleccionados aleatoriamente entre los incluidos en el programa de DM2.

**Mediciones e intervenciones.** Datos clínicos: años con diabetes, datos antropométricos, analítica. Exploración odontológica: número de dientes, Índice CAO, uso de prótesis, sensibilidad dental, mucosas, sintomatología de la articulación temporomandibular (ATM). Los resultados se expresan en medias y proporciones con sus intervalos de confianza al 95%.

**Resultados.** Edad media 72 años (DE: 6,44); 66% mujeres; 11 años de evolución de DM2. IMC ≥ 30 en el 55%; 67% con HbA1 < 7. Una paciente todos sus dientes, al 59% le faltaban al menos 15. Índice CAO: 18,7 (IC95%: 16,86-20,57), 20,72 en hombres (IC95% = 17,83-23,61) y 17,69 (IC95% = 15,28-20,10) en mujeres. El peso mayor recae en el componente A (ausentes): 16,47 (IC95%: 14,44-18,50). El componente C (caries) es de 0,78 (IC95%: 0,66-0,90), y el componente O (obturados) de 1,46. Una paciente presentó un CAO = 0, 84% CAO ≥ 10, usando prótesis sólo el 69%. 25% referían sensibilidad, 5% mucosas patológicas. El 4% presentaron sintomatología de la ATM. El CAO en pacientes con IMC ≥ 30 fue 19,69 (IC95%: 16,62-22,77) y 18,81 (IC95%: 15,77-21,86) en pacientes con IMC < 30 (no significativo). Tampoco se encontraron diferencias significativas en el CAO de los pacientes con HbA1 ≥ 7 y HbA1 < 7.

**Conclusiones.** Aceptable grado de control de DM2. Elevado CAO, a costa de pérdida de dientes, sin aparente relación con peso, ni con la HbA1. Insuficiente uso de prótesis.

**Financiación:** Xunta de Galicia PGIDIT 03SAN00006PR.

## PONENCIA 3

### Telemedicina: nexo de unión entre atención primaria y atención especializada. Ventajas e inconvenientes

### ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA (ARP) SILENTE EN UNA POBLACIÓN DE RIESGO DEL ÁREA MEDITERRÁNEA

F. Bobé Armant, M.E. Buil Arasanz, A.I. Allué Buil, M. Maxenchs Esteban, M.A. Fernández Saguer y E. Lorente Ten

EAP Tarraco (ICS); ABS La Granja-Torreforta (ICS); Tarragona. Cataluña. Correo electrónico: fbobe.tarte.ics@gencat.net

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de ARP silente no diagnosticada en una población con (FRCV) de nuestra población

**Tipo de estudio:** Estudio observacional prospectivo. Selección de 2 grupos de pacientes según su RCV fuera  $> 0$  o  $< 20$  (alto o moderado) según la escala de Framingham. Se descartan aquellos pacientes que tenían clínica sugestiva de ARP, o en aquellos en los que no se palpaban los pulsos distales.

**Ámbito del estudio.** Atención primaria.

**Sujetos.** Pacientes con algún FRCV (diabetes, HTA, dislipemia y/o tabaquismo), etiquetados previamente de prevención primaria, sin claudicación intermitente y con pulsos pedios y tibiales posteriores presentes

**Mediciones e intervenciones.** Se analizan las siguientes variables: edad, sexo, FRCV, índice tobillo/brazo (T/B). Se realiza estadística descriptiva así como prueba de Chi-cuadrado y pruebas no paramétricas para la comparación de proporciones. Se considera estadísticamente significativo cuando  $p < 0,05$ .

**Resultados.** 200 pacientes con RCV  $> 20$ , de los que 54 (27%) con ARP. 150 pacientes con RCV  $< 20$ , de los que 38 (25%) con ARP. Total con ARP: 92 (26,3%). De estos 71 (77,2%) hombres y 21 (22,8%) mujeres ( $p < 0,05$ ). sugestivo de insuficiencia arterial: 26 (36,6%) hombres y 15 (72%) mujeres ( $p < 0,05$ ); y sugestiva de calcificación arterial. 45 (63,4%) de los hombres y 6 (28,6%) de las mujeres ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones.** 1) El diagnóstico de ARP mediante doppler vascular es una técnica sencilla que se puede realizar en atención primaria. 2) Existe un infradiagnóstico de esta patología, lo que comporta el objetivo de prevención primaria a pacientes que requieren ser tratados con criterios de prevención secundaria. 3) La presencia de pulsos distales no descarta la existencia de enfermedad.

## Sesión 2

9.30-11.30 h - Sala 8+9 Palacio de Congresos y Exposiciones de Galicia

## ESPACIO INFORMÁTICO

### PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA AUTÓNOMICO DE FORMACIÓN EN INFORMATIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. Santigosa Benet, J. Masqué Tell, J. Torres Díaz, A. Gimeno Pagliero, R. Bafalluy Comella y E. Gabarre Iglesias

CAP Deltebre, CAP Gandesa, CAP Amposta, ICS Corporativo Barcelona. Deltebre. Cataluña.

Correo electrónico: joansantigosa@hotmail.com

**Objetivos.** Implantar el uso de un programa homogéneo de formación en informatización de la historia clínica de atención primaria en un territorio Autónomo.

**Descripción.** Un grupo de trabajo multidisciplinar de profesionales de atención primaria, médicos, pediatras, enfermeras, a tenor de las necesidades de formación suscitadas por el uso de un programa de implantación autónoma de gestión informática de la historia clínica, diseña el programa de formación del personal sanitario, la constitución de múltiples equipos de formadores, el material y métodos mínimos imprescindibles para impartir los cursos, la formación continua en nuevas versiones y actualizaciones y el sistema de evaluación del proceso formativo. El grupo de trabajo aplica su propia experiencia en el proceso formativo para el diseño y extensión del programa. Al mismo tiempo, el equipo implica a los gestores sanitarios en la oficialización del programa formativo.

**Conclusiones.** Es posible homogeneizar la formación continua del personal sanitario de atención primaria en el uso de un programa de gestión informática de la historia clínica de implantación territorial autónoma, estableciendo equipos multidisciplinarios a tal fin, e implicando a los gestores sanitarios en el desarrollo de dicho programa.

## LIBRES

### TEST DE TUBERCULINA EN NIÑO SANO. EVALUACIÓN

M. Espinosa Arévalo, R. Vázquez Gallardo y P. Galloso Diz

Centro de Salud de Sárdoma. Vigo. Galicia.

Correo electrónico: mercedes.espinosa.arevalo@sergas.es

**Objetivos.** Evaluar la utilidad de la prueba del mantoux, que se realiza en el programa del niño sano, para la detección de la primoinfección tuberculosa.

**Tipo de estudio.** Estudio observacional prospectivo.

**Ámbito del estudio.** Atención primaria.

**Sujetos.** Niños de 15 meses a 14 años vistos, de manera oportunista, en la consulta del niño sano en 22 consultas de pediatría, durante un periodo de 12 meses.

**Mediciones e intervenciones.** Prueba de mantoux (resultado medido a las 72 h en mm), y ficha con variables demográficas (procedencia, edad en meses, mantoux previos, vacuna previa de BCG). Estudio descriptivo y análisis univariante.

**Resultados.** Se estudiaron 2.476 niños con edad media 51,25 meses (IC 95% 49,38, 53,13). 14 (0,5%) eran inmigrantes de países con alta incidencia de tuberculosis. 139 (un 5,1%) habían recibido la BCG. Se registraron 26 mantoux positivos (0,9%): en los menores de 2 años, hubo 1 resultado positivo (ninguno a los 15 meses). 3 resultados positivos en los niños de 4-6 años, todos ellos en inmigrantes. El 73% de los casos positivos habían recibido la BCG, frente al 4,4% de los negativos ( $p = 0,0001$ ).

**Conclusiones.** De acuerdo con los resultados del estudio se propone hacer solo el mantoux sistemático para niños que provengan de países de alta incidencia o que tengan factores de riesgo. Resultaría de interés determinar a qué edad se produce la conversión en nuestros jóvenes realizando estudios epidemiológicos a partir de los 12-14 años.

### INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE ¿IDENTIFICAMOS A LOS PACIENTES INFECTADOS?

C. Ros Bertomeu, B. Pérez Rodríguez, C. Daufi Subirats, J. Bitria Ibars, F. Rodríguez Casado y S. Borrás Freixas

ABS Torredembarra. ABS Tarragona 4 Llevant. Xarxa Sanitaria I Social Santa Tecla. Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: bperez@xarxatecla.net

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de pacientes con una infección tuberculosa latente (ITL) en atención primaria de salud (AP).

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito del estudio.** 5 Áreas básicas de salud (ABS) población 95.000 habitantes.

**Sujetos.** Todos los pacientes a los que se realiza la prueba de la tuberculina (PT) desde AP durante el año 2004.

**Mediciones e intervenciones.** Variables: edad, sexo, resultado PT en milímetros, presentados si o no a segunda lectura y origen población: nacional o inmigrante (PI).

**Resultados.** Se realizó PT a 495 pacientes, mujeres 261 (52,72%) y hombres 234 (47,27%), edad media  $37,96 \pm 20,56$ . Se obtuvo segunda lectura en 311 (62,83%). El resultado fue positivo (PT  $\geq 5$  mm) en 90 (28,9%) y negativo en 221 (71,1%). De los 90 pacientes con PT positivo: 49 (54,4%) mujeres y 41 (45,6%) hombres, edad 15-30: 35,55%, 30-45: 27,77%, 45-60: 16,66% y  $> 60$ : 20%. No se presentaron a segunda lectura 184 (37,17%) pacientes, mujeres 93 (50,5%) y hombres 91 (49,5%), edad media  $30,2 \pm 19,51$ . El 29,89% (148) de los pacientes son inmigrantes; mujeres 76 (51,35%) y hombres 72 (48,65%). En 40 (27,02%) pacientes, con edades comprendidas: 15-30: 42,5%, 30-45: 45%, 45-60: 12,5% y  $> 60$ : 0%, la PT fue positiva. No acudieron a segunda lectura 66 (44,59%).

**Conclusiones.** La prevalencia de ITL en nuestras ABS no es muy elevada un 28,9%. Destaca el absentismo 37,17% a la segunda lectura, lo cual pensamos que influye negativamente en el resultado. La PI con PT positivo es más joven y presenta un mayor absentismo. Un alto porcentaje de los casos de tuberculosis activa se producen por reactivación de ITL, la identificación y tratamiento correcto de éstos permitirá reducir la incidencia.

## FACTORES PREDICTIVOS DE MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

D. Gutiérrez Valverde, S. Padilla Ruiz, N. Parals Suñé, M.J. Ríos Lázaro, A.P. Villalba Mir y P. Teller Justes

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

**Objetivos.** Identificar factores predictivos de mortalidad intrahospitalaria en pacientes ingresados por neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

**Tipo de estudio.** Estudio prospectivo longitudinal de cohortes.

**Ámbito del estudio.** Pacientes ingresados en hospital por NAC desde 1 enero hasta 31 diciembre de 2004.

**Sujetos.** Pacientes adultos diagnosticados de NAC.

**Mediciones e intervenciones.** Se recogieron parámetros clínicos, bioquímicos y microbiológicos. Se realizó regresión logística para identificar factores predictivos de mortalidad intrahospitalaria.

**Resultados.** Se incluyeron 102 pacientes (32 mujeres y 70 hombres), edad de 76,3 años (DE: 12,20). 75 pacientes (73,5%) habían recibido vacuna antigripal, 40 (39,2%) tenían presentación atípica y 62 (60,8%) insuficiencia respiratoria. Se produjeron 9 fallecimientos (8,8%). 35 pacientes (34%) fueron tratados con el antibiótico adecuado según criterios SEPAR. Los pacientes mayores de 75 años tuvieron mayor frecuencia de vacunación antigripal (82,8% vs 61,4%;  $p = 0,01$ ) y tratamiento según protocolo SEPAR (41,4 vs 25%;  $p = 0,08$ ), mayor proporción de presentación atípica (50% vs 25%;  $p = 0,01$ ), mayor porcentaje de hemocultivos positivos (15,4% vs 3%;  $p = 0,08$ ) y mayor mortalidad (13,8% vs 2,3%;  $p = 0,04$ ). El único factor predictivo de mortalidad en el límite de la significación estadística fue la edad superior a 75 años (OR = 6,9; IC 95% 0,83-57;  $p = 0,074$ ).

**Conclusiones.** Los pacientes mayores de 75 años con criterios de ingreso por NAC presentan peor pronóstico durante su ingreso a pesar de tener una incidencia mayor de vacunación antigripal y un tratamiento antibiótico adecuado según criterios SEPAR. Esto puede ser debido a que en estos pacientes es más frecuente la forma de presentación atípica y la presencia de hemocultivos positivos.

## VHC: PORTADORES SANOS, HEPATÓPATAS Y CIRRÓTICOS. ¿QUÉ SABEMOS DE ELLOS?

S. Piñol Romero, M. Durán Moreno, M. Pedrol Llinós, E. Belmonte Castan, R.M. Fernández Marquina y J. Sola Ortigosa

Cap Sant Llatzer. Terrassa. Cataluña.  
Correo electrónico: maiteduran@hotmail.com

**Objetivos.** Estudiar una cohorte de pacientes con AcVHC+ (portadores sanos y hepatópatas), identificar candidatos a tratamiento específico, a vacunación frente VHA/B; identificar y estudiar pacientes con criterios de cirrosis.

**Tipo de estudio.** Descriptivo transversal.

**Ámbito del estudio.** ABS urbana (39.000 adultos).

**Sujetos.** Pacientes registrados como VHC+ (N = 232). Portadores sanos 67 y hepatópatas 161 (30 cirróticos).

**Mediciones e intervenciones.** Edad, sexo, consumo alcohol, ámbito de control, coinfección VHB/HIV, comorbilidad, tratamiento antidepressivo, vacunación VHA/VHB, tratamiento específico y años de evolución. Seguimiento anual de la hepatopatía (exploración, analítica y ecografía) y estadio de la cirrosis.

**Resultados.** Mediana de edad: 61 (73-44) años, siendo 119 (51%) varones. 125 (54%) eran controlados en AP. Constaba serología VHB en 168 (72%), de los cuales 8 (3,4%) eran HBsAg+. No constaba serología VIH en 163 (70%). La patología asociada más frecuente fue Diabetes Mellitus: 34 (15%). Seguían tratamiento antidepressivo 63 (27%). Sólo 6 (2,5%) pacientes estaban vacunados contra el VHA y 15 (6,5%) contra el VHB. De los pacientes con hepatopatía crónica, 161 (70%) realizaron tratamiento específico 42(26%), estando contraindicado en 77(48%) y 17(13%) eran bebedores de riesgo. Grado de control aceptable (dos o más determinaciones en 3 años): exploración física 6 (5%), hemograma 75 (71%), transaminasas 75 (71%), GGT 77 (73%), bilirrubina 43 (40%), alfafetoproteína 37 (35%), proteinograma 32 (30%), Quick 39 (37%) y ecografía 49 (46%). 30 pacientes (13%) cumplían criterios de cirrosis hepática. La media de edad fue de 73 (DE: 7,5) años, 16 (53%) eran mujeres y 5 (17%) eran bebedores de riesgo. 22 (73%) eran Child A. La media de

años de evolución en portadores sanos era de 7 (DE: 3,5) años, en hepatópatas de 9 (DE: 5,7) y de 11 (DE: 3,6) en cirróticos.

**Conclusiones.** Vacunación deficiente frente VHB/VHA. Exploración, ecografía y alfafetoproteína fueron infrutilizadas en el seguimiento.

## EFICACIA DE UN CICLO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS FACTORES Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES HIPERTENSOS

M.A. Gómez Marcos, L. García Ortiz, J. Parra Sánchez, N. Pereira Bordelouis, P. Bodego Sánchez y L. Melón Barrientos

Unidad de Investigación de Atención Primaria La Alamedilla. Salamanca. Castilla y León.  
Correo electrónico: lgarciao@usal.es

**Objetivos.** Evaluar la eficacia de la formación de los profesionales, siguiendo las diferentes guías de práctica clínica, en la disminución de los factores y riesgo cardiovascular en los pacientes hipertensos.

**Tipo de estudio.** Estudio Cuasi-experimental.

**Ámbito del estudio.** Atención Primaria.

**Sujetos.** 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% Mujer, 36% Hombre). Se asignan un centro de salud al grupo intervención (GI) y otro al grupo de control (GC).

**Mediciones e intervenciones.** Intervenciones: Ciclo de mejora de calidad consistentes en: audit de historias clínicas, *feed-back* de información y sesiones formativas a los profesionales del GI sobre guías clínicas de factores de riesgo cardiovascular. Mediciones: Presión arterial, lípidos, fumador y glucemia. Riesgo coronario total y grave, riesgo relativo (RR) (Grundy), y riesgo de mortalidad cardiovascular (SCORE).

**Resultados.** La intervención realizada ha conseguido disminuir: PAS 9,75 (IC95%: 7,5-11,9) mmHg, PAD 3,8 (IC95%: 2,4-5,2) mmHg, Colesterol total 7,46 (IC95%: 3,5-11,7) mg/dl, LDL-C 10,10 (IC95%: 5,7-14,5), glucemia basal 6,95 mg/dl (IC 95%: -7,3, 21,4), HbA1C 0,28 (IC 95%: -0,17,0,74) e IMC 0,38 (IC 95%: 0,08-0,51). Aumentar el porcentaje de pacientes (PA < 140/90 mmHg) 32,2 puntos porcentuales y el cumplimiento del Colesterol LDL (NCEP III) 13,4 puntos porcentuales, y disminuir el 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 de mejora de calidad ha sido efectiva para disminuir la PAS, PAD, Colesterol total, C-LDL, el RCV total, grave, RR y riesgo de mortalidad cardiovascular y aumentar el porcentaje de pacientes que presentan la PA y el colesterol LDL controlado.

## CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN CON LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (MAPA)

M. Navarro González, C. Colungo, M.C. Alvira, I. De Dios

Capse Eixample. EAP Rosellón. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: navarro\_marta@terra.es

**Objetivos.** En el grado de control de la presión arterial (PA) influyen distintos aspectos como el infradiagnóstico, tratamiento por debajo de necesidades reales, educación sanitaria, incumplimiento terapéutico y otros. El objetivo es evaluar la efectividad de la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) sobre el control de la PA considerando todo el proceso: desde la educación por parte de enfermería, la implicación del paciente, la interpretación de la prueba y la actuación médica derivada.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo pre-post.

**Ámbito del estudio.** Ámbito urbano 59.000 habitantes.

**Sujetos.** Pacientes hipertensos a quien se coloca MAPA desde junio hasta diciembre 2004.

**Mediciones e intervenciones.** Media de PA 6 meses antes y 6 meses tras MAPA. Valoración de variables demográficas, años evolución PA, número fármacos, número tomas de TA, y factores riesgo cardiovascular.

**Resultados.** 51 pacientes hipertensos. Edad 59,2 (24-96). 58,8% mujeres. Años evolución de PA 5,9 (0-62). Fármacos hipotensores 1,2 (0-4). Media del número tomas de PA antes Mapa 6 y tras Mapa 4,7. 17% antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular. Patrón nocturno 41,2% dipper, 43,1% no dipper. 15,7% diabetes, dislipemia 30%, obesidad 37%, 28% fumadores. Afectación órganos diana 23,5 %. PAS/PAD media previa 149,9/86,8. PAS/PAD media post-MAPA 142,7/81,9. El control de

PAS y PAD mejoro tras la MAPA de forma estadísticamente significativa, así como la reducción en el número de tomas de PA.

**Conclusiones.** La intervención multidisciplinar de la MAPA ayuda a mejorar el control de la PA en el paciente hipertenso estudiado. Supone también un impacto en el proceso asistencial al reducirse el número de visitas a consulta.

### IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE CESACIÓN TABÁQUICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.

L. Guerrero Caballero, A. Gispert Ametller, E. Picart Puertas, F. Santaulària Font, A. Moret Serralta y F. Montesinos Vicente

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

**Objetivos.** Implantar y analizar una consulta específica de cesación tabáquica en una ABS.

**Descripción.** Estudio casi-experimental en el ámbito de la atención primaria. Sujetos formados por los fumadores de más de un año de evolución en fase de preparación, acción o mantenimiento de la cesación que acepten asistir al programa. La consulta se inició en noviembre del 2004 con una previsión de duración mínima de un año.

**Intervenciones.** El programa consta de una consulta de información, una sesión grupal con soporte audiovisual y material informativo, una visita médica para decidir el tratamiento adecuado individualizado a partir del test de Fagerström, Richmond, Glover-Nilsson y el resultado de la cooximetría. Diez visitas de seguimiento a lo largo de un año y cuatro llamadas telefónicas de apoyo. Se evaluarán los resultados a los tres, seis y doce meses. Variable principal: número de pacientes que han dejado de fumar. Variables secundarias: relación entre la cesación tabáquica y el nivel de dependencia inicial, el tratamiento adyuvante, la cooximetría inicial, y el tipo de tabaco consumido. Se compararán los resultados con el índice de cesación tabáquica conseguido por los facultativos de la ABS durante el mismo período de tiempo el año anterior. A los tres meses del programa se han incluido sesenta y cinco pacientes. Veintidós, llevan tres meses de seguimiento: 18 se mantienen sin fumar, 3 han recaído y se ha producido un abandono del programa.

**Conclusiones.** Según los resultados provisionales, una consulta específica de cesación tabáquica mejora el índice de cesación respecto al conseguido por los facultativos de la ABS en la consulta habitual.

## Sesión 3

9.30-11.30 h - Sala 10 Palacio de Congresos y Exposiciones de Galicia

## LIBRES

### PREVALENCIA DEL FENÓMENO DEL BURNOUT EN LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

R. López-Bas Valero, O.R. Masiá Perpiñá, R. Mudarra García, A. Losa López, S. Montaner Alonso y M.A. García Larrosa

CS Dolores (Alicante), CS Álvarez de la Riva (Orihuela, Alicante). Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: omasiap@coma.es

**Objetivos.** Determinar el grado de *burnout* en los médicos de Atención Primaria del Área de Salud y sus factores asociados.

**Tipo de estudio.** Descriptivo transversal.

**Ámbito del estudio.** Centros de Atención Primaria del área de salud.

**Sujetos.** Médicos de Medicina General.

**Mediciones e intervenciones.** Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) Encuestas realizadas de forma anónima y autoadministrada.

**Resultados.** Se obtienen 78 encuestas (59% del total de médicos del área). Hombres el 56,4%; media de edad de 42 años (sin diferencias en ambos

grupos). Por tipo de contrato el 46,2% tiene un contrato de interinidad, el 25,6% contrato de acumulación de tareas, el 15,4% fijo y el 12,8% tiene contrato de sustitución. La media de tiempo trabajado es de 14 años. Son especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria el 48,7%. Realizan guardias el 87,2%. La media de pacientes atendidos por día es de 61. Presenta *burnout* el 67,5% de los profesionales (moderado 28,2% y alto 39,3%). Se ha encontrado un nivel de cansancio emocional alto (33,3%). Despersonalización alta (59%) y realización personal baja (25,6%). Se ha encontrado un mayor nivel de cansancio emocional ( $p = 0,047$ ) en los profesionales con un contrato de interinidad; que no realizan guardias ( $p = 0,003$ ); que llevan menos de 14 años ( $p = 0,022$ ) trabajando y que atienden a más de 61 pacientes-día ( $p = 0,001$ ). Tienen menor realización personal, los facultativos con especialidad vía MIR ( $p = 0,002$ ) y con menos de 42 años ( $p = 0,035$ ).

**Conclusiones.** Existe una alta prevalencia de *burnout* en los médicos de Atención Primaria de nuestra área; lo cual puede repercutir en la calidad asistencial y en la salud laboral de los profesionales.

### DEPRESIÓN POSPARTO: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

V. Pineda Ronda, I. Martínez Castany, E. Gasón Gimeno, E. Liñana Martorell, M. Guillard Marie, S. Sigalat Lez

CS de Carcer. Carcer. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: vicenta\_pineda@hotmail.com

**Objetivos.** 1) Detección e intervención en los casos de depresión posparto. 2) Control de los efectos del antidepressivo materno en el lactante, cuando esté con lactancia materna.

**Descripción.** Ante la sospecha de infradiagnóstico de depresión posparto, se ha elaborado un protocolo de detección e intervención, con la participación de Médicos de familia, matrona, enfermera, y pediatra del Centro de Atención Primaria. Se utiliza la escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, con diez preguntas sobre como se encuentra la madre los últimos siete días. Se pasa la encuesta en tres ocasiones: al mes de vida del niño (por la matrona), y a los dos y seis meses de vida (por la enfermera de programas o por la pediatra). Según la puntuación obtenida y la duración del cuadro se remite al médico de familia para tratamiento. La pediatra controla los efectos secundarios de la medicación antidepressiva en los niños lactados al pecho. Una copia de las encuestas queda en la Historia Clínica del lactante durante el primer año de vida, momento en que se realiza la evaluación del trabajo. El protocolo se aplica a todas las madres que han parido desde el 1 de Enero de 2005 (30 madres), habiéndose iniciado tratamiento antidepressivo en dos casos. Cumplimiento del protocolo en el 100% de los casos. No se han registrado pérdidas.

**Conclusiones.** Se demuestra la posibilidad de un protocolo de cribado, diagnóstico y tratamiento de depresión posparto, con la participación de todos los miembros del EAP.

### FORO SALUD MENTAL: UNA EXPERIENCIA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y PROFESIONAL

A. Brugos Larumbe, M.V. Astrain Azparren, M.V. Goñi Turumbay, C. Erice Mateo y F. Pérez Nuevas López De Goikoetxea

Consultorio Arre, CS Villava (Navarra). Arre. Navarra.  
Correo electrónico: abrugosl@cfnavarra.es

**Objetivos.** En el año 2002 un grupo de familiares de un enfermo mental grave (EMG), conscientes del enorme problema de desamparo en la atención social de este colectivo, iniciamos un proceso de reflexión que nos condujo a trascender el problema de lo particular a lo general. Interesados en modificar esta realidad social, invitamos a debatir el tema a profesionales de diferentes ámbitos: periodismo, educación, publicidad, empresa y, también del mundo de la salud mental, atención primaria y servicios sociales. Tras un año de trabajo, constituimos una asociación que cuenta con 60 socios con los objetivos fundamentales de sensibilizar a la sociedad y a los dirigentes políticos sobre la problemática de los EMG y reivindicar la implicación social para mejorar esta situación.

**Descripción.** Hemos creado grupos de trabajo en diferentes áreas de interés: contactos institucionales, sensibilización social, análisis evidencias intervenciones sociales, aspectos jurídicos, etc. Hemos establecido contactos con los responsables de todos los grupos políticos parlamentarios, otras asociaciones, gestores y políticos sanitarios y sociales. Hemos esta-

blecido un plan sistemático de medios de comunicación exponiendo y denunciando la situación de estos enfermos. En febrero de 2004 fuimos invitados al Parlamento de Navarra y propusimos un pacto social y político para mejorar su situación. En enero 2005 en Navarra se aprueba un Plan Social para el EMG y se nos invita a participar en su Comisión Directora.

**Conclusiones.** La experiencia nos ha permitido situarnos en una posición donde podemos ser escuchados.

## MUJER Y MENOPAUSIA. UN ESTUDIO CUALITATIVO

A.M. Ballesteros Pérez, M.C. Martínez Andreo, M.J. Tolino López, M.J. Abujas Ruiz, M.J. Idígoras Santana y T. Vañó

CS Cartagena-Casco. Cartagena.

Correo electrónico: Murciaanamballesteros@hotmail.com

**Objetivos.** Conocer las creencias, opiniones y necesidades sentidas de la población de mujeres menopáusicas de un centro de salud en ese periodo de su ciclo vital.

**Tipo de estudio.** Cualitativo.

**Ámbito del estudio.** Centro de salud (CS) docente y urbano.

**Sujetos.** 8 mujeres climatéricas (amenorrea > 6 meses) de entre 45-65 años casadas y trabajadoras/no trabajadoras.

**Mediciones e intervenciones.** Se analizó el discurso de las 8 mujeres que formaban el grupo focal. Al inicio se explicaron los objetivos y normas de la reunión y posteriormente se realizó la pregunta "¿Qué significa para vosotras estar con la menopausia?" La información resultante se analizó separadamente y posterior puesta en común por tres investigadores. Nunca se agruparon opiniones en las que no había consenso

**Resultados.** Las mujeres analizadas consideran que lo que más les preocupa es: el cambio en la imagen corporal (obesidad, envejecer); patologías asociadas (artrosis, dolor, taquicardias, insomnio, incontinencia urinaria); alteraciones menstruales (sudoración, sofocos, tratamientos); depresión/ansiedad; disminución de la autoestima; falta de información; sexualidad (disminución libido, anticoncepción); relación de pareja (conflictos, reparto de tareas); relación con los hijos (nido vacío, pérdida imagen de cuidadora); vivencias positivas.

**Conclusiones.** 1) Modelo de investigación con el que fácilmente se obtiene información más completa que con otro tipo de estudios. 2) Resultados válidos para el resto de mujeres del centro. 3) La gran mayoría del discurso son sentimientos y vivencias negativas para la mujer. 4) Base de conocimiento para poder abordar mejor las necesidades sentidas y comprender la patología de la mujer en este periodo de su vida.

## MUJER Y MENOPAUSIA: COMO MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA

M.C. Martínez Andreo, A.M. Ballesteros Pérez, F. Egea Ramírez, M.L. Molina Martínez, C. Becerra de Bengoa García e I. García Sanchez

CS Cartagena-Casco. Cartagena. Murcia.

Correo electrónico: anamballesteros@hotmail.com

**Objetivos.** Mejorar la salud y calidad de vida de la mujer menopáusica entre 45-65 años que acuden a consulta en un centro de salud (CS).

**Tipo de estudio.** Diseño Cuasi-experimental.

**Ámbito del estudio.** CS docente de Atención Primaria (AP).

**Sujetos.** Totalidad mujeres climatéricas (amenorrea > 6 meses) 45-65 años que acuden a consulta médica/enfermería (programada/demanda. Criterios exclusión: mujer no climatérica ni menopáusica en el periodo del estudio, menopausia precoz (< 35 años), no querer participar, incluidas en el programa de inmobilizados/terminales, dificultad/barrera idiomática.

**Mediciones e intervenciones.** Fuente información: Hª clínica. Se realiza entrevista semiestructurada, al inicio y final, de 20 ítems con diferentes posibilidades de respuesta, tras 10 sesiones de 30 minutos/semana sobre prevención y promoción salud y gimnasia-relajación 2 h/semana (6 meses). Las escalas que contiene la entrevista estaban previamente validadas en AP (Goldberg, MENCAV). Variables: socio-demográficas, actitud y sentimientos ante la menopausia, estado menopáusico, situación familiar, salud-autopercebida, hábitos-tóxicos, patologías actuales, salud mental. Análisis estadístico: frecuencias, ji-cuadrado, T-Student, ANOVA.

**Resultados.** Total pacientes: 40 (100%). Edad: 54,32 (IC95%: 49,9-58,7) años. El 21,9% en fase perimenopáusica. Cambios positivos, al final, en la actitud ante la menopausia (escala entre 30-150): 113,7 (IC95%: 91,2-136) (p = 0,253). Autopercepción de su salud física (10-50): buena (19,7;

IC95%: 13,5-25,8) (p = 0,413); salud mental (4-20): buena (13,4; IC95%: 7,85-20) (p = 0,01); soporte-social (10-50): muy-buena (40,2; IC95%: 31,3-46,5) (p = 0,017). Mínimo cambio en las relaciones de pareja (p = 0,297), ni modificaciones en las relaciones sexuales (p = 0,695). Estado mental (ansiedad/depresión) mejora (p = 0,001). Un 42,3% siente pena de entrar en la menopausia.

**Conclusiones.** 1) Mejora la actitud global ante la menopausia; 2) mejora su salud mental; 3) Autopercepción de su salud física: alta, y 4) no mejoran las relaciones sexuales y de pareja.

## INCIDENCIA Y ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS A FRACTURA OSTEOPORÓTICA NO VERTEBRAL EN MUJERES MAYORES DE 75 AÑOS: RESULTADOS TRAS 3 AÑOS DE SEGUIMIENTO

E. Pegenaut<sup>1</sup>, R. Villafáfila<sup>2</sup>, J. Calvo<sup>3</sup>, M.A. López-Martínez<sup>4</sup>, R. Álvarez<sup>5</sup>, Galat<sup>6</sup>, en representación de los investigadores del estudio ECOSAP MS

<sup>1</sup>CS Coronel de Palma, Madrid; <sup>2</sup>ABS Viladecans II, Barcelona; <sup>3</sup>CS Molino de la Vega, Huelva; <sup>4</sup>CS El Campanar, Valencia; <sup>5</sup>Área 10 de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud; <sup>6</sup>Dpto. Investigación Médica, Lilly, Madrid. Barcelona, Huelva, Valencia. Madrid.

Correo electrónico: marin\_fernando@lilly.com

**Objetivos.** Analizar la incidencia y factores de riesgo de fracturas osteoporóticas periféricas (FOP) en mujeres > 75 años.

**Tipo de estudio.** Estudio observacional, prospectivo de 3 años de duración.

**Ámbito del estudio.** 58 centros de Atención Primaria (AP).

**Sujetos.** 5.201 mujeres > 65 años que acudieron por cualquier motivo a consultas de AP.

**Mediciones e intervenciones.** Incidencia de FOP, características antropométricas, ecografía cuantitativa de calcáneo (QUS), factores de riesgo de osteoporosis y fracturas.

**Resultados.** 1.552 mujeres (30%) tenían > 75 años (media + DE: 78,9 + 3,7 años). Tras un seguimiento de 14.999 mujeres/año, se observó una incidencia de FOP del 8% (124 casos) en > 75 años frente al 5,2% (187 casos) en < 75 años (p < 0,001). Las tasas de incidencia de FOP por 100.000 mujeres/año fue de 3.248 y 2.073 para los grupos de > 75 y < 75 años respectivamente. El análisis univariado mostró que las mujeres > 75 años tenían más antecedentes de fracturas previas, menor consumo de calcio y valores de QUS más bajos (T-score: -1,48 vs -1,18) que las de 65-74 años (p < 0,001). En el modelo de regresión múltiple, los factores asociados a fractura incidente fueron: edad > 75 años (HR: 1,43; p = 0,002); antecedente de caídas (HR: 1,78; p < 0,001); antecedentes familiares (HR: 1,52; p = 0,002) y personales (HR: 1,70; p < 0,001) de fractura, y disminución del T-score en la QUS (HR: 1,31; p = 0,001).

**Conclusiones.** El antecedente de caídas y fracturas previas y la disminución de los valores de QUS constituyen los principales factores de riesgo de FOP en las mujeres ancianas estudiadas. La tasa de incidencia observada de FOP es similar a la publicada en población anglosajona.

## EFFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS FISIOTERAPÉUTICOS UTILIZADOS EN LA LUMBALGIA CRÓNICA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

S. Pérez Palomares, B. Oliván Blázquez, L. Romo Calvo, R. García Lázaro, E. Gaspar Calvo y M.L. De La Torre Baldarrain

Grupo Aragonés de Investigación en Atención Primaria de la REDIAPP. CS Picarral, Canal Imperial, Fuentes Norte y Seminario. Zaragoza. Aragón.

Correo electrónico: bolivan.iacs@aragon.es

**Objetivos.** Identificar la técnica fisioterapéutica más efectiva, para lo cual se comparará la estimulación eléctrica percutánea (PENS) y la punción seca (PS) en puntos gatillos lumbares en pacientes con lumbalgia crónica que acuden a las consultas de fisioterapia. Ambas técnicas han sido estudiadas individualmente y han dado muy buenos resultados.

**Tipo de estudio.** Estudio analítico experimental. Asignación aleatoria a cada grupo de tratamiento: PENS vs PS en puntos gatillo lumbares.

**Ámbito del estudio.** Este estudio se realizó en las consultas de fisioterapia en 4 centros de salud de nuestra ciudad.

**Sujetos.** El tamaño muestral es de 96 pacientes con lumbalgia crónica que cumplan criterios de inclusión.

**Mediciones e intervenciones.** Variable independiente: modalidad terapéutica asignada PENS o PS.

*Variable dependiente:*

- Dolor subjetivo (mediante escala analógica visual [EAV]) y objetivo (mediante algómetro en puntos gatillo de musculatura lumbar en transverso espinoso [TE], cuadrado lumbar [CL] y glúteo medio [GM]).

- Calidad del sueño (EVA).

- Funcionalidad (mediante test de Oswestry)

Se realiza una medición inicial, media y final.

**Resultados.** Ambas técnicas son igualmente efectivas ( $p > 0,05$ ) respecto a la mejoría en el dolor subjetivo y objetivo, calidad del sueño y funcionalidad (utilizando la prueba U de Mann-Whitney).

Respecto a la funcionalidad, los pacientes han notado mejoría en todos los ítems con correlaciones significativas al 1% (test-retest).

**Conclusiones.** Ambas técnicas son igualmente efectivas. El PENS es de aplicación más rápida. La PS en determinados pacientes ha dado resultados asombrosos. Hay que describir las circunstancias concomitantes que influyen en su efectividad.

### CAPACIDAD DE LOS CUIDADORES DEL PACIENTE ATDOM PARA RESOLVER PEQUEÑOS PROBLEMAS DE SALUD

S. Crispí Cifuentes, S. Hernández Anadón S, T.M. Canela Armengol, E. Ocaña Vedía, G. Aguirre Álava y C. Llor Vilà

CAP Jaume I (EAP Tarragona-3). Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: crispsi7@hotmail.com

**Objetivos.** Valorar la capacidad de los cuidadores en solventar pequeños problemas de salud en pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria (ATDOM) y diferenciar entre viernes y el resto de días laborales.

**Tipo de estudio.** Estudio prospectivo.

**Ámbito del estudio.** Atención primaria.

**Sujetos.** Se escogieron con números aleatorios del programa ATDOM 92 pacientes durante los meses enero-mayo 2005.

**Mediciones e intervenciones.** Variables: edad, sexo, (tanto del paciente como del cuidador), parentesco, tiempo a su cargo. Se le realiza encuesta ante la capacidad de resolución de problemas (fiebre, resfriado, constipación, úlceras, astenia y caídas) ante un día de diario y en viernes. Se realizan pruebas de chi cuadrado y análisis de la variancia y se consideran d.s. cuando  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Pacientes: edad  $86,3 \pm 7,1$  años (73,9% mujeres). Cuidadores: edad  $58,6 \pm 11,8$  años (93,5% mujeres). Parentescos más frecuentes: hijos/as 69%, otros 19%, cónyuges 8,7%. Años a cargo del paciente:  $9,1 \pm 10,7$  años. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el abordaje del catarro, fiebre y caídas entre viernes y resto de días, con un mayor número de domicilios y derivaciones al hospital ( $p < 0,05$ ); no con los otros problemas. Los cuidadores que llevan más años cuidando telefonan más y manejan más con medidas no farmacológicas que los que llevan menos años ante la fiebre y los resfriados, mientras que los que llevan menos años demandan más visitas domiciliarias ( $p < 0,01$ ).

**Conclusiones.** Según nuestros resultados, se observa diferente demanda según los distintos días de la semana. Es lógico observar mayor demanda de domicilios entre los cuidadores que llevan poco tiempo cuidando al paciente.

### DETECCIÓN DE FRAGILIDAD EN EL ANCIANO EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA: DESCRIPCIÓN DE UN INSTRUMENTO

F. Orfila Pernas, E. Castell Friguls, I. López Parvón, L. Gayolà Leuco, A. Hidalgo García y E. Sitjas Molina

CAP Sant Andreu, CAP Maragall, CAP Santa Coloma. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: forfila.pbcn@ics.scs.es

**Objetivos.** Desarrollar un instrumento de ágil aplicación en la consulta de atención primaria para la detección de ancianos frágiles susceptibles de una valoración geriátrica integral.

**Tipo de estudio.** Estudio transversal multicéntrico de validación con formación de cohorte.

**Ámbito del estudio.** Atención Primaria.

**Sujetos.** Muestra aleatoria de 691 personas de 70 años o más, con historia clínica en los centros de salud participantes.

**Mediciones e intervenciones.** Instrumento de cribado definido por consenso de expertos. Evalúa 14 dimensiones: salud autopercebida, visión, audición, incontinencia, ingresos, caídas, funcional, movilidad, cognitiva,

afectiva, social, nutrición, polifarmacia y comorbilidad. Administración en la consulta, por médicos o enfermería.

**Resultados.** Un 57,5% son mujeres. Media de edad de 76,9 (DE: 4,8), sin diferencias significativas entre sexos. Un 8,4% valora su salud como mala, un 33,1% refiere problemas de visión, un 30,8% de audición, un 53,2% de incontinencia, ingresos hospitalarios un 12,2%, caídas un 25,4%, afectación funcional instrumental 17,7%, mala movilidad 19,3%, deterioro cognitivo 5,3% (56,3% incluyendo leves), depresión 46,3%, malnutrición 1,2%, polifarmacia 53%, comorbilidad 16%, problemas sociales 6,7% y barreras arquitectónicas 28,7%. La media de dimensiones afectadas fue de 3,3 (DE:2,1). Un 6,2% no tenían dimensiones afectadas. Un 41,2% tenían 4 o más afectadas.

El tiempo medio de administración del instrumento es de 8,87 minutos (DE: 3,4). Un 37% fue administrado por médicos y un 63% por enfermería.

**Conclusiones.** El instrumento resultó de aplicación sencilla y ágil en la consulta de atención primaria. La configuración definitiva del instrumento deberá ser confirmada mediante la validación prospectiva. Ítems como la polimedición o la incontinencia, con una alta prevalencia, pueden resultar poco específicos en esta población.

**Financiación:** FIS (PI031655).

## Sesión 4

12.00-14.00 h - Sala 4+5 Palacio de Congresos y Exposiciones de Galicia

## MESA 2

### Accidentes de tráfico: el papel de la atención primaria

#### ANÁLISIS DE LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO ATENDIDOS POR UNA UNIDAD DE SOPORTE VITAL AVANZADO EXTRAHOSPITALARIO DURANTE EL AÑO 2004. GRAVEDAD INICIAL DE LOS PACIENTES

M. López Montes, M.C. Cacabelos Martínez, C.A. Lareo Porral, M.C. Vázquez Lema, M.J. Rodríguez García y J. Rodríguez Berea

Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia - 061. Base Medicalizada. Ferrol. Galicia.

Correo electrónico: marcos.lopez.montes@sergas.es

**Objetivos.** Analizar los accidentes de tráfico atendidos por una Unidad de Soporte Vital Avanzado (USVA) extrahospitalaria durante el año 2004. Evaluar la gravedad inicial.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo retrospectivo.

**Ámbito del estudio.** Área asistencial atendida por una USVA extrahospitalaria.

**Sujetos.** Pacientes accidentados atendidos durante un año.

**Mediciones e intervenciones.** Revisión sistemática de historias clínicas. Se recogieron 15 ítems: hora, día de la semana, edad, sexo, lugar, posición, tipo de vehículos, mecanismo, tipo de vía, atrapamiento, destino, diagnóstico, Escala de Coma de Glasgow (SCG) y Trauma Score Revisado (TSR). Análisis estadístico.

**Resultados.** Se atendieron 110 pacientes. El 67,3% varones, mediana de 33,5 años (rango 90); 32,7% mujeres, mediana de 43 años (rango 69); el 28,2% entre 18 y 29 años; el viernes concentra el 21,8% de los casos, 45,8% entre las 7 y las 13 horas; un 64,5% en vías interurbanas; el 5,4% asistido inicialmente por Equipos de Atención Primaria; el 50% de los vehículos implicados fueron coches; un 47,3% por colisión; el 49,1% de los pacientes eran conductores; 53,6% del total presentaban sólo contusiones y heridas, un 8,2% estaban politraumatizados y el 6,4% había fallecido an-

tes de la asistencia. 15,5% presentaban un SCG < 9, el 53% de estos habían sufrido un atropello. Un 21,8% de los heridos presentaba un TSR < 12. **Conclusiones.** Los pacientes son, en su mayoría, jóvenes, durante el fin de semana. Casi una cuarta parte estaba en estado grave según las escalas de trauma utilizadas. En ocasiones los recursos sanitarios iniciales fueron de Equipos de Atención Primaria.

### EL PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PREVENCIÓN DE LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO: UNA ASIGNATURA PENDIENTE

A. Albert Casado, P. Cierco Peguera, R. Carrillo Muñoz, N. Arcusa Villacampa, M. Monclús González y L. Illamola Martín

CS Florida Sud. Unidad Docent Costa de Ponent. L'hospitalet Llobregat. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: 20035pcp@comb.es

**Objetivos.** Conocer la opinión y las actividades de los médicos de familia (MF) en la prevención de los accidentes de tráfico (AT).

**Tipo de estudio.** Descriptivo transversal.

**Ámbito del estudio.** Centros de salud de nuestra Gerencia.

**Sujetos.** 122 MF de nuestra dirección de AP.

**Mediciones e intervenciones.** Cuestionario autoadministrado: 16 preguntas en escala Likert, 5 cerradas

**Resultados.** Contestaron 103 MF (84%). 59% mujeres. Edad media 41 años (IC 95% 40-43). La mayoría (90%) considera los AT un problema de salud pública. Casi la mitad cree que el MF tiene un papel poco relevante en su prevención, 56% piensa que su intervención puede contribuir a reducirlos. El 58% que debería implicarse más. 80% considera que cualquier ingesta de alcohol tiene efectos nocivos sobre la conducción, un 28% informa sobre estos efectos al interrogar sobre consumo, pero el 38% sólo informa cuando detecta consumo excesivo. El 45% se muestra favorable a nivel alcoholemia 0, el 41% conoce el nivel permitido. La práctica totalidad se muestra favorable a utilizar tests de detección de drogas en controles de tráfico, y un 42% da consejo si detecta consumo. Un 75% considera habitual la prescripción de fármacos que interfieren con la conducción, y el 82% advierte de estos efectos. Un 55% considera conveniente protocolizar actividades preventivas de los AT, y el 36% sugiere establecer relación entre MF y centros de revisiones.

**Conclusiones.** Si bien la mayoría de MF considera los AT un problema de salud pública, es necesaria mayor implicación en su prevención, e integrar actividades específicas dedicadas a los AT en el conjunto de actividades preventivas.

## MESA 10

### Cuidados paliativos a pacientes no oncológicos: una necesidad, un desafío

#### PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE AYUDA EN DUELO: UNA EXPERIENCIA COMUNITARIA

M.E. Azpeitia Serón, B. Ormaechea Imaz, L.M. Amurrio Lopez de Gastiaín y A. Saenz Gaunza

Olarizu. Vitoria-Gasteiz. País Vasco.

Correo electrónico: azpeitia@jet.es

**Objetivos.** 1) Mejorar los conocimientos, habilidades y calidad de vida de los dolientes. 2) Promover la creación de grupos psicoeducativos y psicoterapéuticos en duelo. 3) Crear una red de apoyo social al deudo. 4) Optimizar la utilización de los recursos socio-sanitarios existentes.

**Descripción.** Realizamos: 1) Entrevistas individuales con el doliente y sesiones grupales, en principio cerradas y definidas. Cinco son semanales y educativas y luego mensuales y terapéuticas. 2) Sesiones del grupo de intervención (médico, tres enfermeras y psicólogo) para asesoramiento sobre manejo del duelo, investigación y formación. 3) Sesiones del grupo completo (asistente social, representantes del Forum, Caritas y parroquias del barrio más

el de intervención) para mejorar la red social de apoyo al deudo. 4) Contactos con otros profesionales que participan en duelo dentro del servicio sanitario de nuestra comunidad. 5) Registro de los parámetros de las sesiones e Inventario de experiencias en duelo (Cuestionario de calidad de vida) en una base de datos. 6) Hemos hecho una evaluación del programa al año.

**Conclusiones.** Hemos puesto en marcha un programa comunitario de ayuda en duelo a partir de enero del 2004 para todos los deudos adscritos a nuestro centro de salud. Su evaluación a través de un estudio observacional longitudinal ha demostrado que es efectiva a medio plazo, por lo que podría considerarse su puesta en práctica ante situaciones de duelo. A su vez hemos realizado un taller de formación en duelo para profesionales de atención primaria que hemos impartido en la comarca y volvemos a impartir este año. Actualmente llevamos a 50 dolientes, y hemos formado 3 grupos en duelo, uno de viudas.

#### ¿ES EL CONCEPTO DE CUIDADO PALIATIVO IGUAL PARA TODOS LOS INDIVIDUOS?

M.A. Valero Zanuy, R. Álvarez Nido, P. García Rodríguez, R. Sánchez González y M. León Sanz

Hospital 12 de Octubre. Madrid. Madrid.

Correo electrónico: mleon@h12o.es

**Objetivos.** La escasez de recursos y su utilización eficiente determinan la necesidad de limitar el esfuerzo terapéutico. No existe acuerdo sobre que medida terapéutica debe considerarse como cuidado básico. El objetivo es conocer la opinión de los usuarios de un Centro de Salud (CS) y los trabajadores sanitarios (TS) sobre lo que consideran cuidado paliativo.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito del estudio.** Primaria y especializada.

**Sujetos.** Atendidos en consulta concertada durante dos meses y TS de hospital terciario.

**Mediciones e intervenciones.** Encuesta autocumplimentada y anónima, que incluye variables sociodemográficas (edad, sexo, años de experiencia profesional en TS y creencia religiosa) y la opinión sobre que medidas consideraran como cuidados paliativos. Estadística: frecuencia relativa. Prueba de Chi<sup>2</sup> (asociación entre cada cuidado y las diferentes poblaciones). Regresión logística (relación entre el tipo de respuesta (afirmativa/negativa) para cada medida y las variables sociodemográficas). Significación p < 0,05. **Resultados.** 301 encuestas entregadas en el CS (tasa de respuesta 30,2%: 91 individuos) y 165 TS (38 médicos, 47 farmacéuticos y 80 DUE). Existe unanimidad en considerar a la analgesia, cuidado de escaras, cambios posturales y nutrición enteral como cuidado paliativo, pero no a la higiene (p = 0,000), sedación (p = 0,005), oxigenoterapia (p = 0,007) y sondaje urinario (p = 0,011). No observamos diferencias en la respuesta (afirmativa/negativa) en relación a las variables sociodemográficas.

**Conclusiones.** No existe unanimidad en que medidas se deben englobar bajo el término de cuidados paliativos. Se discrepa en considerar a la higiene, sedación, oxigenoterapia, sondaje urinario y NP como cuidado paliativo. La opinión es independiente de la edad, sexo, años de experiencia profesional y creencia religiosa del encuestado.

## AULA DOCENTE

#### FORMACIÓN CONTINUADA, ¿OFRECEMOS LO QUE NECESITAMOS?

M. Sans, Y. Ortega, M. Ayuso, M. Guillen, D. Ferrer-Vidal y J. Martínez

SCMFIC. Barcelona. Cataluña.

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

**Objetivos.** Conocer si estamos ofreciendo la formación que nuestros socios necesitan y si cumple sus expectativas.

**Tipo de estudio.** Estudio cualitativo con informantes clave.

**Ámbito del estudio.** Socios de una sociedad científica federada.

**Sujetos.** Todos los socios de una sociedad científica.

**Mediciones e intervenciones.** Encuestas autoadministradas y dinámicas de grupo (1) y estudio cuantitativo observacional descriptivo con encuesta autoadministrada (2).

**Resultados.** (1) 13 informantes clave definen características de un curso de éxito, los objetivos, destinatarios, las razones por las que los médicos van a

cursos, los temas a ofertar, la difusión y la situación actual. Perfilan una encuesta con 21 preguntas. (2): responden la encuesta 286 personas no seleccionadas aleatoriamente, 56,9% residen en la capital / área metropolitana, 64,4% mujeres, edad media 40 años, 63,1% tienen trabajo fijo en sanidad pública, más del 50% utilizan Internet diariamente y 28,9% pertenecen a grupos de la sociedad científica. 64,4% ha realizado de 2 a 5 cursos. 85,3% afirman que la oferta formativa es variada, 57,3% suficiente y 87,7% de calidad. 77,1% prefieren los talleres. 77,7% prefieren documentación escrita. 48,6% no están dispuestos a pagar más de 50 euros. El número ideal de asistentes es menor de 20 (73,4%). 92,6% les gustaría formación itinerante. 49,4% prefieren cursos acreditados. 50,6% no les condiciona la existencia de sponsor. 62,8% encuentran todos los cursos que desean. Lo que no gusta: horario (66,2%), desplazamiento (65,8%), mal profesorado (34,6%). **Conclusiones.** La actual cartera formativa responde a las necesidades y expectativas de nuestros socios en gran medida, aunque sería mejorable el horario, la descentralización, algunos docentes y el precio.

### LOS VALORES EN LA DOCENCIA DE MEDICINA DE FAMILIA: UN ESTUDIO CON TUTORES

L. Jiménez de Gracia, R. Ruiz Moral y J.R. Loayssa Lara

Unidad Docente Mfyc Córdoba. Córdoba. Andalucía.  
Correo electrónico: lauradegracia@hotmail.com

**Objetivos.** Conocer cómo abordan los tutores de Medicina de Familia (MF) la enseñanza en valores, qué obstáculos encuentran para ello y qué valores observan como deficientes en los residentes.

**Tipo de estudio.** Estudio transversal.

**Ámbito del estudio.** Unidades Docentes de MF.

**Sujetos.** Tutores asistentes a 4 talleres sobre enseñanza de actitudes, valores y conducta profesional de MF.

**Mediciones e intervenciones.** Cuestionarios con preguntas abiertas. Análisis cualitativo y cuantitativo (proporciones, media  $\pm$  desviación estándar).

**Resultados.** Participaron 44 tutores, con medias de edad de 46,3  $\pm$  4,0, de experiencia clínica de 20,0  $\pm$  5,1 y de experiencia docente de 9,2  $\pm$  5,6 años. El 79,5% tiene formación específica en comunicación clínica y el 33,3% en ética. El 88,6% de los tutores declara abordar conscientemente la enseñanza en valores; el 95,4% aprovecha incidentes críticos de la práctica diaria para fomentar la reflexión, el 54,5% realiza actividades formativas informales y el 45,4% enseña situándose a sí mismo como modelo. Los obstáculos más nombrados son los relativos a las diferencias de valores entre tutor y residente (86,4%), destacando temores por parte del tutor a invadir la intimidad del residente o a tener actitud paternalista. Otras dificultades señaladas son la falta de tiempo (54,5%) y de formación (43,2%). Respecto a los valores que más frecuentemente observan los tutores que los residentes transgreden son responsabilidad (40,9%), respeto (27,3%) y competencia profesional (25,0%).

**Conclusiones.** Es necesario promover la enseñanza en valores y actitudes éticas por parte de los tutores, para lo cual es preciso modificar ciertas creencias sobre la naturaleza de éstos, la efectividad de su enseñanza y los métodos más adecuados para ello.

## LIBRES

### EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO EN KENIA

J.L. Clint

Centro de Salud Iturrama. Pamplona. Navarra.  
Correo electrónico: jlclint@yahoo.com

**Objetivos.** Experiencia: Se realizó una rotación en 4 departamentos (Medicina Interna, Ginecología, Pediatría y Cirugía General) en el Kenyatta National Hospital (KNH) en Nairobi, Kenya durante un periodo de dos meses.

**Descripción.** KNH es el principal hospital público de referencia del país y tiene alrededor de 1600 camas. Los servicios de Medicina Interna se constituyen por 7 plantas, cirugía general, 5; ginecología 4 y 5 de pediatría entre otras especialidades. Cada planta tiene capacidad para 60 pacientes pero puede existir de entre 80 y 100 pacientes en una planta. Pacientes comparten camas o duermen en somieres en el suelo. A pesar de

la sobrecarga, las condiciones higiénico-dietéticas son adecuadas. En Medicina Interna hasta un 80% de los pacientes tienen SIDA. A pesar de la disponibilidad de anti-retrovirales genéricos disponibles ningún paciente recibía tratamiento por su coste durante mi estancia. Los residentes son los responsables del mayor parte del trabajo diario de la planta.

**Conclusiones.** La escisión del mundo en países ricos y pobres divide la provisión de cuidados de salud tan agudamente, como cualquier otro aspecto de la condición humana. Países ricos tienen muchos más medios en abundancia comparativa y países pobres no. Esta diferencia está determinado principalmente por la pobreza, más que el clima cálido. La capacidad de improvisación y el buen ojo clínico son muy destacables en un medio de pocos recursos. El papel de médicos en países avanzados es diferente al del médico en países en vías de desarrollo.

### ATENCIÓN PRIMARIA EN LOS CAMPAMENTOS SAHARAUIS

A.I. Bardón Ranz, A. Urchaga Litago, I. Pérez Litago, J.A. Díaz Benito, J. Esnaola Ezeverri e Y. García Aizpuz

Centro de Salud de Iturrama. Pamplona. Navarra.  
Correo electrónico: anabelbardon@yahoo.es

**Objetivos.** En 1975 los refugiados saharauis se instalaron en campamentos en una zona desértica situada en torno a Tinduf (Argel); viven una población aproximada de 150.000 habitantes que dependen en gran medida de la ayuda internacional. Estos campamentos se dividen en cuatro provincias o wilayas, cada una de estas a su vez está compuesta por seis barrios o dairas. Los niveles de desnutrición, higiene y atención médica se van deteriorando con los años de asentamiento. ANARASD (asociación Navarra de amigos de la RASD) es una ONG cuyo objetivo principal es poner en marcha el desarrollo de un modelo de atención primaria en la wilaya del Aaiun, que suponga el pilar básico de su sistema sanitario.

**Descripción.** Se dota cada Daira de un consultorio de AP. Cada consultorio dispone: a) Medios personales: un médico, un enfermero y cinco auxiliares de enfermería. b) Medios materiales: Adecuación mínima de los consultorios (lavabo con agua corriente, luz, aseo) Dotación de archivo y material administrativo. Dotación instrumental mínima (tensiómetro, glucometer, peso, etc.) Se realizan las siguientes acciones: Creación de un archivo que organice las historias, apertura de historia clínica con un contenido mínimo, asistencia sanitaria con implantación progresiva de protocolos, control de medicación prolongada, establecimiento de un sistema de derivación a hospital y especialistas, y plan de formación continuada. Para ello se desplazan equipo de atención primaria de Navarra.

**Conclusiones.** El modelo de AP no es fácil de implantar: El personal está desmotivado por los escasos incentivos y es difícil llegar a la población por su precaria situación socioeconómica.

### ROTACIÓN EN LA INDIA: PROYECTO DE COOPERACIÓN ATENCIÓN A LA POBLACIÓN DIABÉTICA INDOSTANÍ

C. Pozo Díaz, A. Camps Calduch, E. De Frutos Echaniz, A. Romagosa Pérez-Portabella, N. Gudiña Escuredo y A. Grau Ruwiveta

CAP Dr. Lluís Sañé, CAP Sant Cugat y CAP Camps Blancs. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: anaromagosa@hotmail.com

**Objetivos.** Experiencia de residentes de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria de cooperación con un proyecto de la Fundación Vicente Ferrer (FVF) orientado a la atención de pacientes con Diabetes Mellitus en un área rural de la India.

**Descripción.** La coordinadora de Sanidad de la FVF en España organizó los grupos y fechas de estancia. Las actividades se centraron en dos de los cuatro hospitales que la FVF tiene en el distrito de Andhra Pradesh (sur-este): Bathalapalli y Kanekal. Se nos cedió una consulta en la que atendíamos a los pacientes diabéticos, así como a los pacientes ingresados por descompensación u otra causa relacionada. Participamos en las sesiones clínicas del staff médico. Colaboramos en la realización de un tríptico de educación diabética para pacientes conjuntamente con cooperantes españoles de enfermería. Conocimos la estructura y el funcionamiento de la FVF, fundamentalmente en el aspecto de la sanidad, pero también en su labor educativa y de desarrollo rural orientada a mejorar las condiciones de vida de los grupos más desfavorecidos del territorio.

**Conclusiones.** Creemos que este tipo de rotaciones son muy interesantes, no sólo por el enriquecimiento personal que suponen. La limitación de

los recursos y la extrema pobreza de la población, suponen un reto a la hora de trabajar en la optimización de las acciones. A pesar de las diferencias, dado el elevado índice de inmigración de nuestro país, estas experiencias constituyen una enseñanza que puede ser muchas veces útil en nuestra práctica diaria.

### EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES HIGIÉNICAS SANITARIAS EN UNA REGIÓN DE LA COSTE ESTE DE SRI-LANKA TRAS EL TSUNAMI A CARGO DE DOS MÉDICOS Y UNA ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA

X. Bria Ferre, M. Ruiz Batalla y M. Vidal Piñol

CAP Arboç, CAP Muralles. Arboç, Tarragona. Cataluña.

Correo electrónico: mruiz@xarxatecla.net

**Objetivos.** Realizar una inspección de las condiciones higiénicas tras el tsunami de los centros sanitarios de Kalmunai para diseñar una propuesta de mejora aplicable.

**Descripción.** Durante el pasado mes de mayo realizamos una Auditoria basada en el manual de la OMS para prevención de infecciones nosocomiales en la región de Kalmunai con 35 centros de asistencia, distribuidos en hospitales base, hospitales de distrito y dispensarios. Conseguimos auditar 26 centros, 5 de los cuales habían estado destruidos y tenían una ubicación temporal con malas condiciones higiénicas, incluso sin agua ni luz. Un 96% de los profesionales sanitarios no realizaban el lavado simple de manos. Un 98% no utilizaban guantes de forma habitual. El 100% de médicos trabaja sin ropa adecuada (batas). Ningún centro tiene habitaciones para aislamiento y tampoco utilizan mascarillas. Los suelos del 100% de los centros están sucios. El 100% utilizan agujas y material desechable de un solo uso. Del total de centros sólo 1 manifestó interés para mejorar sus condiciones higiénicas.

**Conclusiones.** En los centros sanitarios de Kalmunai no se cumplen las medidas higiénicas básicas recomendadas por la OMS. La práctica totalidad de los centros infravalora la importancia de la higiene en su práctica habitual. Debido a la sencillez y bajo coste de las medidas a adoptar para conseguir los objetivos de la OMS, creemos necesaria una futura intervención educativa para el pertinente adiestramiento de los profesionales sanitarios de la zona, así como la creación de un grupo de apoyo que controle la aplicación de dichas medidas.

## Sesión 5

12.00-14.00 h - Sala 8+9 Palacio de Congresos y Exposiciones de Galicia

## MESA 11

Asignaturas pendientes de la medicina de familia

### INCIDENCIA DE ICTUS ISQUÉMICOS EN UNA POBLACIÓN URBANA

M. Sorribes Capdevila, M.T. Alzamora Sas, R. Forés Raurell, M.L. Vicheto Capdevila y J. Sánchez Oranguren

GDEL ABS Riú Nord-Sud, ABS Can Mariné, ABS Singuerlin, ABS Fondo, ABS Llatí, ABS Santa Rosa. Santa Coloma de Gramenet. Cataluña.

Correo electrónico: med020228@nacom.es

**Objetivos.** Analizar la incidencia, subtipos etiológicos, dependencia y mortalidad a los 3 meses después de un Ictus isquémico.

**Tipo de estudio.** Registro comunitario prospectivo de ictus isquémicos.

**Ámbito del estudio.** Población urbana de 116.220 habitantes.

**Sujetos.** Ictus isquémicos 2003.

**Mediciones e intervenciones.** Se realizó una evaluación clínica completa de todos los ictus. El estudio incluía pruebas de neuroimagen (CT/MRI) y

estudio vascular (duplex scan/MR angiography). Prospectivamente estudiamos: incidencia, subtipos etiológicos, mortalidad y discapacidad a los 3 meses después del ictus. Cálculos de Incidencia por intervalos de edad y sexo (IC del 95%).

**Resultados.** Se registraron 196 ictus isquémicos [107 hombres y 89 mujeres. Edad media: 74 años (39-98)]. Incidencia anual cruda para primer ictus isquémico: 138/100.000 (95% CI, 116-159). Incidencia global: 169/100.000 (95% CI, 145-192). Incidencia ajustada a la población europea: 128 (95% CI, 109-146) por 100.000 habitantes; en hombres 160 (130-191) y en mujeres 90 (70-109). La incidencia aumenta con la edad. Subtipos etiológicos: lacunar 28,8% (95% CI, 22,1-35,5), aterotrombótico 18,6% (95% CI, 12,9-24,4), cardioembólico 26,6% (95% CI, 20,0-33,1) e indeterminado 26,0% (95% CI, 19,5-32,4). Mortalidad: 12% (95% IC: 7-17) en los primeros 90 días (52% mujeres, 48% hombres). Discapacidad en el momento agudo: severa 32,5% (25-40); moderada 48,1%(40-56) y leve 19,4% (13-26). A los 90 días: 19,4% (13-26), 25,2% (18-32) y 55,5% (48-63) respectivamente.

**Conclusiones.** En nuestro estudio poblacional encontramos una incidencia de ictus similar a la encontrada en estudios europeos. El envejecimiento de nuestra población y la identificación de los casos tanto desde la Atención Primaria como desde la Atención hospitalaria podría explicar esta incidencia. La baja mortalidad encontrada podría explicarse por los buenos cuidados en fase aguda y por la inclusión de ictus leves.

### PREVALENCIA DE EPISODIOS DE HIPOTENSIÓN EN ANCIANOS CON TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO

A.M. Piera Carbonell, P. Rodríguez Antón, J.E. Forcada Lozano

CS Mieres Sur. Mieres. Asturias.

Correo electrónico: apiecar@hotmail.com

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de episodios de hipotensión en ancianos a tratamiento antihipertensivo y su relación con número de fármacos y síntomas asociados.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo, transversal. Muestra de 117 personas. Muestreo aleatorio estratificado no proporcional.

**Ámbito del estudio.** 5 cupos de 2 ZBS.

**Sujetos.** Hipertensos  $\geq 75$  años con tratamiento farmacológico antihipertensivo. Criterios exclusión: arritmias y/o cambios en tratamiento antihipertensivo en último mes.

**Mediciones e intervenciones.** Monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA) durante 24 horas. Episodios de hipotensión (Día: PAS  $\leq 100$  y/o PAD  $\leq 65$  mmHg; Noche: PAS  $\leq 90$  y/o PAD  $\leq 50$  mmHg), síntomas asociados, descenso fisiológico nocturno de la presión arterial, tratamiento antihipertensivo. Se calculó porcentajes, medias, intervalos de confianza y chi cuadrado en el análisis bivariado.

**Resultados.** Edad media de 79,2 años (DE: 3,9). 59% mujeres. Presentaban sobrepeso u obesidad el 91,5% de las mujeres y el 58,6% de los hombres, cardiopatía (31%), diabetes (33%), síndrome ansioso-depresivo (38%) y vértigo (16%). La PAS media era  $\leq 140$  mmHg en el 49,2% de las mujeres y el 39% de los hombres y la PAD media  $\leq 90$  en el 84,7% de las mujeres y el 80,5% de los hombres. Realizaban tratamiento con 2 ó más fármacos antihipertensivos el 70%. El 34% resultaron dipper. El 76% (IC95%: 66,4-84,0) presentó al menos un episodio de hipotensión, acompañado de síntomas un 11,8% de los casos siendo la cefalea y el mareo lo más frecuentes (38% vs 48%). No se observó asociación significativa entre número de fármacos antihipertensivos y la ocurrencia de episodios de hipotensión.

**Conclusiones.** La mayoría de los pacientes presentaron al menos un episodio de hipotensión, siendo raramente sintomáticos y no relacionados con el número de antihipertensivos. La baja frecuencia de dipper, la elevada prevalencia de obesidad y el deficiente control de la PAS hace preciso un mayor control del riesgo cardiovascular de la población de estudio.

### MOTIVOS DE INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES MAYORES POLIMEDICADOS: ESTUDIO MEDIANTE GRUPOS FOCALES

O. Castañer Niño, S. Benito López, J.A. Escamilla Fresnadillo, E. Ruiz Gil, M. Burrull Gimeno y N. Sáenz Moya

EAP Sant Ildefons. Cornellà Llobregat. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: eruiz.cp@ics.scs.es

**Objetivos.** Determinar prevalencia de incumplimiento terapéutico y su porqué en pacientes mayores polimedicados.

*Tipo de estudio.* Triangular cuantitativo (trasversal) -cualitativo (descriptivo etnográfico).

*Ámbito del estudio.* Centro salud.

*Sujetos.* Pacientes  $\geq 65$  años, tratados tres o más fármacos, 2004-2005.

*Mediciones e intervenciones.* Incumplimiento terapéutico test Morisky-Green. 3 grupos focales (8, 10, y 7 pacientes, muestra opinática), registrados audio y video, transcripción y análisis contenido temático.

*Resultados.* Incumplimiento terapéutico datos cuantitativos en 208 pacientes fue 47,6% (42-53,3). Análisis cualitativo muestra que cuando se prescribe un nuevo fármaco hay tres momentos-contexto claves: consulta, oficina-farmacia y llegada a casa. En los pacientes con medicación crónica: mecanismo de recogida de recetas, tipo enfermedad crónica y uso continuado del fármaco son determinantes. En la consulta encontramos motivos de incumplimiento terapéutico relacionados con el médico, paciente, relación médico-paciente y entorno. En la farmacia el farmacéutico actúa como modulador de la prescripción. En casa influyen las creencias del paciente, sus hábitos de vida y las características del fármaco. El paciente desea estar seguro que el médico conoce su medicación crónica y le asegure la inexistencia de interacciones, buscan que el farmacéutico corrobore la prescripción y cuando se queda solo con el fármaco el contenido del apartado de efectos secundarios le asusta. Prefieren la prescripción "a mano" en la consulta. Incumplen más si la enfermedad es asintomática, temen la tolerancia y hacen pruebas de dejarla a ver qué pasa.

*Conclusiones.* Prescribir es habitual en la práctica del médico y trascendente para el paciente. Porcentaje de incumplimiento terapéutico es elevado. El médico debe conocer los motivos de incumplimiento terapéutico e incorporar acciones-recomendaciones para mejorarlo tanto en su práctica como en la organización del centro.

## ¿QUÉ SABEN NUESTROS PACIENTES DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER?

C. Balagué Balaguer, M. Martínez Bertrand, S. March Llull, S. Alegret, F. Bestard y J. Llobera Cánaves

CS Son Gotleu, i Unitat d'Investigació de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Palma de Mallorca. Illes Balears.  
Correo electrónico: catbal2002@yahoo.es

*Objetivos.* Determinar conocimientos de los usuarios de medidas de prevención del cáncer recogidas en Código europeo contra el cáncer (CECC).

*Tipo de estudio.* Descriptivo transversal.

*Ámbito del estudio.* Centro de Salud (CS).

*Sujetos.* Muestra: 311 usuarios > 14 años atendidos en el CS, seleccionados mediante muestreo sistemático.

*Mediciones e intervenciones.* Cuestionario basado en CECC, administrado por entrevista. Recoge: sexo, edad, estudios, conocimiento recomendaciones CECC, antecedentes personales y familiares de cáncer, sus fuentes de información.

*Resultados.* 62,1% mujeres; mediana edad 45 (P25 = 34 y P75 = 65); 53,4% estudios primarios. 7,7% padecieron cáncer y 43,1% tienen antecedentes familiares. Saben que produce cáncer: Tabaco (98,1%; IC95%: 96,4-99,8); Exposición al sol (98,1%); consumo alcohol (92,6%; IC95%: 89,5-95,7); exposición a carcinógenos (89,4%; IC95%: 85,8-93,0). El 71,7% (IC95%: 66,5-76,9) cree que sobrepeso no está relacionado con cáncer. Saben que protegen del cáncer: consumo de fruta y verdura (71,1%; IC95%: 65,9-76,2), ejercicio físico (46%; IC95%: 41,4-52,8), vacunación VHB (35%; IC95%: 29,6-40,5). Un 45,7% identifican colonoscopia como método de detección precoz. El 65,3% (IC95%: 58,3-72,3) y 97,4% (IC95%: 94,1-99,1) de las mujeres conocen respectivamente citología, y mamografía. Fuentes información: televisión (76,2%; IC95%: 71,3-81,1), otras personas (54,3%; IC95%: 48,6-60,0), prensa (49,8%; IC95%: 44,1-55,6), CS (33,4%; IC95%: 28,0-38,8), radio (26,7%; IC95%: 21,6-31,8), AECC (23,5%; IC95%: 18,6-28,3). Más estudios y tener 31-50 años se relaciona ( $p < 0,05$ ) con conocer colonoscopia y citología y obtener información de prensa y AECC. Los menores de treinta y mayores de setenta desconocen más ( $p < 0,05$ ) la relación entre cáncer con factores ambientales o alimentación.

*Conclusiones.* Observamos desigualdad en conocimiento de medidas del CECC. Influyen edad y estudios. Los medios de comunicación son fundamentales para su difusión.

## TRABAJAR Y COOPERAR SIN DEJAR DE APRENDER NI DE ENSEÑAR

E. Sequeira Aymar, J.P. Millet Vilanova, E. Matinero Romero, M. Purroy, I. Espallargas, E. Florensa Roquet-Jalmar

Capse, Hospital de Bathalapalli, Hospital de Kanekal. Barcelona, Anantapur. Cataluña.

Correo electrónico: esqueira@fundacioncenteferrer.org

*Objetivos.* 1) Mejorar las expectativas y calidad de vida en un país en vías de desarrollo mediante la prevención, la educación sanitaria y la asistencia médica. 2) Compartir con los médicos locales un espacio de intercambio de conocimientos, vivencias y experiencias, aprendiendo juntos, el uno del otro en la cabecera del enfermo. 3) Mejorar la calidad asistencial a los enfermos desde el trabajo en equipo mejorando el nivel de conocimientos y de praxis médica de los profesionales de la salud, potenciando un espacio de discusión de casos, de diagnósticos y de tratamientos con los médicos locales.

*Descripción.* Programa iniciado en abril de 2004 y en continua revisión. Rotación de 6 semanas de residentes de tercer año de MFYC en hospitales de un país en vías de desarrollo compartiendo el trabajo con los médicos locales. Integración en la actividad asistencial de los dos hospitales que participan en el proyecto. Tutorización activa en terreno por un médico de familia desplazado para realizar esta actividad. Participación en sesiones clínicas y creación de espacios de discusión. Realización de memoria final de la rotación con valoración de los resultados y propuestas de mejora. Evaluación de la rotación por los responsables en terreno.

*Conclusiones.* Experiencia positiva a nivel humano y profesional por parte de los profesionales de ambos países. Nueva motivación y ampliación de conocimientos con patologías menos frecuentes y más evolucionadas. Adquisición de nuevos conocimientos de interculturalidad aplicables en el trabajo futuro. Incidencia en la calidad de vida de la población beneficiaria del proyecto.

## UTILIDAD DEL TEST DEL INFORMADOR EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS ATENDIDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

B. Casabella Abril, D. Lacasta Tintorer, D. García Ortega, P. Escobar López, M. Pitarch Segura y L. Ibáñez Pérez

ABS Raval Sud (Cap Drassanes). Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: bcasabellaa@meditex.es

*Objetivos.* Evaluar validez y seguridad diagnóstica del Test del Informador (TIN) a corto y medio plazo en el diagnóstico de demencia.

*Tipo de estudio.* Cohortes prospectivo.

*Ámbito del estudio.* Centro de salud (CS).

*Sujetos.* Selección aleatoria 100 personas > 65 años adscritas. Estimación mínima muestral  $n = 57$  (alfa 5%, precisión 8%). Excluidos: ausencia cuidador/informante fidedigno, rechaza/n participar.

*Mediciones e intervenciones.* Enfermeras adiestradas administraron Mini-Mental State Examination ((MMSE; punto de corte (PC) 23/24)) o Set-Test (PC: 27/28) según alfabetización. TIN breve (17 preguntas; PC 58/57) autoadministrado (cuidador/informante). Valoración: inicial, al año y 2 años. Prueba oro: criterio experto en demencias (desconoce resultado test); criterios diagnósticos de demencia DSMIV. Cálculo sensibilidad (S), especificidad (E), valores predictivo positivo (VPP), negativo (VPN) según teorema de Bayes, utilizando valor intervalo de confianza (IC) 95% mínimo de prevalencia detectada, para cada prueba y pruebas seriadas: TIN o TIN > 64 seguido de MMSE/Set-Test.

*Resultados.* Participaron 57 personas: edad media 75 años (IC95%: 73,3-77,2), 68,4% mujeres y 50,8% analfabetos. 84% de TIN autocumplimentados en casa. Prevalencia demencia: 12% (IC95%: 5,1-18,9). TIN inicial (S= 100%, E= 87,8%, VPP= 53,8%, VPN= 100%); MMSE/Set-Test muestran mayor especificidad (95,7%/96,2% respectivamente). Sensibilidad TIN inicial respecto a demencia al año: seguía 100%; a 2 años: 73%. TIN entre 58-64 puntos: 2 demencias (MMSE/Set-Test patológicos), 4 depresiones + 1 del informante (los 5 MMSE/Set-Test normales). TIN > 64:10 demencias (9 MMSE/Set-Test patológicos, 1 normal), 1 depresión (MMSE normal) y 2 pérdidas. Pruebas seriadas: TIN > 64 inicial seguido de MMSE (S= 64,3%, E= 99,9%, VPP= 97,5%, VPN= 98,2%) o Set-Test (S= 85,7%, E= 99,9%, VPP= 98,3%, VPN= 99,3%) y TIN > 64 en cualquier momento del seguimiento seguido de MMSE/Set-Test (mantiene VPP = 94,2%/97,7% respectivamente).

*Conclusiones.* El TIN resulta muy útil para cribado de demencia en nuestros pacientes. Se muestra altamente predictivo de demencia si elevamos PC a 65/64 y se combina con MMSE/Set-Test según alfabetización. Los TIN entre 58-64 falsos positivos suelen corresponder a depresión del paciente o del informante.

## LIBRES

**PACIENTES OBESOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: CARACTERÍSTICAS Y SEGUIMIENTO**

J.M. Janer Llobera, M.M. Arellano Román, M. Mestre Sanso, N. Serrano Gomila, T. Estrades Llinás y J.A. Ramón Bauza

Centro de Salud Son Serra-La Vileta (Unidad Docente de Mallorca). Palma de Mallorca. Illes Balears.

Correo electrónico: juanajaner@wanadoo.es

**Objetivos.** Describir las características de los obesos, comorbilidad y grado de obesidad. Contrastar las actuaciones realizadas por el Equipo Atención Primaria con las recomendaciones actuales.

**Tipo de estudio.** Descriptivo transversal.

**Ámbito del estudio.** Centro de Salud Urbano y docente.

**Sujetos.** 1.868 pacientes mayores de 14 años identificados como obesos de una población adscrita de 18.788 (9,94%). Muestreo aleatorio simple de historias clínicas de obesos. Muestra estimada 323 para población finita de 2.000, error  $\alpha$ : 0,05, precisión: 5% para situación de máxima indeterminación.

**Mediciones e intervenciones.** Edad, sexo, factores de riesgo Cardiovascular (FRCV), obesidad: grado, comorbilidad, farmacoterapia, nº visitas, seguimiento, pérdida peso.

**Resultados.** Muestra final: 349. El 64,2% (IC95%: 59,0-65,3%) presentaba obesidad grado I, 23,2% (IC95%: 18,6-27,8%) grado II, 11,7% (IC95%: 8,2-15,3%) grado III o mórbida y sólo 3 casos obesidad extrema. Únicamente 63 pacientes (18,1%; IC95%: 13,9-22,2%) no presentaban FRCV. Destacan: HTA (61,9%), dislipemia (40,4%) y diabetes (23,8%). Las enfermedades asociadas más frecuentes fueron: Artrosis (33,2%; IC95%: 28,2-38,3%), cardiovasculares (24,1%; IC95%: 19,4-28,7%), depresión (15,5%; IC95%: 11,5-19,4%). Hay que destacar el consumo de fármacos: Benzodiacepinas (31,5%; IC95%: 26,5-36,5%), Antidepresivos (22,1%; IC95%: 16,6-26,5). Se constató seguimiento, fundamentalmente por enfermería, a 205 pacientes (IC95%: 53,4-64,0%), 74,0% mayores de 65 años y en cambio el 43,2% entre 20-35 años. Dicho seguimiento fue independiente de los FRCV.

**Conclusiones.** Los obesos presentan una prevalencia de FRCV y de enfermedades cardiovasculares más elevada que la población. También destaca la comorbilidad psíquica y consumo de psicofármacos. En cuatro de cada diez obesos no hay seguimiento y se interviene más en ancianos cuando las guías clínicas recomiendan la intervención en obesos más jóvenes por su mayor efectividad.

**CONTROL METABÓLICO DEL PACIENTE DIABÉTICO, ¿QUÉ PARAMETRO UTILIZAR SEGÚN LAS RECOMENDACIONES DE LA ADA 2005?**

E. Rodríguez Sánchez, L.J. González Elena, A. García García, L. García Ortiz, M.A. Gómez Marcos y N. Pereira Bordelous

Unidad de Investigación de Atención Primaria La Alamedilla. Salamanca. Castilla y León.

Correo electrónico: lgarciaco@usal.es

**Objetivos.** Evaluar las concordancias y discrepancias en el control metabólico del paciente diabético, entre las glucemias pre-prandiales, post-prandiales y HbA1c, siguiendo los criterios de la guía de la American Diabetes Association (ADA) del 2005.

**Tipo de estudio.** Descriptivo trasversal.

**Ámbito del estudio.** Atención Primaria

**Sujetos.** 87 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acudieron a las consultas de manera consecutiva y que tenían realizado al menos un perfil de 6 puntas en el último mes. (50,6% varones). Edad media: 68,9 años.

**Mediciones e intervenciones.** Edad, sexo, glucemia pre-prandial, post-prandial, HbA1c.

**Resultados.** La glucemia pre-prandial media fue: 126,13 mg/dl (IC95%: 121-131), la postprandial: 152,90 mg/dl (IC95%: 145-160), HbA1c: 7,16 (IC95%: 6,76-7,56). La correlación de la HbA1c con la glucemia pre-prandial fue  $r = 0,35$  ( $p < 0,05$ ) y con post-prandial  $r = 0,25$  ( $p < 0,05$ ) y entre pre y postprandial  $r = 0,54$  ( $p < 0,05$ ). Presenta control adecuado de la Glucemia preprandial el 58,6% (51), de la postprandial el 77% (67) y de la HbA1c el 46,3% (31). Tienen control inadecuado en los tres criterios 11 (12,6%), uno adecuado 26 (29,9%), dos 31 (27%) y los tres con control adecuado 23 (26,4%). Existen discrepancias en la calificación de

“control adecuado/inadecuado” en el 44% entre HbA1c y glucemias post-prandiales, el 34% entre HbA1c y glucemias pre-prandiales y un 32% entre glucemias pre y post prandiales.

**Conclusiones.** Existen discrepancias en la calificación como control metabólico adecuado o inadecuado dependiendo del parámetro que se utilice. Con la HbA1c se obtiene el peor control y con la glucemia post prandiales el mejor. Parece necesario utilizar los tres parámetros (HbA1c, glucemia basal y posprandial) para hacer una valoración adecuada del control metabólico del paciente diabético.

**PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

A. Arceo Tíñez y X.M. Segade Buceta

Centro de Salud de Conxo. Unidad Técnica de Salud Pública. Santiago de Compostela. Galicia.

Correo electrónico: anartu25@yahoo.es

**Objetivos.** Estimar la prevalencia de síndrome metabólico (SM) y de cada uno de sus componentes. Explorar la relación de SM con diversas variables de interés.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo transversal con trabajo de campo realizado durante marzo 2005.

**Ámbito del estudio.** Centro de salud urbano.

**Sujetos.** Usuarios pertenecientes al cupo de dos médicos de familia del CS. El tamaño final de la muestra fue de 1.082 personas.

**Mediciones e intervenciones.** Los criterios utilizados para el diagnóstico de SM fueron los del ATP-III (3 ó más de los siguientes): obesidad abdominal, hipertrigliceridemia, HDL bajo, cifra tensional elevada e hiperglucemia. Para el análisis univariante de los resultados se emplearon índices estadísticos descriptivos y para el bivariante la prueba de chi-cuadrado.

**Resultados.** Eran mujeres un 55,1%, siendo la mediana de la edad de 47,3 años (desviación cuartil de 18,2). La prevalencia de SM fue de un 32,3% (intervalo de confianza del 95%: 29,5-35,2%). El criterio de SM más frecuente fue la presión arterial elevada (56%), seguido por la obesidad abdominal (50,6%) y por la hipertrigliceridemia (25,3%). No había diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de SM entre hombres y mujeres ( $p = 0,575$ ), pero sí entre los diferentes grupos de edad ( $p < 0,001$ ), siendo más frecuente el SM conforme aumenta la edad. El único criterio que tiene una distribución diferente por sexo es la hipertrigliceridemia, siendo más frecuente en hombres (33,3 vs 18,8%).

**Conclusiones.** La prevalencia de SM en la población estudiada es alta. Sería necesario un diagnóstico precoz de estos pacientes de cara a un mayor fomento de las medidas de prevención y tratamiento.

**Sesión 6**

12.00-14.00 h - Sala 10 Palacio de Congresos y Exposiciones de Galicia

## LIBRES

**DENSITOMETRÍAS: ¿SE ADECUA SU PETICIÓN A LOS PROTOCOLOS VIGENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA?**

M. Cols Jiménez, E. Vilert Garrofa, L. Sánchez Solanilla, M.L. Parejo Mir, J. Coderch de Lassaletta y J.M. Lisbona Ginesta

CAP Dr. Josep Alsina (Palafrugell), CAP Catalina Cargol (Palamós), CAP La Bisbal, CAP Torroella de Montgrí. Girona. Cataluña

Correo electrónico: evilert@hosppal.es

**Objetivos.** Analizar si los pacientes diagnosticados y/o tratados por osteoporosis tienen realizada densitometría ósea (DMO) y si se adecua a lo establecido en el protocolo de osteoporosis de la entidad.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito del estudio.** Cuatro centros de salud semirurales (76.937 habitantes).

**Sujetos.** Se incluyeron 4.199 personas mayores de 35 años con diagnóstico de osteoporosis y/o petición de DMO y/o tratamiento antiresortivo (Junio 2001-2004).

**Mediciones e intervenciones.** Muestra aleatoria poblacional, estratificada por edad y centro, de 210 sujetos, asumiendo riesgo alfa 0,05, precisión  $\pm 0,066$  y proporción de 0,5, con reposición de exclusiones y pérdidas. Fuente de datos informatizados: diagnósticos codificados en la historia clínica informatizada, registro de pruebas (DMO), ficheros de facturación de farmacia del CatSalut. Los datos no explotables informáticamente se obtuvieron por auditoría de historias clínicas.

**Resultados.** Se analizaron 210 casos. Mujeres: 97,4%. Media edad: 66,8 años (DE: 11,9). Presencia factor de riesgo: 35,3%. Radiografía patológica: 35,9%. Fractura por fragilidad: 15,4% (media de fracturas = 0,22 [DE 0,59]). Tratamiento antirresortivo: 57,6%. Se realizaron DMO en 111 pacientes (53,9%): 73% patológicas: 52,3% osteopenia (9% lumbar, 18% femoral, 25,2% ambas) y 32,7% osteoporosis (4,5% femoral, 10% lumbar, 18,2% ambas). De las realizadas, únicamente estaban indicadas 35,5% (ns). Estaba indicada DMO en 65 casos, realizándose sólo en 38 (58,5%) y de los 120 restantes sin indicación se realizaron 69 (57,5%) (ns). 25 casos no analizables.

**Conclusiones.** La realización de DMO se adecua poco a lo establecidas. Debemos sistematizar la solicitud de pruebas complementarias.

### EVALUACIÓN DE LAS PROPIEDADES CLINIMÉTRICAS DEL CUESTIONARIO LISAT-8 COMO HERRAMIENTA DE DETECCIÓN PARA LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (DE)

C. Fernández-Micheltoarena, I. Moncada Iribarren, E.M. Martínez y J. Rejas  
CS Mar Baltico, Hospital Gregorio Marañón, Dpto. médico Pfizer. Madrid. Madrid  
Correo electrónico: cfmicheltoarena@hotmail.com

**Objetivos.** Introducción: Se desconocen las propiedades clinimétricas del LISAT-8 en comparación con otros instrumentos específicos de detección de DE como el SHIM. El objetivo es evaluar las propiedades de detección para DE del cuestionario LISAT-8 utilizando el IIEF como medida de referencia y comparar la factibilidad y validez del LISAT-8 vs SHIM.  
**Tipo de estudio.** Estudio epidemiológico, observacional, no intervencionista, multicéntrico, transversal, en el que una muestra no probabilística de pacientes atendidos por cualquier causa en consultas de AP y Urología fueron incluidos en el estudio, previo consentimiento informado, para que contestaran a los cuestionarios SHIM, LISAT-8 e IIEF.

**Ámbito del estudio.** Atención Primaria y urología.

**Sujetos.** 6.986 pacientes sanos en consulta.

**Mediciones e intervenciones.** Cuestionario SHIM, IIEF, Lisat-8.

**Resultados.** Se reclutaron 6.986 pacientes varones (media de edad = 46 años; rango = 17-101). El tiempo de cumplimentación fue inferior para el cuestionario LISAT-8 que para el SHIM ( $P < 0,0001$ ), siendo aquél el preferido por el 71,2% de los pacientes. El análisis de regresión logística determinó que los ítems del LISAT-8 que mejor predicen la presencia de DE son la satisfacción "con la vida sexual", "la relación de pareja" y "la relación de amigos". Las propiedades clinimétricas para estos 3 ítems fueron: Sensibilidad (83,44%), Especificidad (80,73%), VPP (52%) y VPN (82%). El punto de corte que optimizaba la detección de DE se encontró en  $< 13$ . El índice Kappa de concordancia para los 3 ítems Vs. IIEF fue de 0,6314.

**Conclusiones.** El LISAT-8 presenta propiedades aceptables para ser utilizado en población española como instrumento de detección para la DE., siendo además más factible y pertinente que el SHIM.

### EXPOSICIÓN A FÁRMACOS Y NIVEL DE RIESGO FETAL DURANTE EL EMBARAZO

M.A. Fernández Baena, E. Blanco Reina, J.A. González Correa, M.D. Molina Pérez, J. Fernández Jiménez y F. Sánchez de la Cuesta

CS Las Lagunas (Mijas Costa). Dpto. Farmacología. Facultad Medicina. Málaga.  
Correo electrónico: Andaluciaamafebae@msn.com

**Objetivos.** Principal: Determinar la exposición a fármacos durante el embarazo en una muestra de mujeres que acuden a la visita puerperal. Secundarios: Describir el perfil de prescripción. Determinar los niveles de riesgo según clasificación de la FDA.

**Tipo de estudio:** Observacional tipo transversal.

**Ámbito del estudio.** Centro de Salud.

**Sujetos.** Muestra de 100 mujeres que acuden a la primera visita puerperal.

**Mediciones e intervenciones.** Recogida de datos mediante entrevista personal, con consentimiento sobre la voluntariedad de participación y compromiso de confidencialidad. Variables: sociodemográficas, clínicas, frecuencia, y datos sobre el consumo de fármacos.

**Resultados.** La muestra tuvo una media de edad de 28 años, el 74% con actividad laboral (un 60% solicitó al menos una baja, en su tercera parte por lumbalgias). El 53% consultó al menos en una ocasión en servicios de urgencias. El nº medio de fármacos recibidos en el embarazo fue de 3. Todas recibieron al menos 1 fármaco, pero si se excluyen los suplementos vitamínico-minerales, el grado de exposición a fármacos fue del 77% de la muestra. Los grupos más prescritos fueron NULL (100% de adherencia al fólculo), analgésicos-aines y antiinfecciosos. Las categorías de riesgo FDA, excluyendo suplementos, fue NULL (64%), A (17%), C (11%), D (4%), correspondientes al uso de ibuprofeno en tercer trimestre y diazepam, un 4% sin catalogar y ninguna prescripción X.

**Conclusiones.** Detectamos una actitud responsable y un uso razonable de fármacos en el embarazo.

### INTERVENCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL EN LA ESCUELA

R. Morales López, J. García Molina, N. Antolín Bravo, C. Esparza García, P. Pérez López y C. Cobo González

Centro de Salud San Antón. Centro de Salud Cartagena-Oeste. Cartagena. Murcia.  
Correo electrónico: rmoraleslopez@hotmail.com

**Objetivos.** Estudio de conocimientos y actitudes de alumnos de ESO (Enseñanza Secundaria Obligatoria) IES (Instituto Enseñanza Secundaria) de nuestra zona de salud. Realizar una intervención de EPS (educación para la salud) sobre sexualidad, reproducción y prevención de ETS (enfermedades transmisión sexual). Evaluar la intervención en cuanto a conocimientos adquiridos.

**Tipo de estudio:** Cuasi-experimental tipo antes-después.

**Ámbito del estudio.** IES. Zona de Salud urbana.

**Sujetos.** 149 alumnos 3.º ESO.

**Mediciones e intervenciones.** Intervención educativa. Encuesta 22 ítems, 5 respuestas tipo Likert. Basada en Oliva A. pre/postintervención. Descriptivo, tablas contingencia, ji-cuadrado.

**Resultados.** Porcentaje respuestas 82%. Edad media  $14,58 \pm 1,82$ , 56,9% mujeres, autocalificación buen-normal estudiante 85,9%, pareja/lígue (30,6%) estable (70,3%) alto grado de confianza (44,7%). Piensan (pre-post): la primera relación (8,2%-8%) o no alcanzar el orgasmo (12,3%-9,5%) puede proteger del embarazo, preservativo evita ETS (91%-86,5%), CI (Coitus interruptus) es método anticonceptivo eficaz (15,3%-14,4%), ponerse preservativo inmediatamente antes de la eyaculación es seguro (19%-16%), determinadas posturas previenen ETS (19,5%-9,6%), sexo oral no transmite SIDA (3,4%-23%), padres se enfadarían si los pillaran con preservativos (25,2%-15,2%), lo más importante es la penetración (26,8%-17,2%), el sexo es placentero sin penetración (66,7%-68,6%), el preservativo permite relaciones seguras/placenteras (60,1%-60,3%) pero es un rollo (19,5%-15,8%). Relación estadísticamente significativa: ser mujer y confianza pareja ( $P < 0,031$ ), lo más importante es la penetración ( $P < 0,012$ ), el SIDA no se transmite por relaciones orales ( $P < 0,025$ ), usar preservativos es un rollo ( $p < 0,022$ ); entre ser hombre y placer sin penetración ( $p < 0,036$ ); entre pre y post-intervención respecto a que CI es eficaz ( $p < 0,0005$ ), posturas relación evitan ETS ( $p < 0,032$ ), desacuerdo importancia penetración ( $p < 0,037$ ).

**Conclusiones.** Falta de conocimientos sobre sexualidad, anticoncepción y prevención de ETS. Baja eficiencia en relación al coste de la intervención. Preciso ensayar estrategias que se muestren más efectivas.

### MEJORA DE LA ADHERENCIA Y LA RESOLUCIÓN EN LOS TAPONES DE CERUMEN TRAS UNA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

A. Dalfo I Pibernat, L. Salinas Gratacós, V. Sierra Peinado, C. Landívar Gallego, M. Cabero Jiménez y I. Fort García

CAP Marina, EAP Dreta del Eixample. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: adpibernat@hotmail.com

**Objetivos.** Evaluar la adherencia en el tratamiento cerumenolítico y el grado de resolución de Enfermería en la técnica de extracciones en los tapones de cerumen (TC) en Atención Primaria.

**Tipo de estudio:** Estudio experimental de Intervención, Junio a Setiembre 2004, en pacientes con TC.

**Ámbito del estudio.** Centro de Atención Primaria urbano.

**Sujetos.** Muestreo consecutivo de 50 pacientes con TC.

**Mediciones e intervenciones.** El 50% de los pacientes recibieron la atención habitual (prescripción de cerumenolítico e información oral). El otro 50%

además recibió información escrita de las normas la correcta aplicación del cerumenolítico. Antes de la técnica de extracción fue administrado un cuestionario específico (6 ítem) para determinar un la adherencia. La resolución de la técnica de extracción también fue evaluada.

**Resultados.** Edad media: 44,5 años (16-92). Al 100% de los pacientes informados se les extrajo el TC en el primer intento. En el caso de los no informados el porcentaje fue del 20% (IC 95% diferencia: 69,3-95,7). En el grupo de los informados la media de respuestas correctas fue de 5,56. En el caso del grupo de los no informados la media de respuestas correctas fue 2,12 ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones.** La educación sanitaria a los pacientes con TC incrementa la información de las normas correctas de aplicación y la adherencia al tratamiento y por tanto posibilita el adecuado cumplimiento. Es necesario y útil mejorar la adherencia en el tratamiento cerumenolítico antes de la extracción de los tapones de cera ya que se consigue un mayor grado de resolución por parte de Enfermería.

### COMPETENCIAS PROFESIONALES: NUESTRA EXPERIENCIA CON LA ACREDITACIÓN JOINT COMMISSION

A. Ibricu Barro, L. Rios Valles, M.J. Bueno Dominguez, O. Doblado López, L. Fornos Blanch y A. Guillén López

CAP Cambrils. Grup Sagessa. Cambrils. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: lrios@grupsgassa.com

**Objetivos.** Desarrollar una metodología de evaluación de competencias profesionales que recoja los aspectos relevantes de las capacidades técnicas y motivacionales.

**Descripción.** Se diseña un documento donde se recogen los ítems siguientes.

- Definición de ámbitos de competencias comunes para todos los profesionales: 1) Prevención y Promoción de la Salud: educación sanitaria, atención comunitaria, actividades preventivas. 2) Procedimientos y Protocolos: procesos crónicos, pediatría, actuación urgente, circuitos y normativas. 3) Asistencia sanitaria en situaciones específicas: duelo, paliativos, atención al inmigrante, anticoagulación oral. 4) Habilidades técnicas: conocimientos y aplicación de técnicas con precisión y seguridad. 5) Comunicación/relación con el usuario. 6) Trabajo en equipo y relación inter e intra profesional. 7) Formación, investigación y docencia. 8) Ética, valores y legislación.

- Definición para cada tipo de profesional de las habilidades técnicas específicas: Médico de Familia (MF): Cirugía menor, toraco-paracentesis, etc.; Enfermeras (DUE): Extracciones, realización de electrocardiograma, venoclisis, etc.; Auxiliar de clínica (AC): esterilización, inmovilización de pacientes, etc.

- Definición de 4 niveles de competencia a) Nivel adecuado; b) déficits leves; c) déficits importantes, y d) Nivel incompetencia.

- Plan de actuación: Detección de déficits de competencia y actuación pactada con el profesional para la mejora.

En Diciembre 2004 se evaluaron 14 MF, 12 DUE y 2 AC.

Se planificó para este año la formación pactada con los profesionales: formación para formadores, atención al dolor, evaluación geriátrica, metodología investigación, interpretación ECG, Ofimática.

**Conclusiones.** Disponer de una herramienta de evaluación de competencias profesionales nos ha servido para: a) determinar privilegios de profesionales específicos; b) posibilitar la comunicación de los profesionales y coordinadores, y c) programar planes de formación según las necesidades.

### HÁBITOS DE COMPORTAMIENTO DE SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE CONFIDENCIALIDAD Y SEGURIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA

A. Fabero Jiménez, R. Álvarez Nido, P. Sánchez Aznar, M.L. De la Puerta Calatayud, J.E. Villares Rodríguez y E. Martín Robledo

Área 10 De Atención Primaria. Getafe. Madrid.  
Correo electrónico: afabero.gapm10@salud.madrid.org

**Objetivos.** Conocer los hábitos de comportamiento de los profesionales sanitarios de dos Áreas de Atención Primaria acerca del acceso a la información y el mantenimiento de la confidencialidad y seguridad de la historia clínica informatizada. Identificar posibles áreas de mejora

**Tipo de estudio.** Descriptivo transversal.

**Ámbito del estudio.** Atención Primaria

**Sujetos.** Profesionales sanitarios de dos Áreas de AP que trabajan en EAP con informatización del área clínica.

**Mediciones e intervenciones.** Encuesta de opinión anónima y autocumplimentada de 15 preguntas relativas a comportamientos. Variables demográficas y laborales.

**Resultados.** De 852 encuestas emitidas, recibimos 382 (tasa de respuesta 44,83%). El 70% son mujeres, 63,1% tienen entre 25 y 45 años, 60% médicos, 37% enfermeros y 43% trabajan en equipos con más de 3 años de informatización. Preguntas referidas al acceso a la información: existen dudas cuando la petición la realiza el juez (27% copia íntegra, 48% copia restringida) o los familiares del paciente fallecido (26% no daría copia, el 39% copia restringida, 29% no sabe) Preguntas referidas a confidencialidad y seguridad: la información en los partes de interconsulta es revisada rara vez 20% o nunca 11%; cuando el profesional abandona temporalmente la consulta bloquea la pantalla siempre 32% y habitualmente 28%.

**Conclusiones.** Los hábitos reflejados en las respuestas son acordes a la normativa vigente en documentación clínica, existiendo dudas en los supuestos de acceso por el juez o los familiares de paciente fallecido. Los hábitos relacionados con confidencialidad y seguridad son adecuados, aunque es mejorable el tratamiento de la información en los partes de interconsulta y el bloqueo de la aplicación al ausentarse temporalmente.

### EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES: ¿SABEN LOS MÉDICOS LO QUE ESPERAN DE LAS CONSULTAS?

E. Gavilán Moral, R. Ruiz Moral, L. Pérula de Torres, I. Jaramillo Martín y J.M. Parras Rejano

Unidad Docente Mfyc Córdoba. Córdoba. Andalucía.  
Correo electrónico: egavilan@wanadoo.es

**Objetivos.** Conocer la opinión de tutores y residentes de tercer año (R3) de medicina familiar sobre las expectativas que tienen los pacientes cuando acuden a las consultas, comparándolas con las expectativas reales de estos.

**Tipo de estudio:** Transversal.

**Ámbito del estudio.** Centros de Salud urbanos, Unidades Docentes.

**Sujetos.** Pacientes que acudieron a las consultas seleccionados aleatoriamente. Tutores y R3 de medicina de familia.

**Mediciones e intervenciones.** Cuestionarios a médicos y pacientes sobre un listado de 10 comunes expectativas específicas y genéricas. Análisis descriptivo e inferencial.

**Resultados.** 821 pacientes y 140 médicos (79 tutores y 61 R3). Observamos una opinión distinta de médicos y pacientes sobre las expectativas que éstos consideran más importantes. Los médicos conceden significativamente más valor a las expectativas "interés y escucha" (40,7% la consideran como la más importante, vs 30,3% de los pacientes,  $p = 0,02$ ) y "aclarar dudas" (17,7% vs 11,3%,  $p = 0,02$ ), y menos a "realizar diagnóstico" (8,1% vs 16,1%,  $p = 0,04$ ). Respecto a las expectativas que los pacientes conceden menor importancia, existe una más estrecha coincidencia entre médicos y pacientes: "derivar al especialista" (32,8% médicos vs 26,8% pacientes,  $p = 0,2$ ), "prescribir" (15,6% vs 22,8%,  $p = 0,09$ ) y "realizar pruebas" (10,9% Vs 15,4%,  $p = 0,2$ ).

**Conclusiones.** Los médicos parecen tener una valoración adecuada de las expectativas de los pacientes, especialmente de las menos importantes. Queda pendiente analizar si estas expectativas son efectivamente satisfechas en la consulta, ya que esto se ha relacionado positivamente con importantes resultados de la consulta.

### INTEGRACIÓN DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES DEL ÁREA: ROTATORIO HOSPITALARIO

V. Palop Larrea, C. Catalan Oliver, J.L. Ruiz López, V. Ribes Gadea y E. Tarazona Gines

Subdirección Asistencial-Departamento 11 La Ribera. Alzira-Valencia. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: ccatalan@hospital-ribera.com

**Objetivos.** Realizar una inmersión de contactos, de médicos de Atención Primaria (AP), a nivel hospitalario para: integrar a todos los profesionales sanitarios en los mismos procesos asistenciales, establecer circuitos de relación entre AP y Especializada, y favorecer el contacto del médico de AP con los distintos profesionales del Hospital. Evaluar a posteriori el grado de satisfacción de los médicos.

**Descripción.** Nuestro Departamento de Salud que tiene gestión única y privada, desde abril de 2003, de la atención pública sanitaria integral de 248.225 habitantes que residen en 29 municipios, ha estructurado un rotatorio de 2-3 semanas de duración a 29 médicos correspondientes a 7 Zonas Básicas por el hospital de referencia. El rotatorio se ha realizado

por el Servicio de Urgencias, Unidad de Geriátrica, Unidad de Paliativos, Unidad de Raquis, Subdirección Asistencial, y consultas externas de Reumatología, Endocrino, oftalmología, Cirugía Vascular y Dermatología. La evaluación del rotatorio se valoró de 1 a 5 según el grado de satisfacción ascendente: organización: 4 (59,09), 5 (40,91%); relación con el especialista de referencia: 4 (8,1%), 5 (91,9%); grado de utilidad para tu trabajo: 3 (9,1%), 4 (36,36%), 5 (54,54%); satisfacción personal: 3 (4,54%), 4 (18,18%), 5 (77,28%).

**Conclusiones.** El resultado de la evaluación por parte de los médicos de AP permite predecir que el rotatorio mejora las relaciones profesionales entre los distintos sanitarios y permite establecer un proceso de gestión asistencial único que mejore la gestión del paciente, la calidad asistencial y la satisfacción de los profesionales.

#### **VARIABILIDAD EN LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA ENTRE CENTROS DE SALUD DE UN ÁREA SANITARIA**

*A. Alberquilla Menéndez-Asenjo, M.J. Gil de Pareja Palmero, J.J. Muñoz González*

Gerencia De Atención Primaria. Área 11 de Salud de Madrid. Madrid. Madrid.  
Correo electrónico: aalberquilla.gapm11@salud.madrid.org

**Objetivos.** Valorar la variabilidad en la calidad y la gestión de la información clínica incluida en la Historia Clínica Electrónica entre diferentes centros de salud de un área sanitaria.

**Tipo de estudio:** Estudio observacional transversal descriptivo.

**Ámbito del estudio.** Área sanitaria de Atención Primaria completamente informatizada que cuenta con 34 centros de salud.

**Sujetos.** Se consideran todos los episodios nuevos abiertos por médicos de familia a lo largo del primer semestre de 2004, una vez ha transcurrido un mes de la apertura del último episodio.

**Mediciones e intervenciones.** Se calculan, para cada centro, la proporción de episodios sin codificar y de uso para la codificación de rúbricas de la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) correspondientes al componente 1 (signos y síntomas) y al capítulo A (Problemas generales e inespecíficos) cuya utilización debe restringirse o modificarse una vez se avanza en un diagnóstico más preciso.

**Resultados.** Se registraron 526.655 nuevos episodios. El porcentaje de no codificados osciló entre 0,02% y 16,65%. Se codificaron con rúbricas del componente 1 un rango entre 13,63% y 43,80%. El uso de códigos del capítulo A entre 2,24% y 15,00%. Por capítulos se evidencia una tendencia sistemática a la utilización de rúbricas del aparato respiratorio o circulatorio según centro.

**Conclusiones.** Se objetiva una enorme variabilidad en el manejo y calidad con que se registra la información clínica entre los centros de nuestra área sanitaria. Es preciso esforzarse por conseguir una mejora y homogeneidad en la codificación si se quieren obtener indicadores válidos para establecer comparaciones entre centros y equipos o aplicar técnicas de "benchmarking".

# COMUNICACIONES ORALES

Viernes, 25 de noviembre

## Sesión 7

9.30-11.30 h - Sala 8+9 Palacio de Congresos y Exposiciones de Galicia

## MESA DEL PAPPS

### COMO AYUDAR AL QUE AYUDA

C. Bartolomé Moreno, M.L. Clemente Jiménez, R. Magallón Botaya, A. Pérez Trullén, J.L. Borque Martín e I. Herrero Labarga

REDIAPP; CS Iturrana (Pamplona); CS Santo Grial (Huesca); CS Arrabal (Zaragoza); Neumología HCU Lozano Blesa (Zaragoza); Anestesia H. de Navarra (Pamplona); Neumología HU Miguel Servet (Zaragoza). Zaragoza, Huesca. Pamplona. Aragón.

Correo electrónico: cbartolomem@hotmail.com

**Objetivos.** Conocer las principales variables que se relacionan con el tabaquismo de los profesionales sanitarios para poder plantear intervenciones específicas en este colectivo.

**Tipo de estudio:** Estudio transversal, aleatorio.

**Ámbito del estudio.** Atención Primaria (AP) y Especializada.

**Sujetos.** Profesionales sanitarios: Médicos (especialistas o residentes) y Diplomados en enfermería (DE).

**Mediciones e intervenciones:** Cuestionarios autoadministrados.

**Resultados.** Participaron 886 profesionales (85,7%). La prevalencia de fumadores era del 25,5%: predominando en DE con un 28,7%, seguido de Médicos con un 25,8%. La mayor parte eran de AP (26,6%), mujeres (25,9%), y con edades de 35 a 49 años. La media de tiempo fumando se situaba en 19 años. De los DE un 42,9% tienen convivientes fumadores y sólo se han planteado dejar de fumar el 33,8%. El principal motivo expuesto para dejar de fumar era la ausencia de motivo con un 50%, seguido de la aparición de patología relacionada con el tabaco con un 29,5% ( $X^2 = 8,207$ ;  $p = 0,017$ ).

**Conclusiones.** La mayor efectividad la tendría un abordaje dirigido a sanitarias mujeres, concretamente DE, de AP, de edades comprendidas entre los 35 y 49 años. Se trata de un colectivo de difícil abordaje, poco motivado (dos terceras partes no se han planteado dejar de fumar, la mitad no tienen motivos para dejarlo y casi la mitad presentan convivientes fumadores) y con un hábito adquirido hace mucho tiempo (de media 19 años). Posiblemente una campaña con mensaje específico para la mujer sanitaria, dirigido a este colectivo, y que busque básicamente aumentar la motivación mediante el recuerdo de la patología relacionada con el tabaco sería la acción más eficaz.

Financiación: becas semFYC tesis doctorales.

### FORMA JOVEN. NUESTRA EXPERIENCIA

O. Fernández Martínez, C. Hidalgo Cabrera, E. Burgos Garrido, S. Sirvent Castro, I. Gallardo García, B. García Del Río García

Unidad Docente Mfyc Granada. Norte I. Granada. Andalucía.  
Correo electrónico: lile@supercable.es

**Objetivos.** Se trata de acercar la atención sanitaria al espacio educativo de los jóvenes. Los objetivos del proyecto son: 1) Proporcionar a los jóvenes una información sobre anticoncepción efectiva, con el fin de evitar em-

barazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. 2) Informar sobre las consecuencias del abuso de sustancias adictivas. 3) Indagar en los conocimientos de los adolescentes para así poder desmitificar falsas creencias en torno al sexo y a las drogas. 4) Detectar los trastornos alimentarios y ofrecer asesoramiento. 5) Conocer los problemas de salud que preocupan a los jóvenes.

**Descripción.** Para conseguir los objetivos descritos se instaura una consulta en un instituto de educación secundaria de nuestra zona, estableciéndose como horario de consulta los miércoles de 13:30 a 14:30 h, de octubre a junio. El orientador del centro es el que decide como se accede a la consulta, si libremente o con cita previa. Pediatras, Trabajadora Social, Enfermeras y Médicos Residentes son los encargados de gestionar la consulta. Se administra a los participantes un cuestionario anónimo autoadministrado al entrar a la consulta para valorar actitudes y conocimientos. Al terminar se administra de nuevo el cuestionario y un segundo cuestionario para evaluar la satisfacción e idoneidad de la consulta.

**Conclusiones.** El 82% valoro positivamente la iniciativa y el 91% la aconsejaría a otros compañeros. Se observó una mejoría en los conocimientos sobre drogas, anticoncepción, orientación sexual y trastornos alimentarios. Para nosotros la experiencia fue muy enriquecedora y una forma de acercarnos a una población que a menudo se nos "escapa" en la consulta.

### EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA ANTINEUMOCÓCICA POLISACÁRIDA ENTRE LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS

A. Vila Córcoles, O. Ochoa Gondar, I. Hospital Guardiola, X. Ansa Echeverría, A. García Fuertes y G.D.D. Évan

SAP Tarragona-Valls. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: olgaichoagondar@wanadoo.es

**Objetivos.** Evaluar la efectividad de la vacuna antineumocócica polisacárida 23-valente (VAN-23s) en la población mayor de 65 años.

**Tipo de estudio.** Estudio de cohortes prospectivo.

**Ámbito del estudio.** Atención Primaria.

**Sujetos.** Se incluyó todos los individuos > 65 años asignados a 8 Centros de Salud (4.986 vacunados y 6.255 no vacunados), con 24 meses de seguimiento.

**Mediciones e intervenciones.** Los eventos principales considerados fueron neumonía adquirida en la comunidad (hospitalizada o ambulatoria) y muerte por neumonía. La asociación entre vacunación antineumocócica y riesgo para cada evento fue evaluado mediante Regresión de Cox, con cálculo de hazards ratios (HR) ajustados por edad, género, vacunación antigripal previa, co-morbilidad y situación inmunológica.

**Resultados.** La VAN-23s no alteró significativamente el riesgo total de neumonía (HR: 0,95; IC 95%: 0,72-1,25), pero la vacunación se asoció con una considerable reducción del riesgo de muerte causada por neumonía (HR: 0,54; IC 95%: 0,26-1,11). El efecto protector de la vacuna frente a la mortalidad por neumonía no apareció en sujetos inmunocomprometidos (HR: 2,28; IC 95%: 0,48-10,7), mientras que fue plenamente significativo entre los inmunocompetentes (HR: 0,34; IC 95%: 0,14-0,78). Por grupos de edad, este efecto preventivo sólo fue significativo entre los mayores de 75 años (HR: 0,39; IC 95%: 0,18-0,89).

**Conclusiones.** Estos hallazgos dan soporte a la posible efectividad de la VAN-23s para prevenir mortalidad por neumonía. Nuestros resultados sugieren que la vacuna puede no ser efectiva para reducir la incidencia de neumonía pero sí podría ser capaz de reducir la severidad y letalidad de la infección, especialmente en inmunocompetentes y mayores de 75 años.

## LA HEMOCROMATOSIS: ¿ENFERMEDAD MÁS A PREVENIR EN ATENCIÓN PRIMARIA?

C. Fernández-Olano, C. Maestre-Montoya, M. Vargas-Berzosa, H. Sánchez-Calatayud, S. Serrano-Godínez y M.J. Rodríguez-Ibáñez

Centro de Salud Universitario Zona 4 de Albacete. Albacete. Castilla-La Mancha.  
Correo electrónico: cfolano@pulo.com

**Objetivos.** Estimar la prevalencia de la sobrecarga de hierro (SH) y de la hemocromatosis hereditaria (HH). Analizar la conveniencia del diagnóstico precoz.

**Tipo de estudio.** Estudio observacional analítico transversal.

**Ámbito del estudio.** Atención Primaria. Zona Básica de Salud.

**Sujetos.** Muestreo aleatorio 1.040 sujetos  $\geq 30$  años de la base de TSI.

**Mediciones e intervenciones.** Consentimiento informado, entrevista, determinaciones: hierro, transferrina, ferritina, índice de saturación de transferrina (IST), considerado SH cuando el IST era  $\geq 45\%$  en dos ocasiones, diagnóstico fenotípico de HH ante hierro, ferritina e IST elevados, solicitando en estos casos el gen HFE. Descripción de las variables mediante medidas de resumen y representación gráfica, estimación de parámetros poblacionales y exploración de la asociación entre variables.

**Resultados.** Se analizaron 837 sujetos (resultados preliminares, 80% de la muestra). Prevalencia de SH con un IST alto 13%, confirmado con dos el 6,9%. Diagnóstico fenotípico de HH el 3,2% (25 hombres, 56% entre 30-49 años y; 2 mujeres mayores de 80 años). En un cupo con 2.000 pacientes cabría esperar 138 con SH confirmada y 64 con diagnóstico fenotípico de HH. En nuestro estudio 9 pacientes (33% de los diagnósticos fenotípicos), tienen además diagnóstico genotípico de HH (1 C282Y+/C282Y+; 5 H63D+/H63D+ y; 3 C282Y+/H63D+).

**Conclusiones.** Al ser la HH una enfermedad que cumple los criterios de la OMS para la prevención, se podría recomendar el cribado fenotípico en los pacientes atendidos en Atención Primaria, mayores de 30 años y; diseñar estudios multicéntricos que evidencien la conveniencia de incluirlo dentro del PAPPs.

## CONSUMO DE TABACO EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS: DE LA FICCIÓN A LA REALIDAD

I. Barceló Barceló, M. Guillén Pérez, A. Velasco Soria, A.M. Ballesteros Pérez e I. Vicente López

CS Bº del Carmen, CS Beniel, CS Alguazas, CS Los Dolores, CS Torre Pacheco. Murcia-Cartagena. Murcia.  
Correo electrónico: anamballesteros@hotmail.com

**Objetivos.** 1) Conocer la situación actual del hábito tabáquico entre los profesionales sanitarios (PS) de Atención Primaria (AP) en una Comunidad Autónoma (CA); 2) Cuantificar las características del consumo en relación al género, edad y grupo profesional; 3) Conocer la dependencia nicotínica en dichos profesionales; 4) Valorar su actitud ante el abandono del tabaco.

**Tipo de estudio.** Descriptivo transversal.

**Ámbito del estudio.** AP

**Sujetos.** Total de PS de la CA: 1816 (N). Población muestral: 243(n) (IC = 95%, e = 0,05, p = 50%).

**Mediciones e intervenciones.** Se ha diseñado una encuesta autocumplimentada de 8 ítems, previamente validada, con diferentes opciones de respuesta, entre la muestra de los PS de centros de salud de la CA, en la que se miden variables sociodemográficas, consumo-tabaco (patrón, hábito, dependencia), número cigarrillos/día; actitud ante su abandono. Análisis-estadístico: descriptivo, ji-cuadrado, t-Test, ANOVA.

**Resultados.** 57,9% (IC95%:55,6-60,2) son médicos. Un 57,2% (IC95%: 54,9-59,5) mujeres, con edad media de 41,7 (IC95%: 23,1-60,3) años. 24,3%(IC95%: 23,2-25,4) son exfumadores, más entre los hombres (p = 0,01). El 39,9% (IC95%: 38,3-41,5) son fumadores, con una media de 11,7 cigarrillos/día (IC95%: 1,6-21,8). Fuman más enfermeros (p = 0,048) hombres (p = 0,05). El 25% (IC95%:) fuman en la primera media hora, siendo esa actitud más frecuente entre los hombres (p = 0,01) de mayor edad (p = 0,001). El 81,3% (IC95%: 77,3-85,3) se ha planteado abandonar el consumo; sólo el 54,3% (IC95%: 52,3-56,5) ha pensado dejarlo en los próximos 6 meses.

**Conclusiones.** 1) Casi la mitad de los PS de AP fuma, haciéndolo más el enfermero de edad media. 2) Se han planteado dejarlo bastantes profesionales, pero no antes de seis meses. 3) La media de cigarrillos/día es elevada y frecuentemente en la primera media hora.

## PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA. AUMENTO DE LA COBERTURA TRAS IMPLANTACIÓN DE MEDIDAS DE MEJORA

J.M. Llovet Lombarte, N. Conde Mir, M. Pasarín Rua, L. Egea Soldevila, A. Solanes Guasch y A. Losada Martínez

CAP Manso: Servei Atenció Primaria Esquerra de Barcelona (ICS) y Servei de Salut Comunitària (Agència Salut Pública. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: jllovet.pbcn@ics.scs.es

**Objetivos.** Describir la experiencia realizando actividades preventivas de salud bucodental, antes y después de implantar el programa acudiendo el odontólogo al colegio.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito del estudio.** Atención Primaria. 5 ABS. Área urbana.

**Sujetos.** Escolares nacidos en 1996 y 1997: escuelas publicas y concertadas.

**Mediciones e intervenciones.** Prevención primaria: Promoción higiene bucodental (Enfermeras Equipos Salud Comunitaria (ESC): Colegios; Enfermeras (ICS): CAP. Prevención secundaria: revisión bucodental: tres odontólogos. Los primeros 6 meses (2004) las enfermeras (ESC) contactaban con las escuelas, ofrecían: revisión bucodental al CAP, a los nacidos en 1997 (la escuela escogía si era ella o los padres que traían los escolares al CAP). Los siguientes meses de 2004 se ofreció revisión bucodental al CAP o si rechazaban venir: revisión bucodental en el colegio, a los nacidos en 1996.

**Resultados.** De 22 escuelas: Seis decidieron traer los niños nacidos 1997 al CAP y dieciséis que fueran los padres. De los niños nacidos en 1996, cinco trajeron los niños al CAP y 8 fue el odontólogo al colegio. Se han revisado 278 niños de 1997 (36,43%); 464 niños de 1996 (60,57%); 73 y 71 Grupo Alto Riesgo Caries, respectivamente. La cobertura de escolares revisados fue: 93,17 % si la escuela los traía al CAP, 88,92% si iba el odontólogo al colegio o 8,02% si la escuela escogió que fueran los padres.

**Conclusiones.** La cooperación entre diferentes agentes sanitarios permite mejorar los objetivos del programa: Salud bucodental. Las coberturas de actividades mejoran si el odontólogo va al colegio.

## DETECCIÓN DE HIPERTENSOS EN EL PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

R. Sáez, E. Miralles, I. Boix, V.F. Gil, D. Orozco y V. Pedrera

Unidad de Investigación Áreas 17, REDIAPP - CV. Cátedra de Mfyc. Dpto. Medicina Clínica UMH. Elda (alicante). Galicia.  
Correo electrónico: orozco\_dom@gva.es

**Objetivos.** Cuantificar los cribados positivos (CP), en un Programa de actividades preventivas y evaluar factores relacionados.

**Tipo de estudio.** Descriptivo.

**Ámbito del estudio.** Atención Primaria.

**Sujetos.** 18.953 exámenes de salud que acudieron a centros de Atención Primaria de la CV.

**Mediciones e intervenciones.** Se considera CP cifras de PAS  $\geq 140$  mmHg y/o PAD  $> 90$  mmHg. Variables: edad, sexo, perfil lipídico completo, índice de masa corporal (IMC), antecedentes de cardiopatía isquémica y ACVA, tabaco y antecedentes hipercolesterolemia y DM. Pruebas estadísticas: Chi - cuadrado, t de student, y análisis multivariante.

**Resultados.** El porcentaje de CP fue 27,1%, (hombres 32,8% mujeres 22,5%) (p = 0,000). Edad mayor en individuos con CP (56,2  $\pm$  9,6 por 51,6  $\pm$  9,1 años, p = 0,000). Los que obtuvieron CP tuvieron significativamente (p = 0,000): cifras mayores de colesterol total, glucemia basal, triglicéridos, LDL, cifras de PA, IMC, y cifras menores de cHDL. El mayor porcentaje de CP se hallaron significativamente (p = 0,000) en: hipercolesterolémicos, diabéticos, no fumadores, con sobrepeso y/u obesidad o con antecedentes de cardiopatía isquémica o ACVA. En el análisis multivariante los factores que obtuvieron significación estadística (p = 0,000), fueron: edad, glucemia basal, IMC y sexo. Su conjunto explica el 7,3% de la variabilidad.

**Conclusiones.** Se han detectado casi un 30% de personas con valores anormalmente elevados de PA no conocidos previamente. Los factores que se asocian a ellos han sido: mayor edad, cifras elevadas de glucemia basal, sexo masculino y exceso de peso.

**EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE ESO**

M.A. Andreu, B. Mascará, M. Nicolau y M. Esteva

Centro de Salud de Manacor, Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Mallorca. Manacor. Illes Balears.  
Correo electrónico: andreu.ma@terra.es

**Objetivos.** Evaluar las diferencias en consumo de alcohol en estudiantes de 3º de ESO que han seguido un programa de prevención de drogas en 1º y 2º de ESO (GI) respecto a un grupo que no lo han seguido (GC).

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo.

**Ámbito del estudio.** 8 centros de secundaria.

**Sujetos.** 184 alumnos de 3º Eso de centros GI y 181 alumnos de centros GC.

**Mediciones e intervenciones.** Cuestionario autocumplimentado: edad, sexo, ocupación padres, grupo, consumo alcohol último mes, ocasiones consumo alcohol, consumo tabaco, amigos que consumen drogas.

**Resultados.** 42% eran chicos, 62,4% clase social IV-V, media edad 14,1 (DE 0,68). Los grupos eran homogéneos en cuanto a edad ( $P = 0,8$ ) ocupación padres ( $P = 0,6$ ), repetidores ( $p = 0,3$ ). Más mujeres en GC (64, 8,1%) respecto al GI (51,1%)  $P = 0,008$ . Un 65,3% no beben alcohol, un 18% < 1 vez/semana, 14,8% una vez/semana y un 1,1% varias veces/semana. No había diferencias en porcentaje de consumo de alcohol entre GI y GC ( $P = 0,46$ ). Un 0,8% consumen en días de clase, un 47,9% en fiestas, un 30,2% los fines de semana, y 53,4% en discotecas. No diferencias significativas entre GI y GC en cuanto a las ocasiones en que beben ( $P = 0,07$ ,  $P = 0,22$ ,  $P = 0,83$ ,  $P = 0,84$  respectivamente). En análisis de regresión logística se asocia beber con participar en el programa OR = 0,36, el fumar cada día durante un mes OR = 3,9, si todos los amigos beben OR = 35 y si unos cuantos amigos beben OR = 3,9.

**Conclusiones.** Parece que los alumnos del GI beben menos que los del GC. Otras variables independientes son el que sus amigos beban y el fumar.

**OBJETIVOS DE LAS GUÍAS TERAPÉUTICAS EN PREVENCIÓN SECUNDARIA: FACTORES QUE SE RELACIONAN CON SU CUMPLIMIENTO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO**

S. Tranche Iparraguirre, B. Soler, I. Lopez, T. Mantilla, M.A. Sánchez Zamorano y Grupo PRESENA. ERD.

C. de Salud El Cristo (Oviedo); Dpto. Médico E-C-Bio (Madrid); Centro de Salud Begonte (Lugo), Centro de Salud Mar Báltico (Madrid), Dpto. Médico Bristol-Myers Squibb (Madrid). Oviedo. Asturias.  
Correo electrónico: stranchei@medynet.com

**Objetivos.** Evaluar en pacientes con síndrome coronario agudo, el grado de cumplimiento de las recomendaciones de las guías terapéuticas en presión arterial, LDL-colesterol, tabaquismo, tratamiento con antiagregantes y hemoglobina glicosilada (HbA1c) en diabéticos.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico

**Ámbito del estudio.** Atención Primaria (junio-octubre 2004).

**Sujetos.** Inclusión por muestreo sistemático consecutivo de pacientes que habían presentado un evento coronario entre los 6 meses a 10 años previos. Cada investigador incluyó 5 pacientes.

**Mediciones e intervenciones.** Se elaboró un protocolo de recogida de datos y el análisis estadístico se realizó con SPSS.12.0

**Resultados.** Participaron 1.799 investigadores que incluyeron 8.817 pacientes de 65,4 años (DE 10,6), el 73,7% varones. Se consiguieron niveles de PA < 140/90 mmHg en el 71,2% y LDL-Colesterol < 100 mg/dl en el 23,6%. El 11,4% siguieron fumando y recibieron tratamiento con antiagregantes el 80,7%. En diabéticos se alcanzaron niveles de HbA1c < 7% en el 44,5%. Se consiguió el cumplimiento adecuado de todas las recomendaciones de las guías, en el 15,3% de la muestra, descendiendo al 5,7% en los diabéticos. En el análisis multivariante, encontramos que los pacientes en los que el último ingreso por causa coronaria fue por revascularización cumplieron en mayor proporción los objetivos ( $p < 0,05$ ) y aquellos que recibieron tratamiento farmacológico con betabloqueantes, calcioantagonistas, alfabloqueantes o inhibidores del sistema renina angiotensina

**Conclusiones.** El cumplimiento de los objetivos de las guías para cada parámetro de forma individual es aceptable, excepto en el LDL-colesterol donde la población presentó valores superiores a los recomendados en gran proporción. La consecución de objetivos de forma conjunta es muy pequeña, especialmente en sujetos diabéticos.

**Financiación:** Bristol-Myers Squibb

**Sesión 8**

9.30-11.30 h - Sala 8+9 Palacio de Congresos y Exposiciones de Galicia

**MESA 4****2021: odisea en la consulta. Estrategias para épocas imposibles****DETERMINANTES DE LA SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

J.A. Martínez Lozano, J.J. Gascón Cánovas y C. Martínez Delgado

C. Salud de Bullas. Universidad de Murcia. C. Salud de Calasparra. Murcia. Murcia.  
Correo electrónico: gloriayjose@terra.es

**Objetivos.** Conocer la satisfacción laboral percibida por los médicos de Atención Primaria y establecer con qué aspectos del trabajo existe una mayor correlación.

**Tipo de estudio.** Estudio transversal descriptivo. Recogida de datos mediante cuestionario autoadministrado con 47 ítems (tipo Likert 5 puntos) elaborado a partir de los cuestionarios de satisfacción laboral Font Roja-AP; escala de satisfacción laboral de Peiró; cuestionario de calidad de vida profesional CVP-35 y de clima organizacional de López Fernández.

**Ámbito del estudio.** Todos los Centros de Salud de nuestra Gerencia de Atención Primaria.

**Sujetos.** Los cuestionarios se repartieron a todos los médicos titulares y médicos residentes de tercer año y se recibieron 312 (69,33% de la población).

**Mediciones e intervenciones.** Se calculan medias y correlaciones con el ítem de satisfacción laboral.

**Resultados.** La puntuación media del ítem que pregunta por la satisfacción general en el trabajo ha sido de  $2,85 \pm 1,18$ . La mayor correlación con esta satisfacción la ofrece la pregunta que se refiere a si el tiempo que tenemos para atender a cada paciente es suficiente para proporcionar una asistencia de calidad (correlación de Pearson 0,445.  $p < 0,001$ ). Otras correlaciones igualmente significativas en orden descendente se refieren a la relación gratificante con los pacientes (0,417); las pocas oportunidades de hacer cosas nuevas (- 0,413); la sensación de agotamiento al acabar la jornada (- 0,375); y la percepción de un sueldo adecuado (- 0,352).

**Conclusiones.** La satisfacción general es media y está relacionada en mayor medida con el tiempo que dedicamos a nuestros pacientes para atenderles con calidad y con la relación gratificante que establezcamos con ellos.

**MESA 8****La atención familiar, una nueva estrategia de la atención domiciliaria a los mayores****FACTORES DE RIESGO DE PÉRDIDA DE CALIDAD DE VIDA EN ANCIANOS**

M. Juárez Laiz, J. Blade Creixenti, D. Montañes Bascompte, M. Àlvarez Luy, I. Guinea Orruechevarra e I. Sales

A.B.S. Valls Urbà. Valls. Cataluña.  
Correo electrónico: llpamies@tinet.org

**Objetivos.** Conocer la calidad de vida (CV) de nuestros ancianos y los factores asociados a su pérdida.

**Tipo de estudio.** Descriptivo transversal poblacional.

**Ámbito del estudio.** Atención primaria de salud

*Sujetos.* Muestra aleatoria estratificada por edad y sexo de > 65 años del censo poblacional.

*Mediciones e intervenciones.* Mediciones: Cuestionario genérico de CV ((Nottingham Health Profile). Variables: Sociodemográficas, clínicas, mentales, funcionales: dependencia en actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD) de la vida diaria.

*Resultados.* 256 sujetos. 59,3% mujeres. Edad media: 74,6 años (DE 6,7). La pérdida global de CV es del 22,8%, significativamente superior en mujeres (26,6%), que en hombres (17,5%). Principales factores asociados a pérdida de CV en hombres son: depresión (OR = 23), alteración de la marcha (OR = 21), polifarmacia (OR = 10) y factores protectores: ejercicio físico habitual (OR = -7,6) e ingreso hospitalario último año (OR = -8). En mujeres actúan como factores de riesgo: depresión (OR = 22), dependencia para ABVD (OR = 14), polifarmacia (OR = 8) y como protectores: estudios secundarios/superiores (OR = -8,5), ingreso hospitalario último año (OR = -7) y soporte social satisfactorio (OR = -6). El modelo multivariante escogido explica un 71% de la varianza en los hombres y un 53% en mujeres.

*Conclusiones.* La CV de nuestros ancianos es buena, sobre todo en hombres. Los factores asociados a su pérdida difieren según el sexo. La depresión, es el factor con mayor efecto negativo en ambos. En mujeres, el estado funcional y el soporte social son también factores importantes en la pérdida de CV. Deberíamos hacer un esfuerzo dada la importancia de la depresión en nuestros ancianos en diagnosticarla precozmente.

### FACTORES ASOCIADOS A LA APARICIÓN DE LOS PRINCIPALES SÍNDROMES GERIÁTRICOS

M. Juárez Laiz, J. Blade Creixent, I. Hospital Guardiola, C. Bayona Faro, A. Vila Corcoles y E. Marcos Dalmau

A.B.S. Valls Urbà. Valls. Cataluña.

Correo electrónico: lpmamies@tinnet.org

*Objetivos.* Conocer la prevalencia de los principales síndromes geriátricos (SG) y analizar los factores asociados a su aparición.

*Tipo de estudio.* Descriptivo trasversal poblacional

*Ámbito del estudio.* Atención primaria

*Sujetos.* Muestra aleatoria de mayores de 65 años del censo poblacional.

*Mediciones e intervenciones.* Medida: Cuestionario general, revisión historia clínica y examen físico para detectar los principales SG: incontinencia urinaria, caídas, malnutrición, hipoacusia, déficit visual, polifarmacia, depresión y demencia. Variables: sociodemográficas, clínicas, mentales, funcionales y sociales.

*Resultados.* 270 sujetos. 59,3% mujeres. Edad media: 75,8 años (DE 6,9). La incontinencia urinaria con una prevalencia del 45,6% tiene como principales factores asociados: sexo femenino (OR = 2,8) y consumo de analgésicos (OR = 4); las caídas que las han sufrido un 40%: sexo femenino (OR = 3), dependencia funcional (OR = 3,6) y polifarmacia (OR = 2); el riesgo de malnutrición del 16,6%: dependencia funcional (OR = 9); el déficit visual detectado en 19,25%: diabetes (OR = 3,4) y dependencia funcional (OR = 2,5); la hipoacusia (32,8%): mala percepción de salud (OR = 2,2); polifarmacia presente en el 26,2%: cardiopatía (OR = 5) e ingreso hospitalario (OR = 3,7); la demencia (10%) tiene como principal factor la edad (OR = 1,1) y dependencia funcional (OR = 3,7); la depresión (11,7%), consumo benzodiacepinas (OR = 6,4), poco soporte social (OR = 5) y dependencia funcional (OR = 4).

*Conclusiones.* Ser mujer y presentar dependencia funcional son los factores más frecuentemente asociados a los SG. El modelo multivariante escogido en cada uno de ellos, explica un pequeño porcentaje de la variable dependiente, lo que indica que hay otros factores aparte de los estudiados en este trabajo asociados a la aparición de los diferentes SG.

### ABORDAJE DE LA FRAGILIDAD DEL ANCIANO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

A. Hervás, M. Navarro, N. Gimferrer, N. Sánchez, E. Sant y M. Carpallo

CAPSE Eixample. EAP Rosellón y EAP Casanova. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: navarro\_marta@terra.es

El envejecimiento progresivo de la población, y las repercusiones que conlleva, pone de relevancia la necesidad de valorar al anciano, que por edad o situación física-psíquica-funcional y/o social se encuentra en equilibrio inestable.

*Objetivo.* Conocer la situación del anciano frágil en nuestra comunidad para definir líneas de actuación a implementar en una segunda fase para mejorar abordaje de la fragilidad desde Atención Primaria.

*Tipo de estudio.* Estudio descriptivo del anciano frágil de alto riesgo.

*Ámbito del estudio.* Urbano. 59.000 habitantes

*Sujetos.* > 65 años que cumplen: a) 4 o más criterios de fragilidad (polifarmacia, caída < 7 meses, hospitalización < 4 meses, cuidador > 65 años, cambio domicilio < 2 años, vivir solo, viudedad < 2 años); o b) inclusión programa atención domiciliaria o c) tener > 85 años.

*Mediciones e intervenciones.* Obtención de datos por explotación de registro informático

*Resultados.* 2.415 pacientes frágiles de alto riesgo (15.227 > 65 años). Media edad 85,6 años con máximo 108. 70,8% mujeres, 29,2% hombres. Polifarmacia 19,9%. Caídas 13,6%. Caídas si hay polifarmacia 29,67%. Incontinencia urinaria 39%. 11,3% deterioro cognitivo, de estos 16% MEC realizado. 20,7% depresión. Estreñimiento 21,31%. Insomnio 23,17%. 13,3% de cuidadores con Zarit hecho tienen puntuación > 46. Valoración social con escala de Gijón 10,6%.

*Conclusiones.* El 16% de > 65 años cumplen criterios de fragilidad. Es necesario sensibilizar al colectivo sanitario sobre detección y registro de síndromes geriátricos (polifarmacia, caídas, incontinencia urinaria, deterioro cognitivo) mediante formación geriátrica especializada para un mejor abordaje de la fragilidad y potenciar la valoración social en la globalidad del abordaje del paciente frágil.

## MESA 9

### Atención integral a la muerte

#### EVALUACIÓN DE UNA EXPERIENCIA COMUNITARIA DE INTERVENCIÓN DE AYUDA EN DUELO

M.E. Azpeitia Serón, B. Ormaechea Imaz, L.M. Amurrio López, Gastiaín y F. Aizpuru Barandiaran

C.S. Olarizu. Vitoria-Gasteiz. País Vasco.

Correo electrónico: azpeitia@jet.es

*Objetivos.* 1. Evaluar la efectividad de un programa comunitario en duelo. 2. Conocer el grado de satisfacción de los usuarios del mismo.

*Tipo de estudio.* Observacional longitudinal para la efectividad del programa y descriptivo cualitativo para el grado de satisfacción de los usuarios.

*Ámbito del estudio.* Centro de salud

*Sujetos.* Veintidós mujeres y nueve hombres -edad media = 47 años- que han perdido a un ser querido entre los tres meses y dos años anteriores al inicio de la intervención y que han acudido a nuestro centro de salud entre los meses de enero a junio de 2004. Cuatro de ellos no completaron el estudio

*Mediciones e intervenciones.* Mediciones: Inventario de experiencias en duelo (IED) de Sanders et al, al inicio y a los seis meses, y encuesta de satisfacción global al finalizar las sesiones psicoeducativas. Intervenciones: Entrevistas individuales con seguimiento emocional pautado (REFINO, Neimeyer, Worden, Friedman y Roussel) y sesiones grupales psicoeducativas.

*Resultados.* Al finalizar el programa se observa mejoría en las siguientes dimensiones del IED: desesperanza (p = 0,006), pérdida de control (p < 0,001), despersonalización (p = 0,001), somatización (p = 0,002), enfado/hostilidad (p = 0,048), ansiedad ante la muerte (p = 0,021), negación/ocultamiento (p = 0,016), pérdida de energía (p = 0,049), optimismo (p = 0,017) y dependencia (p = 0,030). Más del 80% de los participantes han visto cumplidas sus expectativas sobre el programa y lo recomendarían a otros dolientes.

*Conclusiones.* La intervención es efectiva a medio plazo, por lo que podría considerarse su puesta en práctica ante situaciones de duelo. Se recomienda estudiar la evolución a más largo plazo y con grupo control de comparación.

#### ¿LE CONTAMOS LA VERDAD A NUESTROS PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINALES?

S. Sirvent Castro, I. Gallardo García, O. Fernández Martínez, C. Hidalgo Cabrera, E. Burgos Garrido y B. García del Río García

H.U. San Cecilio y C.S. Cartuja y Almanjajar. Granada. Andalucía.

Correo electrónico: susirvent@fundacionhvn.org

*Objetivos.* Evaluar como afrontamos los médicos el paciente terminal, sus necesidades y si hay diferencias entre AE y AP.

*Tipo de estudio.* Descriptivo transversal.

*Ámbito del estudio.* Atención Primaria (AP) y Especializada (AE).

*Sujetos.* 23 médicos de AE (internistas, oncólogos y radioterapeutas) y 14 de AP.

*Mediciones e intervenciones.* Cuestionario autoadministrado diseñado por un oncopsicólogo. Medimos variables cualitativas como diferencia informar-comunicar, uso de la palabra cáncer, información al paciente y/o familiar y seguimiento.

*Resultados.* El 94,6% de los médicos dijeron sí a la diferencia entre informar y comunicar. El 51,4% no usaban la palabra cáncer con sus pacientes. El 73,3% prestaban el protagonismo al enfermo y la familia. Cuando el enfermo plantea cuestiones el 78,4% le presta atención. El 81,1% considera importante la tarea de informar. El 86,5% informa tanto al enfermo como a la familia. El 67,7% le comunican al enfermo que sufre una enfermedad incurable, el 93,9% lo hacen de forma gradual. Si no se le informó del pronóstico al enfermo, el 52% lo hizo porque la familia así lo pidió. Si tuvieran un familiar con cáncer el 56,8% serían partidarios de comunicarle toda la información. No se obtuvieron diferencias significativas por especialistas y AP.

*Conclusiones.* La mayoría de médicos consideran primordial la participación del paciente oncológico y su familia en el abordaje integral de la enfermedad. Seguimos evitando la palabra cáncer, pero somos más conscientes de la diferencia entre informar y comunicar. La comunicación al paciente de su pronóstico sigue estando influenciada por la familia, por el sentimiento de protección al mismo paciente y nuestras creencias.

#### EFICACIA DE LOS "CUIDADOS PRIMARIOS DE DUELO" (CPD) EN VIUDAS: UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO POR MÉDICOS, RESULTADOS PRELIMINARES

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

CS Kueto (Sestao); CS Basauri. Unidad de Investigación de Atención Primaria - Bizkaia. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Sestao; Basauri; Bilbao. Bizkaia. País Vasco

Correo electrónico: jangel.garcia@apee.osakidetza.net

*Objetivos.* Evaluar la eficacia de los "Cuidados Primarios de Duelo" (CPD), una intervención estandarizada en duelo pensada para la Atención Primaria (AP).

*Tipo de estudio.* Ensayo clínico aleatorizado por médicos.

*Ámbito del estudio.* AP.

*Sujetos.* 31 médicos de familia (MF) y 87 viudas en duelo temprano (3 meses): 43 atendidas por 15 MF del grupo intervención y 44 por 16 MF del grupo control.

*Mediciones e intervenciones.* Intervención: 7 sesiones de 45 minutos, realizadas según el "Manual de CPD" (REFINO: relación, escucha, facilitación, información, normalización y orientación) a los 4, 4,5, 5, 6, 8, 10 y 13 meses del fallecimiento. Control: 7 sesiones de duración y contenido libres, realizadas con la misma periodicidad que intervención. Mediciones: Inventario de Experiencias en Duelo, Inventario Texas Revisado de Duelo, GHQ-28 y SF-36. Análisis: se han evaluado las diferencias en las "mejorías" a los 15 meses ajustadas por la puntuación basal, mediante análisis de la covarianza y usando un modelo de efectos mixtos.

*Resultados.* No se han encontrado diferencias significativas a favor del grupo intervenido; salvo en el GHQ-28 (Diferencia = -4,59. IC95% = -7,37 - -1,81) y en las escalas Dolor Corporal (Diferencia = 14,51. IC95% = 3,05-26,06), Función Social (Diferencia = 11,89. IC95% = 1,69-22,10) y Utilidad (Diferencia = 4,97. IC95% = 0,23-9,72) del SF-36.

*Conclusiones.* Aunque los CPD no tienen un efecto significativo sobre la principal variable de resultados -intensidad del duelo-, mejoran más el malestar psicológico y ciertos aspectos de la salud de las viudas, que los cuidados habituales de duelo dispensados por los MF.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo, proyecto de investigación NºPI020827; y Ayudas a Proyectos de Investigación 2000 del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, expediente nº 200011007.

CEIC: Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital de Cruces, acta 12/01. Código CEIC 01/49.

## LIBRES

### ¿SON DIFERENTES LOS JÓVENES QUE CONSULTAN POR MOTIVOS BANALES?

C. Gutiérrez Portugal, M. Mengual Terricabras, M. Riera Finestres, A. Antoja Rovira y N. Montella Jordana

CAP Llefià. Badalona. Cataluña.

Correo electrónico: cristinag24@latinmail.com

*Objetivos.* Comparar las características individuales y socioculturales de los jóvenes que consultan por motivos banales (GB) en urgencias de un centro de atención primaria (CAP) con los que consultan por motivos no banales (Grupo referencia = GR). Describir los recursos del GR ante patologías banales.

*Tipo de estudio.* Estudio descriptivo transversal.

*Ámbito del estudio.* Urgencias de un CAP urbano.

*Sujetos.* Jóvenes (18-35 años) que consultan en urgencias del centro; Octubre '04-Abril '05.

*Mediciones e intervenciones.* Entrevista individualizada, historia clínica informatizada.

*Variables:* Sociodemográficas, motivo de consulta, necesidad de justificante/ILT, actitud ante proceso banal, patología orgánica/psiquiátrica, percepción estado de salud, nivel de ansiedad/depresión (test Goldberg), disfunción familiar (test Apgar), apoyo social (test Duke).

*Resultados.* N = 260 GB (52,2% mujeres); N = 64 GR (46% mujeres). Motivos banales más frecuentes: virusis (71,9%), dolores musculoesqueléticos (9,6%). Necesidad justificante/ILT en GB: 67%; de éstos, 85% vendrían igualmente aunque no lo necesitaran. Sin diferencias socioculturales estadísticamente significativas entre ambos grupos: solteros (61,9% GB-53,1% GR), sin hijos (83% GB-80,7% GR), laboralmente activos (74,2% GB-70,3% GR), función familiar y apoyo social normal en > 85%; Goldberg positivo para ansiedad y depresión en un 50%. Enfermedad psiquiátrica: GB = 9,7%; GR = 0% (p = 0,01). Estado de salud: mejor percepción en GR (excelente = 15,6% vs 4,6%, p = 0,004). Correlación positiva entre buen estado de salud y menor ansiedad, menor disfunción familiar y mayor apoyo social. Actitud ante proceso banal: GB = utiliza mayoritariamente un recurso sanitario (45,5% GB vs 6,3% GR); GR = realiza más automedidas (79,9% GR vs 19,2% GB).

*Conclusiones.* El GB tiene peor percepción de su estado de salud. La mitad de los encuestados muestra tendencia a la ansiedad/depresión. El justificante de asistencia no es el principal motivo de consulta. El GR tiene más recursos ante la enfermedad. Habría que estudiar otras variables relacionadas con la conducta ante la enfermedad.

### FORMACIÓN MIR EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO. DEBUT AUTONÓMICO

M.F. Rodríguez Piñán, E. Fernández Otero, J.A. Iglesias Vázquez, S. Rodríguez Trigo, A. González Araujo y R. Mateos Pérez

Fundación Pública Urgencias Sanitarias 061-Galicia (base de Orense). Y un Residente (4º Autor) en Medicina Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente de Orense. Orense. Galicia.

Correo electrónico: miguelrfrp@hotmail.com

*Objetivos.* Describir la rotación debut, en nuestra comunidad, de residentes en medicina de familia (MIR), dentro de un servicio de urgencias extrahospitalarias y conocer su opinión sobre esta.

*Descripción.* a) Rotación voluntaria, 9 MIR tercer año, en la Fundación Pública Urgencias Sanitarias 061-Galicia, primer semestre 2005. Abarca la rotación por la central de coordinación en 2 turnos de 7 horas y en nuestra ambulancia medicalizada (USVA) de Orense con 5 turnos de 12 horas. Adecuamos el contenido a las recomendaciones recogidas en el nuevo programa de la especialidad. En la USVA decidimos añadir una charla teórica práctica en cada turno: 1. Quiénes somos, como trabajamos y atención al politraumatizado. 2. Soporte vital avanzado y desfibrilación externa semiautomática en adulto. 3. Soporte vital avanzado pediátrico. 4. Atención prehospitalaria al infarto de miocardio. 5. Atención prehospitalaria a urgencias vitales. b) Encuesta final anónima y voluntaria (n = 9): 1. Evaluación rotación: muy buena 66,6%, buena 33,3%, 2. ¿Satisfizo tus objetivos previamente planteados?: Si a todos = 22,2%, Si la mayoría = 66,6%, Algunos = 11,1%, 3. ¿Será útil para tu vida laboral? Si 100%, 4. Número de turnos ideales para ti en la USVA: 5 = 11,1%, 6-8 = 22,2%, 8-10 = 33,3%, más de 10 = 33,3%, 5. ¿La rotación en este tipo de servicio debería ser obligatoria en el programa de la especialidad? Sí: 100%.

**Conclusiones.** a) La introducción de una charla teórica tutor-residente resulta un recurso interesante que aumenta el aprovechamiento de la rotación. b) Alto grado de satisfacción de los residentes que mayoritariamente consideran que este tipo de rotación debería ser obligatoria.

## Sesión 9

12.00-14.00 h - Sala 4+5 Palacio de Congresos y Exposiciones de Galicia

### MESA 3

## Medicina rebasada por la afluencia. estrategias para épocas difíciles

### EL PROGRAMA DE CONSULTORÍAS EN EL CENTRO DE SALUD: UN CAMBIO COMUNICATIVO QUE TRANSFORMA LAS LISTAS DE ESPERA.

G. Hoyo Rodrigo, X. Surís Armangué, M.J. Torres Segura, R. Lladó Rodríguez, E. Calvo Valencia y J. Pujol Ribó

Equip d'Atenció Primària de Sant Celoni. Institut Català de la Salut. Fundació Hospital-Asil de Granollers. Servei d'Atenció Primària Granollers-Mollet. Institut Català de la Salut. Servei Català de la Salut. Granollers. Catalunya. Correo electrónico: sceedir@granollers.scs.es

**Objetivos.** Evaluar el desarrollo de un programa de consultorías entre atención primaria (AP) y nivel especializado. Mejorar la comunicación entre niveles. Disminuir el tiempo de espera para una primera visita, el tiempo de resolución diagnóstica. Incrementar la satisfacción de los profesionales. **Descripción.** De septiembre de 2003 a agosto 2004 se inicia un programa de Consultoría de Reumatología, Neurología, Otorrinolaringología y Urología entre 10 áreas básicas y los especialistas de un hospital de referencia. Sesiones quincenales de una hora en los centros de salud con los especialistas; se comentan casos, se solicitan exploraciones complementarias consensuadas, se acuerda la necesidad de derivación, prioridad y se presentan protocolos. Variables recogidas: relativas a la actividad desarrollada en las consultorías, número de derivaciones a nivel especializado, tiempo de lista de espera, grado de resolución y satisfacción de los profesionales. 1.376 casos comentados durante 393 sesiones. Las derivaciones disminuyen un 17%. El tiempo de espera disminuye de 5 a 2,5 meses de promedio. El tiempo de resolución diagnóstica disminuye en 9 meses. La satisfacción de los profesionales se incrementa, antes de la intervención 3,9+0,8 y después 6,5 + 1,3 p < 0,0001. **Conclusiones.** El programa aumenta la capacidad de resolución de la AP. Mejora la comunicación y la coordinación entre niveles, genera un cambio de dinámica y cultura. Reduce la lista de espera. Mejora significativamente la satisfacción de los profesionales siendo bien aceptado. Iguales recursos dirigidos a un incremento de primeras visitas no provocarían el mismo efecto.

### DIEZ MINUTOS POR VISITA. MÉTODO PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES DE PLANTILLA DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (EAP)

C. Cabezas, F. Aguado, R. Morera, M. Ferran, E. Nin y J.L. Campuzano  
Divisió Atenció Primària. Institut Català de la Salut (ics). Barcelona. Catalunya. Correo electrónico: mferran@ics.scs.es

**Objetivos.** Elaborar un método para analizar las necesidades de plantilla de los EAP, mediante consenso entre profesionales y directivos, para disminuir la presión asistencial de los EAP con más demanda. Aplicar este método, a la asignación de 133 nuevos profesionales. **Descripción.** Las fuentes de información utilizadas fueron: Registro Central de Asegurados, Sistema de Información de AP y base de datos GIP de recursos humanos.

Un grupo de trabajo formado por 18 expertos definió los criterios de análisis: 1. Población asignada ponderada por intensidad de uso según 7 grupos de edad, en función de la Encuesta de Salud (ESCA-2002). 2. Porcentaje de población atendida (personas diferentes visitadas durante un año), sobre la asignada, ambas ponderadas según ESCA-2002. El valor medio fue de 71,9% (52,7%-87,4%) y presentaba una excelente correlación (0,914) con el nivel socioeconómico (Índice de Capacidad Económico Familiar-ICEF) en una submuestra de EAP en que se disponía. 3. Cálculo de la plantilla de cada EAP, considerando que el director aporta media jornada asistencial (0,5).

Se ordenaron 269EAP según el resultado obtenido al dividir la población atendida/asignada ponderada (población asignada[1] multiplicada por el porcentaje de población atendida[2]) entre el número de médicos[3]. Siguiendo este método y en función de los recursos económicos disponibles, se priorizó la asignación de 109 MF y 24 pediatras a 112 EAP.

**Conclusiones.** El método empleado permitió ordenar los EAP según su carga de trabajo ponderada por intensidad de uso según edad y porcentaje de población atendida sobre la asignada y establecer las necesidades de plantilla superando el tradicional sistema de dividir la población censada entre los profesionales.

## MESA DEL PAPPS

### UNA FORMA DE MEJORAR LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS BASADA EN LA INFORMÁTICA

M. Medina Peralta, M.J. Ulldemolins Papasseit, J. Ojuel Solsona, E. Mayolas Saura, A. Rovira Piera e Y. Bermejo Cacharón

ABS Badalona 6 Llefià. Badalona. Cataluña. Correo electrónico: mmedina.bnm.ics@gencat.net

**Objetivos.** Determinar la efectividad de una intervención basada en proporcionar a enfermería un listado informático diario de los pacientes citados en consulta médica con actividades preventivas pendientes.

**Tipo de estudio.** Estudio de intervención.

**Ambito del estudio.** Equipo atención primaria urbano.

**Sujetos.** 17 enfermeras

**Mediciones e intervenciones.** Pacientes con actividades de cribado de TA y tabaco correctas según el PAPPS antes y 3 meses después de una intervención organizativa. Días de coincidencia de turno laboral entre médico y enfermera de cada UBA. Se dividen las enfermeras en un grupo control y un grupo intervención. A ambos grupos se les proporcionan 3 espacios en la agenda para realizar actividades preventivas, al grupo intervención se proporciona un listado de los pacientes citados en el médico a los que les falta cribado de TA y/o tabaco obtenido informáticamente cada día. **Resultados.** El grupo intervención mejoró un 5,69% la cobertura de ambas actividades, frente a un 2,91% del grupo control, incremento relativo del 95%. (p < 0,0001). Los días en que coinciden médico y enfermera, esta realiza actividades a 1,41 pacientes frente a 0,3 cuando no coinciden. En los días coincidentes el grupo intervención realizó un 52% de actividades más que el control (1,64/día frente a 1,07/día, p < 0,0001).

**Conclusiones.** La informática puede ayudar a mejorar actividades preventivas proporcionando información pendiente de realizar. La coincidencia en turno de médico y enfermera mejora la realización de actividades. Hay que hacer un seguimiento más largo y con mayor número de profesionales.

### SÍNDROME DE ABUELA ESCLAVA. UNA REALIDAD EN LA SOMBRA

R. Montero Ibáñez, E. Gómez Pérez, C. Balboa Esperanza y J. Bris Pertiñez

Centro de Salud de Villa de Valdecas. Madrid. Madrid. Correo electrónico: ruthm\_thrum@yahoo.com

**Objetivos.** Determinar el perfil general de abuelas cuidadoras de niños sanos en un grupo determinado de población. Valorar la posible relación entre la sobrecarga de trabajo y las puntuaciones en Escala Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) y el posible desarrollo del Síndrome de la Abuela Esclava (SAE).

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo transversal.

**Ambito del estudio.** Población de Centro de Salud Urbano.

**Sujetos.** Abuelas que acudían a consulta medicina/enfermería en: diciembre 2004-enero 2005 que cumplieran las características requeridas.

**Mediciones e intervenciones.** Cuestionario estandarizado con ítems cerrados: clínico-demográficos, nietos a su cargo, tiempo dedicado (> / = o <

9 h/semana), percepción subjetiva de su personalidad, actividades durante el cuidado (Escala Likert, 1-5 puntos; nunca-siempre) y EADG, analizados mediante MS Access98. Estudio bivariante para comparación de medias en grupos independientes. Se utilizó test T-Student.

**Resultados.** Edad media: 63,69 años (IC95%: 56,12-71,26). Media de nietos: 1,72 (IC95%: 1,48-1,96). Un 86,95% (IC95%: 73,4-92,9%) les dedica > / = 9 horas. Nivel educativo: primarios (68,11%). El 78,26% (IC95%: 60,3-83,9%) están casadas. Se encargan siempre de: las comidas 78,26%, cuidado en el hogar 65,21%, higiene 56,52%, ocio 56,52%, gastos económicos 28,98%, atención médica 17,39%. Presentan malestar psíquico ansiedad: 56,52% (IC95%: 36,8-63,1%), depresión: 26,08% (IC95%: 20,3-45%), y ambas: 28,98% (IC95%: 23,6-48,4%). Objetivamos mayor número de probables casos de ansiedad con  $p < 0,05$  en las cuidadoras < 9 horas/sem y con estudios primarios vs. analfabetismo.

**Conclusiones.** Perfil: mujer 63,69 años, casada, estudios primarios, responsable, ordenada y reservada. Cuidadora de 1-2 nietos > / = 9 h/semanales, con probable caso de ansiedad en un 56,52% (IC95%: 36,8-63,1%), superior a la población general que consulta en Atención Primaria. Se realizó educación para la salud de forma individual y colectiva, mediante la elaboración de un artículo publicado en el periódico local.

### TABAQUISMO Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: ASOCIACIÓN CON EL TIPO DE COMPLICACIÓN CARDIOVASCULAR

J.J. Cabré Vila, J.L. Frigola, M. Baldrich Justel, D. Montañés Boncompte, M.T. García Vidal y C. Jiménez Rodríguez

ABS Reus-1. Reus. Cataluña.  
Correo electrónico: jcabrev@medynet.com

**Objetivos.** Conocer la implicación del tabaquismo activo en la aparición de enfermedad cardiovascular en fumadores.

**Tipo de estudio.** Estudio prospectivo de cohortes en dos equipos de atención primaria, de 5 años de duración.

**Ámbito del estudio.** Atención primaria.

**Sujetos.** Muestra poblacional de 1500 sujetos mayores de 15 años.

**Mediciones e intervenciones.** Se recogieron datos sociodemográficos, factores de riesgo cardiovascular y los datos precisos para calcular el riesgo cardiovascular (RCV) según tabla de Framingham. Se siguió la muestra semestralmente hasta la finalización del estudio o bien la aparición de enfermedad cardiovascular (ECV) en cualquiera de sus formas (cerebrovascular, coronaria, arteriopatía periférica). Se realizó análisis estadístico considerando diferencias significativas si  $p < 0,05$ .

**Resultados.** 280 (18,7%) pacientes fumadores, 73,2% hombres, con RCV =  $12,9 \pm 12,2\%$ . Entre ellos se detectaron 41 complicaciones de ECV (14,6%). Entre los 1220 sujetos no fumadores (65,2% mujeres), con RCV =  $10,7 \pm 9,1\%$ , solamente 120 padecieron alguna complicación durante el seguimiento (9,8%,  $p < 0,05$ ). La distribución de las complicaciones en las dos cohortes fue: Coronarias 9 (3,2%) en fumadores y 25 (2%) en no fumadores ( $p < 0,01$ ); cerebrovasculares 5 (1,8%) en fumadores y 23 (1,9%) en no fumadores (d.n.s.); vasculopatía periférica 16 (5,7%) en fumadores y 19 (1,6%) en no fumadores ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones.** El tabaquismo activo es un factor de riesgo añadido para la ECV, especialmente coronariopatía y arteriopatía periférica. Sin embargo, en este estudio no se han encontrado diferencias significativas respecto a la incidencia de eventos cerebrovasculares entre fumadores/no fumadores. Es importante insistir en el consejo antitabáquico como tratamiento en pacientes con factores de riesgo.

### SEMANA DE LA SALUD EN UNA ZBS RURAL

G. Muñoz Cabañero, M.M. Martínez Lao, C. Bravo Marín, M. Muelle Suliman, B. Arévalo Sendarrubias y R. Carrero Díaz-Flores

Centro de Salud de Villanueva de los Infantes (Ciudad Real). Villanueva de los Infantes (Ciudad Real). Castilla-La Mancha.  
Correo electrónico: gmcabanero@sescam.jccm.es

**Objetivos.** Búsqueda de temas que puedan interesar tanto a la población como a los profesionales con la finalidad de estimular y mejorar sus estilos de vida.

**Descripción.** Realización de talleres, charlas-coloquio en diferentes entornos (I.E.S., C.S., en la calle...) abordando las siguientes temáticas: 1) Información y demostración a adolescentes de los métodos anticonceptivos para prevenir embarazos y evitar el mal uso de la píldora del día después. 2) Aumento de sensibilización de los profesionales de la Z.B.S. A la hora de atender inmigrantes. 3) Informar a la población de los problemas de

automedicación, del mal uso de las urgencias y de las consultas. 4) Mejorar la calidad de vida en el anciano institucionalizado (ocio, soledad, ejercicio...) 5) Captación de hipertensos y fumadores fuera de la consulta. 6) Cuidado de la boca en embarazadas. 7) Ansiedad. 8) Formas de combatir el estrés. -Ofertar la consulta joven. 9) Convivir con la artrosis.

**Conclusiones.** 1) Charlas en institutos sobre prevención de embarazo y enfermedades de transmisión sexual a las que acudieron los alumnos de bachiller, surgiendo demandas de consulta joven. 2) Se realizaron 125 tomas de tensión en la calle a personas entre 18 a 55 años, que no acuden habitualmente al C.S., se detectaron 6 casos de hipertensión. 3) En la charla-coloquio sobre deshabitación tabáquica 8 personas decidieron abandonar dicha adicción. 4) Participación de las embarazadas en un taller sobre alimentación e higiene bucal. 5) Como convivir con la artrosis para edades entre 60-90 años. 6) En la residencia de ancianos se logró el compromiso de la dirección para programar actividades que retrasen el deterioro del anciano. 7) Debate de los profesionales sanitarios sobre inmigración.

### EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS ENTRE ADOLESCENTES EN UNA ZONA URBANA (1997-2004)

A. Pérez Milena, M.L. Martínez Fernández, F.J. Leal Helmling, R. Pérez Milena, I. Jiménez Pulido y M.I. Mesa Gallardo

Centro de Atención Primaria de Jimena. Jaén. Andalucía.  
Correo electrónico: alejandropm@vodafone.es

**Objetivos.** Conocer la evolución del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre adolescentes de una zona urbana.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo transversal mediante encuesta auto-administrada.

**Ámbito del estudio.** Instituto de Enseñanza Secundaria de una zona urbana de clase socioeconómica media.

**Sujetos.** Alumnos de Educación Secundaria.

**Mediciones e intervenciones.** Se realizan tres cortes, los años 1997, 2001 y 2004, recogiendo edad, sexo y consumo de sustancias tóxicas.

**Resultados.** (se exponen en orden según el año de estudio). Se estudian en total 678 adolescentes [172; 249; 257] con mediana de 14 años [rango 12-17] e igualdad de sexos. Se incrementa el número de adolescentes que no han consumido ningún tóxico [ $21\% \pm 3,1$ ;  $34\% \pm 3,0$ ;  $56\% \pm 3,1$ ;  $p < 0,001$  c2], fundamentalmente porque disminuye el consumo de alcohol [ $58\% \pm 3,6$ ;  $61\% \pm 3,2$ ;  $41\% \pm 3,1$ ;  $p < 0,001$  c2] aunque se incrementa su consumo durante el fin de semana [ $84\% \pm 2,6$ ;  $85\% \pm 2,2$ ;  $96\% \pm 1,2$ ;  $p < 0,05$  c2]. El consumo de tabaco se incrementa [ $12\% \pm 2,4$ ;  $21\% \pm 2,3$ ;  $29\% \pm 2,4$ ;  $p < 0,001$  c2] sobre todo de forma diaria [ $9\% \pm 0,6$ ;  $34\% \pm 3,2$ ;  $47\% \pm 3,1$ ;  $p < 0,01$  c2]. El consumo de drogas también se incrementa [ $9\% \pm 0,6$ ;  $24\% \pm 2,8$ ;  $16\% \pm 2,4$ ;  $p < 0,001$  c2], manteniéndose el consumo intermitente y de fin de semana [ $87\% \pm 1,6$ ;  $71\% \pm 2,3$ ;  $85\% \pm 1,8$ ]; desaparece el uso de cocaína y aparecen las drogas de diseño, aunque la más consumida es el cannabis (> 90%).

**Conclusiones.** En los últimos siete años ha disminuido el consumo de tóxicos entre los adolescentes, sobre todo por menor ingesta de alcohol. Sin embargo, aparecen nuevas formas de consumo de alcohol y otras drogas, sobre todo durante el fin de semana, y se incrementa el consumo diario de tabaco.

### CONOCIMIENTOS EN MATERIA DE RCP EN ALUMNOS DE ESO DE LA PROVINCIA

P. Romero Blanco, F.J. Fonseca del Pozo, A. Ortiz Arjona, E. Martín Riobo, E.I. García-Criado y R. Sánchez Ortega

CS de Pedro Abad. CS de la Carlota. CS de la Fuensanta. CS de el Carpio. Hospital Reina Sofía. Córdoba. Andalucía.  
Correo electrónico: pilaruno@supercable.es

**Objetivos.** Describir los conocimientos de 2 poblaciones escolares de ESO de nuestra provincia en materia de resucitación cardiopulmonar (RCP).

**Tipo de estudio.** Descriptivo.

**Ámbito del estudio.** Dos poblaciones rurales de nuestra provincia, con características socioeconómicas similares y equidistantes a la capital.

**Sujetos.** El universo de la población escolar de ESO (1º a 4º) de las dos poblaciones rurales, n: 626. Edad media 13,6 años [11-17]. Sexo: 46% varones, 54% mujeres.

**Mediciones e intervenciones.** Descripción de los conocimientos en materia de resucitación cardiopulmonar mediante cuestionario de elaboración propia a partir de la opinión de expertos. Autocumplimentado previo consentimiento verbal. Se realizó un estudio piloto para comprobar la

aceptación, disponibilidad de los alumnos, la comprensión del cuestionario y el normal desarrollo del proceso de recogida de datos, así como introducir las modificaciones oportunas. Posteriormente se realizó un re-test para valorar el grado de fiabilidad intraobservador. Análisis descriptivo con SSPS 9.0.

**Resultados.** De todos los individuos encuestados el 11% habían recibido algún curso de RCP. El 36,4% responden bien como valorar la inconsciencia. El 86% conocen algún teléfono de urgencias. Responden adecuadamente como valorar la respiración y que hacer ante una persona en parada el 66%. El 48% haría el boca a boca a un desconocido. El 53% localiza el punto de masaje. El 77% sabrían reconocer una obstrucción de la vía aérea. El 83% responden correctamente sobre la maniobra de Heimlich, sólo un 34,5% contestan adecuadamente sobre la actuación ante un niño mayor de un año. El 67,4% reconocen que con la RCP la mortalidad disminuiría. El 68% estaría interesado en realizar curso de RCP, en horario escolar.

**Conclusiones.** Más de las tres cuartas partes conoce al menos un número de teléfono de urgencias, con lo que podría alertar a los sistemas de emergencias adecuadamente. Un tercio de los alumnos reconocen adecuadamente la inconsciencia, más de la mitad abriría de forma adecuada la vía aérea, localizaría el punto de masaje correctamente y sabría reconocer una obstrucción de la vía aérea actuando de forma correcta. La mayoría están interesados en realizar cursos de RCP.

#### EXPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN PREADOLESCENTE DE UN EAP AL HUMO DE TABACO EN SUS HOGARES

E. Olano Espinosa, E. Alarcón Aramburu, I. Quesada Chica, L. Falcón Vergara, C. Arce García y J.L. Alonso Pérez

C.S. Guayaba; EAP Puerta Bonita 2. Madrid. Madrid.  
Correo electrónico: e\_oceoeoe@hotmail.com

**Objetivos.** 1. Determinar la exposición de la población preadolescente de un EAP al Humo de Tabaco en su hogar. 2. Determinar las características y actitudes de sus padres respecto al hábito de fumar en sus hogares.

**Tipo de estudio.** Descriptivo transversal

**Ámbito del estudio.** Dos consultas de pediatría y una de enfermería pediátrica.

**Sujetos.** Padres de niños menores de 11 años que acudieron a consulta en Mayo 2005.

**Mediciones e intervenciones.** Encuesta autocumplimentada

**Resultados.** Se encuestaron 194 familias, el 84,8% españolas. La edad media de los niños era 3,55, de los padres 36 y de las madres 33,43 años. La edad media de finalización de los estudios era de 18,66 años en los padres y de 18,98 años en las madres. Un 53,95% de los padres fumaban una media de 17,06 cigarrillos al día, y un 41% de madres una media de 12,49. De ellos, el padre reconoce fumar en el hogar en un 44,7% de los casos y la madre en un 35,4%. Del total de padres encuestados, sólo un 3,9% habían dejado de fumar para no exponer a sus hijos al humo de tabaco, el 27,5% no fuman en casa ni permiten que otros lo hagan y en un 68,55% de los casos permiten fumar sólo en algunas habitaciones, no fumar con los niños delante o ventilan durante o después de fumar.

**Conclusiones.** En nuestra población, los padres de niños preadolescentes fuman en un altísimo porcentaje y la mayoría fuma en el hogar.

#### ESTUDIO SOBRE LA MOTIVACIÓN DEL ADOLESCENTE PARA EL CONSUMO DE TABACO. RELACIÓN CON LA DEPENDENCIA Y LA ACTITUD PARA EL CAMBIO

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

Centro de Atención Primaria de Jimena. Jaén. Andalucía.  
Correo electrónico: alejandropm@vodafone.es

**Objetivos.** Conocer los motivos para el hábito tabáquico entre los adolescentes y su relación con la dependencia y la actitud para el cese del consumo.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo transversal mediante encuesta auto-administrada.

**Ámbito del estudio.** Dos Institutos de Enseñanza Secundaria (zona rural y urbana).

**Sujetos.** 385 alumnos adolescentes.

**Mediciones e intervenciones.** Recogemos edad, sexo, consumo de tabaco, motivación para fumar (factores microambientales -FMI-, macroam-

bientales -FMA- y personales -FPE-), test de Fagerström y fase de abandono de Prochazka/DiClementi.

**Resultados.** 132 adolescentes fuman (34% ± EEP2,4), con edad media 14,3 años (± EEM0,1) y mayoría mujeres (61% ± 4,2; p < 0,05; ji2). Grado de dependencia: leve 78% ± 3,6; moderada 9% ± 2,6; intensa 11% ± 2,7; grave 2% ± 1,1. Fase de abandono: precontemplación 19% ± 3,6; contemplación 17% ± 3,5; preparación 64% ± 4,4. Los motivos más frecuentes son FPE [53% ± 4,4] (decisión propia 57%, "fumar relaja" 47%, mantener peso 23%, "ser mayor" 23%), seguidos por FMI [42% ± 4,3] (influencia de amigos 45%, educadores/sanitarios 34%, hermanos 28% y padres 26%) y FMA [36% ± 4,2] ("fumar es normal" 35%, accesibilidad 32%, publicidad 29%, posibilidad económica 24%). Los FPE son más frecuentes en la dependencia intensa-grave (50% ± 4,7 vs 81% ± 9,8) [p < 0,05; ji2]. Cada fase de abandono presenta diferentes motivaciones: FPE (preparación: 47% ± 5,8; contemplación: 75% ± 9,7; precontemplación: 82% ± 8,2) [p < 0,01; ji2]; FMI (preparación: 32% ± 5,4; contemplación: 60% ± 10,9; precontemplación: 59% ± 10,5) [p < 0,05; ji2]; FMA (preparación: 33% ± 5,4; contemplación: 60% ± 10,9; precontemplación: 45% ± 10,6) [p = 0,08; ji2]. En precontemplación influye el tabaquismo de educadores/sanitarios (p < 0,05; ji2) y en contemplación los amigos (p < 0,05; ji2), ver el tabaquismo como "normal" (p < 0,001; ji2) y ser placentero (p < 0,001; ji2).

**Conclusiones.** La dependencia nicotínica grave y la actitud de precontemplación se relacionan con factores personales, mientras que la actitud de contemplación va ligada a factores microambientales. Se deben explorar estas creencias para abordar mejor el tabaquismo en el adolescente.

## Sesión 10

12.00-14.00 h - Sala 4+5 Palacio de  
Congresos y Exposiciones de Galicia

### MESA 6

Cómo resolver mis necesidades  
de información: soluciones  
prácticas

#### IDIOMAS: ¿UN MEDIO... O UN PROBLEMA PARA LA COMUNICACIÓN?

M.A. Fernández Saguer, M.E. Checa Webber, M. Maxenchs Esteban,  
N. Nievas Díaz, R. Martínez Ripol y A. Jara Ruiz de Gaona

A.B.S. Tarragona 6. Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: afsaguer@comt.org

**Objetivos.** Conocer los datos clínicos básicos de los pacientes extranjeros. Tener la máxima seguridad posible, en el momento de las prescripciones, de no caer en contraindicaciones, interacciones o alergias.

**Descripción del material utilizado.** Se realizan unos cuestionarios en las lenguas extranjeras de uso más habitual, en una sola hoja DIN A4, anverso y reverso, para ser facilitados desde recepción. En el anverso figuran 17 preguntas básicas sobre el estado de salud y los antecedentes personales más relevantes, con 3 opciones de respuesta: SI, NO y NS/NC. En el reverso se relacionan los fármacos de uso más habitual, para señalar las posibles alergias. Actualmente disponemos de cuestionarios en francés, inglés, alemán, ruso y árabe, así como en castellano. Éste último justifica su existencia como "traductor simultáneo". Obviamente, al mismo número de orden de pregunta en cualquier lengua corresponde el mismo enunciado.

**Conclusiones.** La implantación es reciente y las conclusiones todavía son provisionales: 1) Los profesionales manifiestan sentirse más seguros en sus actos médicos y en sus prescripciones. 2) En principio, la colaboración de los pacientes de origen europeo ha sido plena. Sin embargo, hay dificultades por cuestiones de lecto-escritura en mujeres magrebíes.

**MESA 7****La inmigración, una realidad no homogénea. ¿Somos competentes culturalmente en atención primaria?****ABORTO INDUCIDO ¿MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN POBLACIÓN INMIGRANTE?**

M.L. Castaños Ortega, E. Sempere Jover, A. Baeza Alcaraz, J.V. Ortega Liarte, M.J. Soriano Pérez y N. Talal Rodríguez

Hospital Los Arcos, Centros de Salud San Javier y Torre Pacheco. San Javier. Torre Pacheco. Murcia.

Correo electrónico: lorencast3@hotmail.com

**Objetivos.** Conocer el perfil de las mujeres solicitantes de Anticoncepción de Emergencia (AE) e Interrupción Voluntaria Embarazo (IVE) según edad y país de origen durante los años 2003 y 2004.

**Tipo de estudio.** Descriptivo, Retrospectivo y Transversal.

**Ámbito del estudio.** 2 Zonas de salud de Atención Primaria, Servicio de Urgencias de Hospital Comarcal, Consulta externa Ginecología.

**Sujetos.** Mujeres que solicitan píldora postcoital y/o interrupción voluntaria del embarazo desde: consulta de Atención Primaria, Urgencias Hospital comarcal referencia y consulta Unidad Ginecológica de Apoyo del área.

**Mediciones e intervenciones.** Fuentes de Datos: 1) Soporte informático OMI-EST Atención Primaria. 2) Informes Alta Urgencias Hospitalarias. 3) Codificación: Servicio de Archivo y Documentación Clínica Hospitalaria.

**Resultados.** La primera causa aducida para anticoncepción de emergencia fue la rotura de preservativo. El 90% de mujeres que solicitan píldora postcoital son españolas, con edad media de 24 años (rango 13-42 años). El 67,5% de interrupción voluntaria del embarazo son mujeres inmigrantes, de las cuales más del 80% son Sudamericanas, con edad media de 25,7 años (rango 13-48 años). El intervalo de edad más frecuente para anticoncepción emergencia e IVE está entre 21 y 25 años.

**Conclusiones.** Más del 90% de las mujeres solicitantes de AE son españolas, por lo que sospechamos que la población inmigrante sudamericana desconoce la AE. Es necesario crear programas de planificación familiar adaptados a sus peculiaridades culturales/lingüísticas. Debemos concienciar a la usuaria de AE que es un método de uso ocasional y que no sustituye a los métodos habituales de anticoncepción. El factor más importante para disminuir tasa de IVE es una adecuada formación/información sexual. La AE es una segunda oportunidad para evitar un embarazo no deseado.

**INMIGRACIÓN Y TBC: REVISIÓN EDOS 1999-2004**

A. Artero Sivera, P. Rodríguez Rodríguez, A. Forner Canós, L. San José Millán, A. Hernández Cervera y A. Lorenzo Piqueres

C.S. Burriana. Departamento 03. Agencia Valenciana de Salud. Burriana. Comunidad Valenciana.

Correo electrónico: a964393003@telefonica.net

**Objetivos.** Conocer las tasas de incidencia anual de TBC a nivel Provincial en los últimos seis años, según EDOS, en autóctonos y extranjeros por país de origen. Distribución edad-sexo. Valorar repercusión de incidencia TBC en extranjeros según tiempo estancia > 0 < 5 años

**Tipo de estudio.** Descriptivo retrospectivo.

**Ámbito del estudio.** Provincial.

**Sujetos.** Casos de TBC según EDOS. Datos demográficos provinciales INE.

**Mediciones e intervenciones.** Revisión de encuestas EDOS TBC. Revisión padrones municipales. Variables: país origen, edad, sexo y años estancia. Estrategia análisis: Comparación tasas e influencia variables. Gestión informática: EXCEL, SPSS

**Resultados.** Casos totales TBC 625 (121 extranjeros, 504 autóctonos). Aumento progresivo de porcentaje de casos extranjeros a través de los años. Tasa global provincial en descenso (1999: 36,38) (2004: 14,75). Ta-

sas descendentes en autóctonos (1999: 34,51) (2004: 12,3) y extranjeros (1999: 175,74) (2004: 32,27), aunque más elevadas en los últimos. Distribución irregular de tasas según país origen. Acúmulo de casos entre los 20-40 años. Ligerísima diferencia sexo (varones). Mayor número de casos entre los que llevan < 5 años estancia (77), aunque no exclusivo (44). **Conclusiones.** Los porcentajes de casos dan una falsa visión de aumento de TBC. Las tasas son descendentes en ambas series, *No afectando la inmigración a las tasas de incidencia en autóctonos*. Existen mayores tasas entre inmigrantes, relacionado con: Tiempo de estancia < 5 años, edad < 40 y prevalencia TBC elevada en país de origen. Pero presumimos sea la *precaridad laboral, marginalidad y pobreza* los condicionantes fundamentales, precisando estudios al respecto.

**CURSO INTERACTIVO VÍA SATÉLITE SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA AL PACIENTE INMIGRANTE: LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS AL SERVICIO DE LA FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA**

L. Solsona Díaz, L. Valerio Sallent, J. Lozano Fernández, M. Soler Boada, S. Adriouech y E. Simón Düringe

Comissió de Cooperació i Salut Internacional. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària/Fundació d'Atenció Primària. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: lsolsona@menta.net

**Objetivos.** Describir el proceso de diseño de un curso interactivo vía satélite para médicos de familia sobre conocimientos y habilidades útiles en atención primaria al inmigrante, su desarrollo, la valoración de los alumnos y los resultados docentes obtenidos.

**Descripción.** Se realizó una encuesta previa para conocer las necesidades de los profesionales que permitió elaborar un programa y decidir los ponentes adecuados (2 médicos de familia, una trabajadora familiar y un agente de salud comunitario). El curso se desarrolló siguiendo el formato participativo de un programa de televisión en directo. Para impartirlo de forma interactiva se utilizaron los últimos avances tecnológicos en comunicación (video-clip, TV vía satélite, mensajes SMS, correo electrónico y Fax). Sedes: 42 en toda España. 1349 médicos de 47 provincias contestaron la encuesta precurso, el 76,5% tenían edades entre 31 y 50 años. Nivel previo: aceptable en aspectos clínicos, bajo en aspectos socio-demográficos. Encuesta de satisfacción: todos los apartados fueron valorados positivamente excepto el referente a información previa y finalidad del mismo. Examen de evaluación: 8 de las 10 preguntas fueron contestadas correctamente por más del 80%.

**Conclusiones.** 1) Un curso-programa TV vía satélite constituye una alternativa eficaz y eficiente a la formación médica continuada tradicional, pues llega a muchos asistentes de manera amena y sin restar contenido científico. Ambos aspectos fueron valorados positivamente. 2) Los médicos de familia precisan formación en atención al inmigrante tanto en sus aspectos clínicos como en los demográficos y socio-culturales. 3) Los profesionales valoraron satisfactoriamente el curso y demostraron un buen nivel en la evaluación.

**OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE SU RELACIÓN CON LOS PACIENTES INMIGRANTES**

J.L. Cabrera Muñoz, J. Serrano Pons, E. Simó Cruzet, P. Larrosa Sáez y M. Faro Colomes

Cap Terrassa Nord. Terrassa. Cataluña.

Correo electrónico: jlcabrera@scmfic.org

**Objetivos.** Conocer la percepción del profesional sanitario de atención primaria de salud (APS) sobre su relación con el paciente inmigrante.

**Tipo de estudio.** Descriptivo transversal.

**Ámbito del estudio.** Cuatro áreas básicas de salud (ABS) urbanas.

**Sujetos.** Médicos y enfermeros de APS. Excluidos profesionales con antigüedad laboral inferior a seis meses y pediatras.

**Mediciones e intervenciones.** Cuestionario autoadministrado.

**Resultados.** De 138 profesionales respondieron 100 (72,5%); 72% mujeres. Edad media 42,5 años (DE: 8,9). Médicos 48%, enfermeros 52%. El 90% de profesionales piensa que el paciente inmigrante tiene un concepto de salud diferente. Un 68% piensa que la APS no está preparada para atenderlos; el 67% piensa que con los medios disponibles se les atiende adecuadamente. Un 90% considera que ha aumentado el número de inmigrantes en su consulta los últimos 5 años; un 80% cifra este aumento entre 15-25 vistas/semanales. Colectivo predominante: magrebíes (2 ABS), latinoamericanos (2 ABS). Un 70% opina que con el colectivo magrebí pre-

senta mayores dificultades de entendimiento, principalmente por el idioma (77%). El incumplimiento terapéutico se relaciona con la dificultad de entendimiento (58%). Factores influyentes en la salud: condiciones laborales (46%) y problemas del país originario (34%). Los trastornos adaptativos (43%) son las patologías predominantes. En la visita al profesional, la principal dificultad es delimitar el motivo de consulta. Un 58% ha realizado cursos los últimos 5 años; un 80% cree que necesita más formación. **Conclusiones.** Los profesionales sanitarios piensan que atienden adecuadamente al colectivo inmigrante, que el idioma es el factor más determinante en la relación y piensan que deben formarse más.

### CUMPLIMIENTO Y RESULTADOS DE UN EXAMEN DE SALUD A INMIGRANTES

J. Enguix Cugat, M. Yuste Botey, M. Atero Villen, M. C. López-Quñones Llamas, G. Falco Faydella y N. Moreno Millan

Vía Barcino. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: myuste.pbnc@ics.scs.es

**Objetivos.** Describir el cumplimiento y resultados de un examen de salud a inmigrantes y sus determinantes socioeconómicos.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito del estudio.** Dos centros urbanos de atención primaria.

**Sujetos.** Se incluyeron 161 usuarios.

**Mediciones e intervenciones.** El examen consiste en análisis de sangre y heces, Mantoux en < 35 años o radiografía de tórax a > 35 años. Se propone por escrito en varios idiomas a los dos primeros pacientes extracomunitarios atendidos que residieran en la CEE desde el año 2000. Mediante anamnesis se recogían los determinantes socioeconómicos.

**Resultados.** El 60,2% son hombres. Edad media: 32 años. El 74,5% llegaron a partir de 2002. Los países de origen fueron: 55,3% Latinoamérica, 29,2% Pakistán-India, 9,9% Marruecos. No estaban regularizados el 59,6%. El 55,7% tiene estudios secundarios o universitarios (mayor en población latinoamericana  $p < 0,001$ ). Viven con familiares de primer grado el 50%. (87% ecuatorianos y 8,5% Pakistán-India  $p < 0,001$ ). El 36,6% afirma no trabajar (12,8% ecuatorianos y 53,2% Pakistán-India  $p < 0,001$ ). Tóxicos: 21,1% fumadores, 9,3% bebedores de riesgo (15% latinos, 3% resto  $p = 0,006$ ) y 2,5% otras drogas. Sólo el 47,2% completa todo el estudio: 25% no acude a las serologías, 44,1% no aporta las tres muestras de heces, 33,3% no aceptan o no se presentan al Mantoux; el 23,3% no aportan radiografía. AgHBs positivo 1,7%, VHC 3,3%, VIH 1,7%, lúes 0%, rubeola 95% inmune. Se encontraron parásitos en 7 personas (4,3%). Mantoux positivo 38,8%. Una radiografía alterada.

**Conclusiones.** Existe un bajo cumplimiento en la realización de las exploraciones complementarias. Se debería replantear la factibilidad y la indicación de un examen indiscriminado a inmigrantes asintomáticos.

### ABORDAJE COMUNITARIO DEL DUELO MIGRATORIO

E. Sequeira Aymar, S. Lasterra Abaigar y S. Torres Belmonte

Capse Casanova. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: esqueira@fundacionvicenteferrer.org

**Objetivos.** Tratamiento del duelo migratorio desde una perspectiva comunitaria. Acercamiento a realidades diversas con una finalidad común. Utilizar la ayuda mutua como herramienta terapéutica. Disminuir la frecuencia de solicitud de atención sanitaria individual por malestar psíquico. Aumentar el grado de conocimiento del colectivo inmigrado para corregir las estrategias de acercamiento

**Descripción.** Creación de un grupo de autoayuda dirigido a inmigrados en los que se ha detectado la presencia de duelo migratorio. Frecuencia semanal con duración de dos horas. Se trata de un grupo abierto y flexible por las características sociológicas del colectivo al que va dirigido. Realización de test previo y a lo largo de la realización del grupo para evaluar el grado de malestar psíquico. Facilitador del grupo con utilización de técnicas interculturales que superan barreras idiomáticas. Iniciativa comparativa por el centro de salud y una entidad social del barrio. Ausencia de limitaciones por edad y nacionalidad. Participación del personal sanitario en el grupo. Abordaje del duelo en sus diferentes componentes con propuestas de mejora. Intercambio de experiencias basadas en un proceso común. Evaluación continua del grupo.

**Conclusiones.** Mejoría del malestar psíquico derivada del duelo migratorio. Disminución de la consulta individual tras la intervención grupal.

Refuerzo de la red social a través de la intervención comunitaria. Mejor conocimiento de la situación social del colectivo por parte del personal del centro.

### ENTENDERLOS PARA ENTENDERNOS

R. Roig Carrasco, A. Blancas Loras, L. Sánchez Albarracín, N. Contreras Corral, A. Fernández Díaz y N. Vidaller Ferro

CAP Plana Lledo, Mollet del Vallés (Barcelona). Mollet del Vallés (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: roser\_1965@hotmail.com

**Objetivos.** Sensibilizar a los profesionales de la salud para facilitar la comprensión de los usuarios procedentes de diferentes culturas. Evitar el estrés producido por la dificultad en la comunicación, y las diferencias culturales. Reconocer ciertas actuaciones de los inmigrantes como propias de su cultura.

**Metodología.** Contacto y recopilación de información a través de asociaciones, centros religiosos y preguntas directas a dichos usuarios, para elaborar el esquema del curso base. Propuesta de curso según las necesidades y expectativas sobre éste tema, previamente consensuadas con el personal y pactadas con el centro sanitario a impartir el curso. Realización de pequeñas traducciones, tanto para los usuarios como para el profesional, facilitando la autonomía de ambos colectivos. Realización de cursos dirigidos a "todo" el personal.

**Resultados.** En la evaluación cualitativa realizada después de cada curso (42 cursos, 210 h lectivas). Mejoramos la calidad en la atención a los inmigrantes. Evitamos errores de tipo cultural y de comprensión por ambas partes. Hemos actualizado lo que ya sabíamos y hemos adquirido métodos e instrumentos que desconocíamos en atención al inmigrante. Se promueve un acercamiento entre culturas. El profesorado ha obtenido una puntuación media de 8.89 sobre 10.

**Conclusiones.** Queda constancia que una formación especializada en temas de inmigración, además de conocimientos sobre otras culturas, despierta el interés de todo el personal a formarse en temas concretos propios de una comunidad, según sean los usuarios frecuentadores. Profesionales más formados implica profesionales más seguros en todo el proceso asistencial. La solicitud de repetición de estos cursos en un mismo centro pone de manifiesto el interés que expresan los asistentes y la dirección sobre el tema.

### QUÉ HA SUPUESTO LA ÚLTIMA REGULARIZACIÓN DE INMIGRANTES PARA UN CENTRO DE SALUD

V. Sala Fita, E. Maestre Pujol, L. Taberner Pinsach, V. Viñas Grandes, J. Puig Panella y C. Michaut Ravazza

Abs Salt. Salt. Cataluña.  
Correo electrónico: victoria@comg.es

**Objetivos.** Valorar retrospectivamente la carga asistencial que supuso para nuestro centro de salud las visitas de los usuarios que requerían la obtención del certificado médico oficial requisito imprescindible durante el periodo extraordinario de regularización 2005.

**Descripción.** Nuestra población ha sufrido una explosión demográfica en los últimos cinco años. Censo 1996 (21.519) habitantes, 1999 (24.684), enero 2005 (28.251). 6.732 nuevos habitantes en este periodo. Actualmente sigue en aumento. El porcentaje de inmigración es del 31%, y de 0-10 años el 44%; procede sobretodo de África pero últimamente ha aumentado de Sudamérica y Europa del este. Las características más relevantes de la población son: nivel socioeconómico medio-bajo, poca utilización de recursos privados, elevada frecuentación, elevada problemática psico-social, núcleos de pobreza extrema... A esto sumamos que ocho de cada diez nuevos habitantes son inmigrantes. El personal administrativo asumió durante este periodo un importante papel, dado que es el primer contacto con el Sistema Sanitario: Gestión, tramitación de Tarjeta Sanitaria, asignación de médico... Inicialmente cada profesional cumplimentaba el certificado según su criterio, posteriormente sentimos la necesidad de elaborar un protocolo consensuado en el centro de salud que incluía analítica básica, serologías y PPD a los pacientes sobre los que no se disponía de datos en la Historia Clínica y con inmigración reciente (< 5 años).

**Conclusiones.** Los profesionales del centro hemos sobrellevado en un periodo corto de tiempo la masificación de la demanda asistencial, con falta de previsión y de información. Se ha aprovechado la captación oportunista para aplicar el PAPPs. Hemos percibido una baja incidencia de patologías infecciosas (excepto Hepatitis B).

## Sesión 11

16.00-18.00 h - Sala 4+5 Palacio de  
Congresos y Exposiciones de Galicia

### FORO DE INVESTIGACIÓN

#### DIAGNÓSTICO DE OSTEOPOROSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA MEDIANTE DEXA

R. Azagra Ledesma, M.M. Torrens Darder, A. Aguyé Batista, R. Valles Martínez, P. Hidalgo Valls y J. Mampel Amela

CAP Badia del Valles (UAB), CAP Ripollet, Cap Barberá del Valles, CAP Canaletas-Fontetes, CAP Serraparrera (ICS). Badia del Valles, Ripollet, Barberá y Cerdanyola (Barcelona). Cataluña.  
Correo electrónico: razagral@telefonica.net

**Objetivos.** Está aceptado que la DEXAs (absorciometría fotónica dual de fuente radiológica) es la mejor técnica para conocer la densidad mineral ósea. La OMS y numerosas guías de práctica clínica (GPC) aconsejan no utilizar la DEXA como cribado poblacional y valorar los factores de riesgo (FR) reconocidos para identificar a la población diana. Determinar la indicación/no indicación de la DEXAs según los FR en la historia clínica (HC) por nuestros médicos de familia (MdF) y ginecólogos para emprender acciones formativas.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo multicéntrico de una muestra representativa de las DEXAs realizadas en 2003.

**Ámbito del estudio.** Población de 134.200 habitantes (5 CAP y un centro de especialidades).

**Sujetos.** Muestra 378 DEXAs: MdF 231 (61,1%), Ginecólogos 147 (38,9%). Se analizaron los FR, resultados y los tratamientos indicados.

**Mediciones e intervenciones.** Análisis de DEXAs y de FR registrados en la HC  
**Resultados.** Mujeres el 98,1% de la muestra. Media de edad de 57,9 años  $\pm$  9. En 194 (51,3%) casos se consideró la DEXA no indicada al no existir FR registrados que justificaran la prueba, sin diferencias significativas entre MdF/Ginecólogos ( $P = 0,59$ ). En 64 casos (16,9%) no existía registro del resultado, sin diferencias entre MdF/Ginecólogos ( $P = 1,5$ ). Las DEXA bien indicadas presentan más diagnósticos de osteoporosis 63 (39,9%) vs 38 (24,4%) ( $p < 0,0001$ ) y menos normales 26 (16,5%) vs 59 (37,8%) ( $p < 0,0001$ ). El 17,7% con DEXA normal reciben tratamiento antirresortivo y el 20,8% con osteoporosis no reciben tratamiento

**Conclusiones.** Un 50% de DEXAs están consideradas no indicadas. Cerca del 20% de tratamientos no se ajustan a los resultados de la DEXA.

#### ESTUDIO PILOTO DE PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Plans Domínguez, J. Salvatella Pàmies, V. Oliveras Deulofeu, C. Capmajó Almodovar, C. Gállego Baguemunt y M.T. Manzano

CAP Sant Elies y CAP Marc Aureli de Barcelona; CAP Granelo Vicedo y CAP Gregorio Marañón de Alcorcón; CAP José Aguado I y CAP José Aguado II de León. Barcelona, Alcorcón, León. Cataluña.  
Correo electrónico: 32297mpd@comb.es

**Objetivos.** Evaluar Prevalencia de Enfermedad Arterial Periférica en AP.  
**Tipo de estudio.** Estudio piloto epidemiológico transversal basado en medición del Índice Tobillo Brazo.

**Ámbito del estudio.** Medición del ITB en pacientes que acuden a consulta de AP. El estudio se realizó en tres áreas distintas de la península.

**Sujetos.** Criterios inclusión:  $> 65$  años; o de 50 a 65 años con factores de riesgo de aterotrombosis. Se incluyeron 300 pacientes, media 69 años. Un paciente excluido por no cumplir criterios. 48% varones. 66%  $> 65$  años. 86% tenían factores de riesgo: HTA (69%); Hipercolesterolemia (50%); Diabetes (28%); Tabaco  $> 15$  cigarrillos/día (12%). 5% tenía antecedentes de enfermedad cerebrovascular; 13% de coronariopatía y 8% de EAP.  
**Mediciones e intervenciones.** Se clasificó la EAP según a) ITB:  $> 1,30$ : calcificación de las arterias; b) 0,91-1,30: Normal; c) 0,41-0,90: EAP leve/moderada; d) 0,00-0,40: Arteriopatía periférica grave.

**Resultados.** Un 23% presentó ITB  $<$  o igual a 0,9 (EAP leve/moderada), frente a un 77% con ITB  $>$  0,9 (sin EAP). No se identificaron pacientes

con EAP grave (ITB  $<$  0,4). La prevalencia de la EAP era más alta en  $> 65$  años ( $p < 0,05$ ). 31% de los ITB  $<$  0,9 fue derivado a cirugía vascular.  
**Conclusiones.** La prevalencia de la EAP es de un 23% en AP en mayores de 50 años y es más alta en mayores de 65 años ( $p < 0,05$ ). El ITB es una prueba sencilla al alcance de personal entrenado y es el marcador más potente de screening de EAP.

### LIBRES

#### ESTUDIO COMPARATIVO DE COSTE- EFECTIVIDAD ENTRE DOS SISTEMAS DE CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.

E.M. Fagundo Becerra, A. Ruiz-Poveda García Rojo, E. González Hidalgo, A.A. León Martín, A. Martínez López-Alcorocho y J.F. García Sánchez

Centro de Salud de la Solana (Ciudad Real). Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Ciudad Real. La Solana (Ciudad Real). Castilla-La Mancha.

Correo electrónico: enriqueyeva@hotmail.com

**Objetivos.** Comparar efectividad de la monitorización del tratamiento anticoagulante oral (TAO) en atención primaria (AP) mediante dos sistemas: análisis en sangre venosa y capilar (coagulómetro portátil). Efectividad = porcentaje de tiempo en rango terapéutico (PTRT). (INR 2-3  $\pm$  0,2). Comparar costes directos ambos sistemas desde AP.

**Tipo de estudio.** Retrospectivo comparativo coste-efectividad.

**Ámbito del estudio.** Zona Básica de Salud.

**Sujetos.** Todos los pacientes anticoagulados.

**Mediciones e intervenciones.** Estudiamos dos períodos: octubre 2002 a marzo 2003 (sangre venosa-Grupo A) y octubre 2003 a marzo 2004 (sangre capilar-Grupo B). Efectividad: edad, sexo, motivo anticoagulación, extracción (venosa/capilar), ajuste dosis, fecha siguiente control, complicaciones y porcentaje de tiempo en rango. Costes directos en AP ambos sistemas: Volante analítica, aguja, tubo coagulación, impresión resultados, transporte, tiras reactivas, lancetas y estimación tiempo médico y enfermera.

**Resultados.** Grupo A: 37 pacientes. Edad media 74,14 años. 70,3% mujeres. Fibrilación auricular 78,4%. Sin complicaciones 94,6%. Grupo B: 63 pacientes. Edad media 72,05 años. 71,4% mujeres. FA 81%. Sin complicaciones 96,8%. **Efectividad:** INR: Grupo A: 2,61 DS: 0,7657; Grupo B: 2,99 DS: 1,263. ( $p = 0,096$ ). Media controles paciente mes: Grupo A: 1,04 DS 0,1768; Grupo B: 1,25 DS 0,3446. ( $p = 0,001$ ). PTRT: Grupo A: 75,5%. Grupo B: 75,03% ( $p = 0,219$ ). Porcentaje controles en rango (PCRT): Grupo A: 71,4%. Grupo B: 62,6% ( $p = 0,045$ ). **Costes por paciente y mes:** Grupo A: 3,2406x1,04+251,57 (transporte); Grupo B: 4,2232x1,25.

**Conclusiones.** Ambas técnicas son igualmente efectivas. Diferencias significativas en número de controles por paciente y mes (20% más determinaciones con coagulómetro) atribuible a mayor necesidad de pruebas para similar nivel de control (PCRT) y probablemente mayor accesibilidad a la técnica. Los costes de ambos sistemas son paciente-dependientes, precisando el control con coagulómetro un elevado número de pacientes para ser menos costoso que el control en sangre venosa.

#### CUMPLIMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN MEDIO RURAL: RELACIÓN CON EL APOYO SOCIAL

F.J. Leal Helmling, A. Pérez Milena, M.I. Mesa Gallardo, I. Jiménez Pulido, J.L. Martínez Fernández y J.A. Milena Jiménez

Centro de Atención Primaria de Jimena. Jaén. Andalucía.

Correo electrónico: alejandropm@vodafone.es

**Objetivos.** Conocer la importancia de la mala adherencia al tratamiento crónico antihipertensivo en medio rural y su relación con la percepción de apoyo social del paciente.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo transversal mediante muestreo aleatorio sistemático.

**Ámbito del estudio.** Centros de AP de tres zonas rurales.

**Sujetos.** Pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico.

**Mediciones e intervenciones.** Recogemos edad, sexo, riesgo cardiovascular (SCORE), fármacos y duración de la HTA; se entrega el cuestionario de Morinsky-Green y el test DUKE-UNC.

**Resultados.** Estudiamos 60 pacientes. Edad media 70,1 años ( $\pm$  EEM 1,3); 69% ( $\pm$  EEP 6,1) mujeres. El test Morinsky-Green ofrece un 72% de in-

cumplidores (IC al 95% [61%; 83%]), sin diferencias de edad ni sexo. Los antihipertensivos empleados son: IECA 52% ( $\pm$  6,6), diuréticos 41% ( $\pm$  6,5),  $\beta$ -ARAII 24% ( $\pm$  5,6), beta-bloqueantes 24% ( $\pm$  5,6), calcio-antagonistas 14% ( $\pm$  4,5) y alfabloqueantes 7% ( $\pm$  3,3). Ni el tipo ni el número de fármacos influyen en el cumplimiento. El riesgo cardiovascular es similar entre cumplidores (SCORE leve/moderado 60%  $\pm$  6,4; alto/muy alto 40%  $\pm$  6,4) e incumplidores (SCORE leve/moderado 54%  $\pm$  5,1; alto/muy alto 46%  $\pm$  5,1). Los pacientes mal cumplidores tienen mayor porcentaje de bajo apoyo social (57%  $\pm$  7,6) frente a los cumplidores (6%  $\pm$  6,1;  $p < 0,01$ ,  $\chi^2$ ). Igual ocurre en la dos categorías del test: existe menor apoyo confidencial y afectivo en incumplidores (bajo apoyo: 57%  $\pm$  7,6 y 62%  $\pm$  7,5, respectivamente) frente a cumplidores (bajo apoyo: 13%  $\pm$  8,3 y 19%  $\pm$  9,8;  $p < 0,01$ ,  $\chi^2$ ). Existe asociación negativa entre la puntuación de los tests Morinsky-Green y DUKE-UNC ( $p < 0,05$ , Pearson).

**Conclusiones.** El incumplimiento farmacológico en pacientes hipertensos puede ser muy elevado en el medio rural, y está relacionado con la percepción de apoyo social (confidencial y afectivo). Potenciar las relaciones y habilidades sociales podría mejorar la adherencia al tratamiento.

### PACIENTES POLIMEDICADOS: ¿SABEN REALMENTE LO QUE TOMAN?

M. Masamunt París, M. Llano Izquierdo, A. Riera Reina, A. Aguilar Margalejo, L. Santiago Pérez y L. Rodríguez Blanco

ABS Florida Sud. Hospitalet de Llobregat. Cataluña.  
Correo electrónico: laurasan@scmfic.org

**Objetivos.** Describir características sociodemográficas, antecedentes patológicos, tipo de fármacos, efectos secundarios y conocimiento de utilidad y posología en pacientes polimedicados. Describir el uso de genéricos.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito del estudio.** Centro salud urbano.

**Sujetos.** Pacientes con cartilla de largo tratamiento (CLT) con  $\geq 4$  fármacos. **Mediciones e intervenciones.** Encuesta realizada por médicos donde se registra: edad, sexo, antecedentes patológicos, control medicación, tipo de fármacos, efectos secundarios, conocimiento de utilidad y posología, olvidos, dificultad para abrir envases, fármacos no CLT, conocimiento sobre genéricos.

**Resultados.** 118 encuestas. Edad media 69, 65% mujeres. 28% vive solo. Estudios 75% primarios. 89% controla su medicación. Antecedentes patológicos: HTA 68%, dislipemia 57%, cardiovascular 43%, traumatológicos 39%, diabetes 35%. Fármacos: antihipertensivos 65%, antiulcerosos 45%, hipolipemiantes 43%, diuréticos 43%, antiagregantes 36%, cardiológico 33%, 7,6% presenta efectos secundarios. 9,3% dificultades para abrir envases. 86% consume otros fármacos además de CLT (71 analgesia, 44 tratamientos tópicos). 30% reconoce dejarse alguna pastilla. 61% conoce utilidad de todos los fármacos y el 84% sabe cómo tomarlos; mayor desconocimiento en la utilidad de antiagregantes y cardiológicos. 55% considera excesivo su tratamiento y el 33%, adecuado. Media fármacos genéricos/paciente: 1,3. 39 pacientes (33%) saben qué es un genérico (16 por medios de comunicación, 11 por personal sanitario, 8 por farmacia). 23% no está de acuerdo en tomarlos. 47% le cambiaron alguna vez el envase en la farmacia. Al 24% le ha ocasionado problemas.

**Conclusiones.** Correcto conocimiento sobre utilidad y posología de fármacos pero con baja adherencia al tratamiento. Elevado consumo de fármacos no incluidos en CLT. Excesiva medicalización percibida por el paciente. Escaso conocimiento de fármacos genéricos.

### ¿POR QUÉ ME RAYÉ CON LA COCA?

A. Vilà Vilamú, E. Oliver Roset, V.R. Cabedo García y L. Baquero Toledo

Centro de Salud el Barranquet. Castellón de la Plana. Comunidad Valenciana.  
Correo electrónico: vcabedog@meditex.es

**Objetivos.** Describir experiencias, relaciones, rituales, actitudes y situaciones relacionadas con el consumo de cocaína, así como los motivos que llevan a solicitar ayuda terapéutica.

**Tipo de estudio.** Estudio cualitativo, conversacional, con entrevistas en profundidad.

**Ámbito del estudio.** Desde la atención primaria: pacientes en comunidades terapéuticas o en programas de deshabituación.

**Sujetos.** Muestreo estructural de 9 pacientes adultos, consumidores habituales de cocaína como única o principal sustancia, con años de experiencia en su utilización, que solicitaron ayuda para dejar de consumir y con expectativas de futuro.

**Mediciones e intervenciones.** 3-4 entrevistas por paciente de 60-90 minutos en sus escenarios terapéuticos, grabadas y transcritas por los investi-

gadores. Análisis cualitativo descriptivo y generación de hipótesis a partir de los textos, utilizando el programa ATLAS-ti.

**Resultados.** Diferentes tipos y rituales de consumo. Importancia y posterior búsqueda de la primera sensación. No se detectan determinantes sociofamiliares en el consumo. Asociación con diversión, politoxicomanía y sexo. Integración en grupos de iguales con la cocaína esnifada, aislamiento social, rechazo y estigmatización con la base. Situaciones límite: tocando fondo. Existen múltiples recursos terapéuticos ambulatorios o en comunidades que los consumidores valoran como escamante eficaces. Desconfianza en el sistema sanitario. Ilusión por recuperar lo perdido y expectativas.

**Conclusiones.** Desconocimiento del profesional sanitario de las formas de consumo y de los recursos terapéuticos. Inexistencia de tratamiento farmacológico eficaz. Problemas físicos/psicológicos asociados. ¿Es útil la existencia de centros especializados para el tratamiento de las dependencias? Drogas: ¿vicio, diversión, delito, enfermedad, forma de vida?

### ESTEATOSIS HEPÁTICA: ¿LA VALORAMOS ADECUADAMENTE DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA?

E. Romero Ibañez, I. Rivera Abello, M. Vernet Vernet, M.J. Sender Palacios, E. Salazar Igual y M. Boada Gallego

Cap Terrassa Nord (Consorcio Sanitario de Terrassa). Terrassa. Cataluña.  
Correo electrónico: 12646mvv@comb.es

**Objetivos.** Determinar la proporción de esteatosis hepática entre los pacientes a los que se realiza un estudio ecográfico hepático. Analizar su etiología y factores de riesgo (FR) asociados.

**Tipo de estudio.** Estudio retrospectivo descriptivo.

**Ámbito del estudio.** Centro de salud urbano. Cobertura: 35.000 habitantes.

**Sujetos.** Pacientes con criterios ecográficos de esteatosis hepática.

**Mediciones e intervenciones.** Revisión de las ecografías realizadas durante el año 2003. Selección de pacientes con diagnóstico de esteatosis. Revisión de historias clínicas: a) variables demográficas y clínicas: motivo de realización de la ecografía, diagnóstico previo de esteatosis, FR (diabetes mellitus (DM), dislipemia, obesidad), consumo de alcohol, hepatopatía previa; b) exploraciones complementarias (analítica, biopsia hepática).

**Resultados.** Ecografías revisadas: 642. Proporción de esteatosis: 30% (191 casos) (55% hombres; edad media 56  $\pm$  13 años; 42% diagnóstico previo conocido). Motivos de realización de la ecografía: 51% alteración analítica, 20% dolor abdominal y 16% control hepatopatía previa. FR: 61% IMC  $>$  30, 18% DM, 51% dislipemia. Consumo de alcohol  $>$  20 gr/día: 32%. Hepatopatía previa 21% (siendo la vírica la más frecuente). En los sujetos con esteatosis no vírica ni alcohólica (35,6%) se realizó estudio serológico al 70%, estudio metabólico al 13%, estudio inmunológico al 1,5%. En estos pacientes, la esteatosis fue más frecuente en mujeres ( $p = 0,002$ ), dislipémicos ( $p = 0,046$ ) y obesos ( $p = 0,001$ ). Biopsia hepática en 6 casos, todos con hepatitis C o hepatopatía alcohólica.

**Conclusiones.** Elevada proporción de esteatosis en los estudios ecográficos. Sólo la mitad de los casos son justificables por alcohol o infección vírica. Elevada proporción de pacientes con estudio etiológico incompleto. Confirmación de la asociación con FR previamente descritos.

### DEFICIENCIA DE VITAMINA B12 Y ÁCIDO FÓLICO EN $>$ 65 AÑOS

R. González Tejada, C. Martínez Cantero, S. Rodríguez Fernández, M.A. Delgado Nicolás, F.J. Amador Romero y S. Ayala Luna

Centro de Salud Los Ángeles. Madrid. Melilla.  
Correo electrónico: expedito.romero@terra.es

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de déficit de vitamina B12 y ácido fólico en mayores de 65 años. Evaluar clínica asociada y factores de riesgo.

**Tipo de estudio.** Estudio descriptivo transversal.

**Ámbito del estudio.** Atención Primaria.

**Sujetos.** 250 personas mayores de 65 años elegidas mediante muestreo aleatorio simple.

**Mediciones e intervenciones.** Variables sociodemográficas, hematología, bioquímica, niveles de vitamina B12 y ácido fólico, síntomas asociados y factores de riesgo.

**Resultados.** Edad media 75  $\pm$  7 años. 43% (IC95% = 37-49%) hombres. El 15% (IC95% = 11-20%) presentan déficit de vitamina B12; el 6% (IC95% = 3-9%) déficit de ácido fólico. En el grupo de mayores de 75 años la prevalencia de déficit de vitamina B12 aumenta al 20% (IC95% = 13-27%), y la de ácido fólico al 8,7% (IC95% = 3,5-14%). El 63% de los pacientes con déficit de B12 presentan clínica relacionada: neurológica (42%), hematológica (26%) o gastrointestinal (24%). El 82% de ellos presenta al menos un factor

de riesgo asociado, siendo el más frecuente la ingesta inadecuada (39%). El déficit de vitamina B12 presenta relación estadísticamente significativa con la edad ( $p < 0,01$ ) y la ingesta inadecuada ( $p < 0,01$ ). No encontramos relaciones significativas entre el déficit de ácido fólico y las variables estudiadas. **Conclusiones.** Las prevalencias halladas de déficit de vitamina B12 y ácido fólico son similares a las descritas en la literatura. La edad avanzada parece suponer un factor de riesgo para presentar déficit de B12, sobre todo en mayores de 75 años, por lo que debería valorarse el cribado en este grupo de edad. Estamos desarrollando otro estudio para comprobar la evolución clínica de los pacientes tras corregir los niveles de B12.

### **VIOLENCIA DOMÉSTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿QUÉ PASA CUANDO EL AMOR SE ACABA?**

*A. Ramos Ordóñez, N. Alberti Masalleras, V. Marina Ortega, L. Teran del Egido y N. Montellà Jordana*

Abs de Canet. Canet de Mar. Cataluña.  
Correo electrónico: 37074aro@comb.es

**Objetivos.** Determinar el porcentaje de médicos de familia (MF) de un centro de Atención Primaria (AP) que conozcan la actuación ante un caso de violencia doméstica (VD). Conocer las implicaciones del MF para garantizar una actuación de calidad a las víctimas de VD.

**Descripción.** 1) Encuestas autocumplimentadas a MF de un centro de salud para evaluar conocimiento y existencia de protocolos de actuación sobre VD. 2) Contactos y reuniones con entidades sociales y policiales de la zona para unificar criterios de actuación. 3) Sesión informativa posterior con los profesionales sanitarios para consensuar las actuaciones a desarrollar según nivel de prevención: primario, programas de educación poblacional y campañas de concienciación social. Identificación desde AP de perfiles de riesgo de maltratador/víctima. Secundario, detectar precozmente VD e implantación de cuestionarios de valoración del riesgo. Terciario, aplicación de protocolos multidisciplinarios para el tratamiento de agresor/víctima. Finalmente, difusión de cuestionarios sobre valoración del riesgo y edición de hojas informativas con normas de actuación para entregar a las víctimas. **Conclusiones.** La gran mayoría de los médicos encuestados no saben definir de forma clara las diferencias existentes entre VD/Violencia de género ni tampoco conocen la nueva ley 27/2003, del 31 de Julio. Se han objetivado actuaciones dispares entre los diversos MF dada la inexistencia de un protocolo vigente en la zona. Para garantizar una atención de calidad a las víctimas de VD el MF debe implicarse precozmente en la detección de casos de VD, valorar situaciones de riesgo, conocer las actuaciones existentes en su entorno y finalmente saber aconsejar a la mujer maltratada. Es vital e imprescindible conformar un plan integral y multidisciplinaria para abordar tal problema.

## Sesión 12

16.00-18.00 h - Sala 8+9 Palacio de  
Congresos y Exposiciones de Galicia

### POENCIA 2

De las voluntades anticipadas  
o testamentos vitales a la  
planificación anticipada

### **DIÁLOGOS PADES-EAP SOBRE EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS**

*O. Fariñas Balaguer, M. Tura Poma, J. Adell Bru, M.J. León Balagueró y C. Prieto Villanueva*

ABS St. Feliu de Llobregat 1 (El Plà). St. Feliu de Llobregat (Bcn). Cataluña.  
Correo electrónico: ofarinasb@scmfic.org

**Objetivos.** Estudiar actitudes y opiniones del personal sanitario de varios centros de salud ante el Documento de Voluntades Anticipadas (DVA)

**Tipo de estudio.** Observacional. Investigación cuanti-cualitativa

**Ámbito del estudio.** Atención Primaria. Ámbitos rural/urbano

**Sujetos.** Personal sanitario de 4 EAP (7 municipios)

**Mediciones e intervenciones.** Participantes, médico/a, enfermero/a, EAP-rural, EAP-urbano, demanda DVA, DVA entregado, asesoramiento DVA. Respuestas encuesta. El equipo PADES organizó sesiones monográficas sobre el DVA en centros de nuestra área. Se presentó el documento detallando las partes que lo conforman y las versiones vigentes del redactado. Se realizaron entrevistas grupales semiestructuradas con los profesionales sobre el DVA. Se distribuyó una encuesta entre los asistentes.

**Resultados.** Participantes: 47, ABS-urbano: 2, ABS-rural: 2. Ambos grupos comparables. El 78,7% de los encuestados conocían la existencia del DVA. Sin diferencias entre el ámbito rural/urbano, medicina/enfermería. El 72,3% conocían parcialmente el documento antes de la reunión. Sólo 8 profesionales (17%) había recibido alguna demanda de DVA por parte de usuarios. De éstos 5 facilitaron el documento y 6 asesoraron al paciente. El 78,7% considera el DVA útil para tomar decisiones en su práctica asistencial, sólo un encuestado lo consideró poco útil. 2/3 de los profesionales consideran que hay dificultades en la población para decidirse a hacer un DVA. Aunque el 70% considera que hay que divulgarlo entre los usuarios. 1/2 profesionales no se ha planteado realizar su propio DVA. **Conclusiones.** La actitud de los profesionales de primaria hacia el DVA es receptiva, considerándolo útil para su práctica asistencial; opinan mayoritariamente que hay que divulgarlo entre los usuarios. 2/3 consideran que hay dificultades por parte de la población para realizar el DVA.

### **¿CONOCEN NUESTROS PACIENTES EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS? ¿Y QUÉ OPINAN?**

*N. López Batet, B. Contreras Raris, S. Sitjar Martínez de Sas, D. Martí Grau, P. Arrabal García y A. Benavides Ruiz*

CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña.  
Correo electrónico: bibiana\_cr@yahoo.es

**Objetivos.** Evaluar el grado de conocimiento sobre el Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) y la opinión al respecto.

**Tipo de estudio.** Estudio observacional descriptivo mediante encuesta autocumplimentada.

**Ámbito del estudio.** Centro de salud urbano.

**Sujetos.** Todos los pacientes que acudían a visitarse (selección aleatoria de un día a la semana en 3 consultas diferentes durante un mes).

**Mediciones e intervenciones.** Se registraron datos generales (edad, sexo, nivel de estudios, nacionalidad y religión) y variables sobre el DVA: conocimiento, comprensión, cómo y cuándo se ha conocido, solicitud e interés.

**Resultados.** Se ofreció a 449 pacientes, participando un 91,32% ( $n = 410$ ). La edad media de los encuestados fue de 54 años (rango: 94-15), siendo el 63,2% mujeres. El 91,4% eran de nacionalidad española y el 77,4% manifestaban creer en alguna religión. El 49% de los encuestados conocían la existencia del DVA ( $n = 201$ ) y de éstos, un 82,6% lo entendían correctamente. La correcta comprensión se asoció estadísticamente a un mayor nivel de estudios ( $p < 0,001$ ) y a una menor edad ( $p = 0,028$ ). Un 73,9% lo conocían a través de los medios de comunicación y el 71,8% desde hacía más de un año, aunque sólo 6 entrevistados (3%) lo habían solicitado. De los pacientes que no lo conocían ( $n = 209$ ), el 73,1% se mostraba interesado en solicitarlo.

**Conclusiones.** Se estima que la mitad de los pacientes atendidos conocen el DVA, mayoritariamente a través de los medios de comunicación y la mayoría entienden correctamente su utilidad. Entre los que lo desconocían, destaca que tras recibir información al respecto, la mayoría se mostraron interesados en solicitarlo.

### **TESTAMENTO VITAL: ACTITUD, CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIA DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA**

*R. Pérez López, L. Ugarriza Hierro, C. Sales Navarro, C. Santos de Unamuno, A. Forn Rambla y A. Corrales Nadal*

Centro de Salud Camp Redó. Palma de Mallorca. Illes Balears.  
Correo electrónico: carmensantosuna@telefonica.net

**Objetivos.** Conocer la actitud, conocimiento y experiencia de los médicos de familia (MF) frente al testamento vital (TV).

**Tipo de estudio.** Descriptivo transversal.

**Ámbito del estudio.** Un área de salud (aproximadamente 800.000 habitantes).

*Sujetos.* Todos los MF de los centros de salud públicos (351).

*Mediciones e intervenciones.* Se diseñó expresamente un cuestionario que se remitió por correo interno a cada sujeto.

*Resultados.* Se recibieron 169 cuestionarios (48,15%). EL 97% considera que el TV puede facilitar la toma de decisiones. Pero, el 83,2% refiere no tener información suficiente para ayudar a sus pacientes a formalizarlo. El 82,5% no sabe cómo acceder a algún modelo de TV. Sólo el 11,8% ha leído la legislación vigente. El 89,8% está de acuerdo en que debe tratarse el tema cuando el paciente lo pida; el 72,1% en caso de enfermedad crónica y el 57,2% en la consulta rutinariamente. El 40,9% muestra su desacuerdo con que la iniciativa deba partir del MF. Se seleccionaron como principales dificultades para su implantación: las posibles contradicciones entre TV y legislación (84,9%); y, entre TV y opinión de los familiares (80%). El 40,3% teme molestar al paciente si introduce el tema del TV y el 38,5% sentirse incómodos ellos mismos. El 80,5% todavía no ha hablado con sus pacientes del TV.

*Conclusiones.* Los MF tienen una actitud muy favorable ante el TV pero insuficiente información práctica. Existen controversias sobre la estrategia de implantación del TV en Atención Primaria. La experiencia es todavía escasa, siendo frecuente la sensación de incomodidad frente al tema. La formación específica se revela necesaria.

## MESA 1

### Médico de urgencias: médico de familia, área de capacitación o una nueva especialidad

#### PERCEPCIÓN DE LAS GUARDIAS DE POLICLÍNICA POR LOS MÉDICOS RESIDENTES ¿ES NECESARIA LA ESPECIALIDAD DE URGENCIAS?

O. Fernández Martínez, B. García del Río García, C. Hidalgo Cabrera, C. López López, M. López Alcazar y M.A. Soriano Molina

Unidad Docente Mfyc Granada. Granada. Andalucía.  
Correo electrónico: lile@supercable.es

*Objetivos.* Analizar la repercusión de las guardias de policlínica sobre los residentes de dos hospitales docentes y la necesidad de la especialidad en urgencias

*Tipo de estudio.* Estudio descriptivo transversal

*Ambito del estudio.* Urgencias

*Población.* 96 residentes de primer y segundo año de un Hospital Regional (HR) y 13 residentes de un Hospital Comarcal (HC)

*Mediciones e intervenciones.* Se diseña un cuestionario anónimo autoadministrado con variables personales, número de guardias, horas de sueño, cambios en estado de ánimo por falta de sueño, trastornos físicos derivados de estas, percepción de la docencia recibida, necesidad de la especialidad de urgencias

*Resultados.* Tasa respuesta 80,2%. Los residentes de HC y HR duermen 3,61 y 2,33 respectivamente ( $p < 0,001$ ). Empeora el estado de ánimo en 70,3% y 61,5% de los residentes de HR y HC (NS), y en 75,9% de médicas y 29% de médicos ( $p < 0,01$ ). En el HR el 53,1% refiere algún trastorno físico por las guardias y en el HC el 0% ( $p < 0,036$ ); y por sexos, 53,3% mujeres y 29% hombres ( $p < 0,009$ ). Los trastornos más prevalentes son Ansiedad 24%, Insomnio 19,5%, Cefalea 15,6%. En cuanto a la docencia perciba, el 84,6% de los residentes del HC la evalúan positivamente, frente al 51,6% del HR ( $p < 0,028$ ). Por especialidades, los residentes de mfyc las consideran más positivas respecto al resto de especialidades (76,5% y 41,9%  $p < 0,002$ ). El 85,6% creen necesaria la creación de la especialidad de urgencias

*Conclusiones.* Las guardias repercuten negativamente en el estado de ánimo de los médicos residentes, además ocasionan trastornos físicos durante las mismas. Estas diferencias son mayores en el HR y en el sexo femenino. Las guardias son percibidas de forma más docente por los residentes del HC y por los residentes de familia. Los residentes están a favor de la especialidad en urgencias

#### MÉDICOS DE FAMILIA Y MEDICINA DE URGENCIAS: ANÁLISIS DE LO PUBLICADO -POR UNOS, SOBRE LO OTRO- EN REVISTAS DE MEDICINA GENERAL

V. Urbano Fernández, R. Chaves Chaves, M. Pérez Galisteo, A. Pareja-Obregón Prieto, C. González Otero y A. Caballero Oliver

Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Andalucía.

Correo electrónico: vic\_urbano@yahoo.es

*Objetivos.* Cuantificar la producción científica en Medicina de Urgencias (MU) publicada en revistas de medicina general y conocer la implicación de los médicos de familia y la atención primaria en este campo.

*Tipo de estudio.* Descriptivo (estudio bibliométrico).

*Ambito del estudio.* Revistas biomédicas nacionales.

*Sujetos.* Artículos publicados en revistas científicas

Mediciones e intervenciones. Búsqueda manual de los artículos sobre MU publicados en: Atención Primaria, Medicina Clínica, Anales de Medicina Interna y Revista Clínica Española, desde Enero/2000 hasta Diciembre/2004. Se recogieron: 1. Tipo de trabajo: de investigación (experimentales y observacionales) y no de investigación (casos clínicos, revisiones, cartas). 2. Instituciones de procedencia: atención primaria (AP), dispositivos de urgencias de AP, servicios de urgencias hospitalarios (SUH), otros servicios hospitalarios, otras instituciones y mixtos. 3. Lugares de procedencia: provincia y comunidad autónoma. 4. Número de autores y especialidad. 5. Área temática

*Resultados.* Se encontraron 626 artículos sobre MU, predominando las urgencias infecciosas, las cardiovasculares y los efectos secundarios farmacológicos. Medicina Clínica fue la que más artículos publicó (216). Procedían de: AP: 80 (12,8%); SUH: 69 (11%); otros servicios hospitalarios: 411 (65,7%) y otras instituciones: 35 (5,6%). Destacan las provincias de Barcelona (18,8%) y Madrid (14,9%) y las comunidades Cataluña (22%), Madrid (14,9%) y Andalucía (13,7%). El número medio de autores fue 4,20 y las especialidades más reseñadas Medicina Interna (39,7%) y Medicina de Familia (13,9%). Fueron trabajos de investigación 13,2% y no de investigación 86,8% (casos clínicos 55,3%).

*Conclusiones.* La actividad investigadora en MU en nuestro país es abundante, con focos principales en Cataluña y Madrid. Los médicos internistas y los de familia son los especialistas que más publican sobre MU

## LIBRES

#### Y TÚ... ¿CONOCES LA TABLA DE RIESGO CARDIOVASCULAR IDEAL?

S. Hernández Anadón, C. Llor Vilà, S. Crispí Cifuentes, O. Calviño Domnguez, A. Peris Grao y R. Morera Castell

Cap Jaume I (EAP Tarragona-3). Tarragona. Cataluña.  
Correo electrónico: silviaha@comt.es

*Objetivos.* Determinar correlación entre parámetros obtenidos con eco-Doppler carotídeo y el riesgo cardiovascular (RCV) y validar 5 métodos de cálculo de RCV (Framingham, Dundee, Sheffer, Regicor, SCORE), utilizando como patrón oro el grado de aterosclerosis carotídea

*Tipo de estudio.* Estudio de validación

*Ambito del estudio.* Atención primaria

*Sujetos.* 272 pacientes escogidos de un cupo por muestreo aleatorio y estratificado por RCV

*Mediciones e intervenciones.* Variables: edad, sexo, hipertensión, tabaquismo, diabetes, dislipemia, electrocardiograma y RCV utilizando las cinco tablas mencionadas. Se midió mediante eco-Doppler el espesor íntima-media de ambas arterias carótidas (EIMC). Consideramos aterosclerosis cuando media de EIMC  $> 0,86$  mm. Realizamos estadística descriptiva, inferencial y parámetros de validación (d.s  $p < 0,05$ )

*Resultados.*  $N = 245$ ; edad  $62,3 \pm 13,6$  años (54% mujeres). El EIMC fue mayor en pacientes de mayor RCV, longevos, hipercolesterolémicos y diabéticos. Observamos asociación entre número de factores de RCV y aterosclerosis. Estudio validación: Probabilidad más alta de obtener un resultado de RCV alto entre los sujetos con un EIMC patológico fue con la tabla de Framingham (sensibilidad 65,2% y especificidad 74%), seguido de la tabla Regicor estableciendo nivel de riesgo superior al 10% y la

tabla SCORE (nivel: 5%). La máxima correlación del EIMC fue con la tabla de Framingham ( $r: 0,506$ ).

**Conclusiones.** No existe la tabla ideal. Según nuestros resultados la tabla de Framingham es la que se correlaciona más con el EIMC en nuestro país y la tabla de RCV que clasifica mejor a pacientes con mayor riesgo. Sorprende la pobre validación de la tabla SCORE, recomendada actualmente por semFYC

### ¿INFLUYEN LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS MÉDICOS DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR?

M. García Vidal, P. Llobet Azpitarte, J. Bladé Creixent, J.L. Piñol Moreso, J. Basora Gallisà y G.E. Dcecv

ABS Reus 1. Reus. Cataluña.

Correo electrónico: mgarcia.tarte.ics@gencat.net

**Objetivos.** Conocer si ciertas características de los médicos (género, tipo de contrato) se relacionan con mayor cribaje, control de factores de riesgo cardiovascular y con el estándar de calidad farmacológico (ECF) global y cardiovascular.

**Tipo de estudio.** Estudio observacional multicéntrico

**Ámbito del estudio.** Ámbito atención primaria. Institut Català de la Salut.

**Sujetos.** 221 médicos de 30 equipos atención primaria. Se realizó un muestreo aleatorio: 3.000 pacientes entre 35-74 años.

**Mediciones e intervenciones.** Características de los médicos: edad, sexo, contrato (interino/fijo). Porcentaje cribaje HTA, diabetes, dislipemia, tabaquismo. Control cifras tensionales en hipertensos (140/90 mmHg), control HbA1c en diabéticos (cifras < 6,5%), control colesterol en dislipémicos (cifras < 200 mg/dl), realización de consejo antitabáquico en fumadores. Puntuación estándar de calidad farmacológico global (0 a 130 puntos) y cardiovascular. Análisis estadístico: pruebas de Chi2 y t de Student.

**Resultados.** El cribaje según el género del profesional (hombre/mujer) ha sido: HTA (68,7/80%) ( $P < 0,05$ ); diabetes (71/66,7%); dislipemia (68,7/66,7%); tabaco (57,9/58%). Control factores de riesgo según género profesional (hombre/mujer): HTA (64,8/56,3%); diabetes (44,2/36,5%), dislipemia (56,9/58,9%); consejo antitabáquico (30/18,5%). El ECF global según género (hombre/mujer): (38,5/49,1%) ( $P < 0,05$ ) y el ECF cardiovascular (EQCV) (8,8/11,7%). La relación de tipo de contrato del profesional (interino/fijo) y el ECF ha sido: EQG (54,8/45,1%) ( $P < 0,05$ ) y EQCV (14,2/11,33%).

**Conclusiones.** No existen diferencias entre género del médico y cribaje de diabetes, dislipemia y tabaquismo. La HTA es más cribada por los profesionales femeninos. Existen diferencias significativas a favor de los profesionales femeninos en relación a las puntuaciones del ECF global y cardiovascular. Las mujeres hacen mayor cribaje de HTA y tabaquismo. Los profesionales interinos tienen mejor estándar de calidad farmacológico.

### INSUFICIENCIA CARDÍACA EN NUESTRA ABS

R. Bellmunt Silvestre, A.M. Rodríguez Ferré, A. Ribas Casals, B. Barragán Camín, A. Puente Sanmartín y J. Espinàs Boquet

ABS Sta. Eugènia de Berga. Vic (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: annarodriferre@hotmail.com

La insuficiencia cardíaca (IC) constituye una enfermedad crónica y progresiva. Su prevalencia va en aumento. En la población > 65 años representa la 1ª causa de ingreso hospitalario. La edad media está entre 75 y 77 años. Para su diagnóstico, actualmente es imprescindible el Ecocardiograma, y el tratamiento con IECA mejora la morbimortalidad.

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de IC en nuestra Área Básica de Salud (ABS), el porcentaje de ecocardiograma realizado, y la prescripción de IECA.

**Tipo de estudio.** Estudio transversal.

**Ámbito del estudio.** Población > 14 años de nuestra ABS.

**Sujetos.** Pacientes > 14 años (13.281 individuos), con diagnóstico de IC.

**Mediciones e intervenciones.** Fuente de datos a partir del e-CAP y HCAP. Variables recogidas: edad, sexo, ecocardiograma (fracción de eyección FE), etiología de la IC y prescripción de IECA/ARA II, excluyendo contraindicaciones.

**Resultados.** Prevalencia de IC en la población estudiada: 0,83% (111 individuos), edad media 78,6 años (DE  $\pm$ : 10). 57,6% son mujeres. El 70,2% disponen de ecocardiograma. La etiología más frecuente es arritmia car-

díaca (27,8%), seguida de valvulopatías (excepto estenosis aórtica). La FE es < 50% en 16,8% del total de pacientes con ecocardiograma. Un 46,8% toman IECAs.

**Conclusiones.** La realización de ecocardiograma en pacientes con IC en nuestra ABS es satisfactoria, y normal en casi la mitad. La prescripción de IECA en estos pacientes (excluidas las contraindicaciones) es insuficiente. Las arritmias cardíacas son la causa más frecuente de IC. Los resultados obtenidos son comparables a la bibliografía, exceptuando la edad media y la realización de ecocardiograma que ha sido superior.

### ¿TRATAMOS A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES ACTUALES?

S. Fuentes Rodríguez, J.M. Baena Díaz, A. Ellacuría Torres, Y. Sierra Aguilar, M. de la Poza Abad y M. García Laro

Centro de Salud Dr. Carles Ribas-La Marina. SAP Esquerra de L'eixample.

Barcelona. Cataluña.

Correo electrónico: sfuentes@telefonica.net

**Objetivos.** Valorar el grado de adaptación terapéutica a las recomendaciones europeas en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC).

**Tipo de estudio.** Descriptivo transversal.

**Ámbito del estudio.** Centro de Salud urbano

**Sujetos.** Pacientes diagnosticados de IC.

**Mediciones e intervenciones.** Se estudiaron las variables edad, sexo, clase funcional (CF), tratamiento farmacológico y adecuación de dicho tratamiento en función de la CF: CF I: IECAS/ARAI; CF II: IECAS/ARA II, betabloqueantes  $\pm$  diuréticos; CF III: IECAS/ARA II, betabloqueantes, espirolactona  $\pm$  diuréticos  $\pm$  digoxina; CF IV: IECAS/ARA II  $\pm$  betabloqueantes, espirolactona, diuréticos, digoxina  $\pm$  inotropos.

**Resultados.** Estudiamos 157 pacientes. Edad media 75,9 años (DE 9,4), con un 56% de mujeres. Tenían CF I el 29%, CF II el 48%, CF III el 21% y CF IV el 2%. Recibían un tratamiento adecuado el 70% de los pacientes con CF I, 37% de CF II, 21% de CF III y 67% de CF IV. No hallamos asociación entre tratamiento inadecuado y factores de comorbilidad (insuficiencia renal, bloqueo en la conducción, EPOC o hiperreactividad bronquial, vasculopatía periférica y diabetes) o edad avanzada. Fue significativa la asociación entre el tratamiento adecuado y el control por cardiólogo (OR 1,25, IC 95% 1,01-1,55,  $p = 0,04$ ).

**Conclusiones.** Un importante porcentaje de tratamientos no están adaptados a las recomendaciones. No encontramos asociación entre inadecuación del tratamiento a ninguno de los factores de comorbilidad o edad. El control por un cardiólogo se asocia a mejor adecuación del tratamiento. Es necesario un esfuerzo para ajustar el tratamiento de la IC a las recomendaciones en los pacientes controlados en Atención Primaria.

### VALOR DIAGNÓSTICO DE SÍNTOMAS DE CÁNCER

M. Peris Tuser, M. García Martínez, M. Casamitjana Abellà, A. Arcusa Lanza, A. Reyes Camps y M. Marzo Castillejo

Instituto Catalán de Oncología, Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria, Consorcio Sanitario de Terrassa, Instituto Catalán de la Salud. Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Cataluña.

Correo electrónico: mgarciam@iconcologia.net

**Objetivos.** Caracterizar el conjunto de síntomas y signos que determinan la sospecha de cáncer y analizar sus valores predictivos para el diagnóstico de cáncer de las localizaciones tumorales más prevalentes.

**Tipo de estudio.** Se realizó un estudio de seguimiento prospectivo de los casos de sospecha de cáncer de pulmón, colorrectal, próstata y mama.

**Ámbito del estudio.** 9 Centros de Atención Primaria

**Sujetos.** Se recogió información de 341 pacientes con sospecha de cáncer de 4 localizaciones tumorales durante el

**Mediciones e intervenciones.** Se analizó la frecuencia de aparición de cada síntoma y signo para cada tipo de cáncer y según características sociodemográficas.

**Resultados.** Se confirmó el diagnóstico de cáncer en el 22,9% de los casos ( $n = 78$ ). El nódulo mamario fue el signo más frecuente en el caso de cáncer de mama y presentó una asociación estadísticamente significativa con el ulterior diagnóstico de cáncer (RR = 1,37; IC95%: 1,15-1,62). En relación al cáncer de pulmón, no se encontró ninguna asociación estadística con ninguno de los síntomas estudiados. En el 86,1% de los casos de sospecha de cáncer de próstata, el síntoma reportado fue el síndrome prostático. Final-

mente, en el caso de sospecha de cáncer colorrectal, el signo más frecuente fue el cambio de hábito deposicional que aparecía en el 67,6% de los casos. **Conclusiones.** Sería necesario profundizar en la elaboración de un protocolo, consensuado entre los equipos de atención primaria y los especialistas, que facilite la identificación de signos y síntomas de sospecha de cáncer y la subsiguiente derivación de los pacientes para su confirmación diagnóstica.

Financiación: AATRM (077/25/02)

## Sesión Aula Docente

9.30-13.30 h - Sala Platerías  
Hotel Tryp San Lázaro

### FORMACIÓN "BLENDED LEARNING" EN ATENCIÓN PRIMARIA: EN LA MEZCLA ESTÁ LA VIRTUD

M.A. Velasco Marcos, P.A. Vicente García, R. González Padín, A.I. Funcia Barrueco, M. Bernad Vallés y J.A. Juanes Méndez

Centro de Salud Miguel Armijo. CS. Garrido Sur. Facultad de Medicina. Salamanca. Salamanca. Castilla y León.  
Correo electrónico: mauxi.velasco@comsalamanca.es

**Objetivos.** Proponemos un sistema de enseñanza basado en mezclar o complementar la docencia presencial, con la formación a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) a distancia. Una docencia de calidad se consigue utilizando las tecnologías complementarias (viejas y nuevas), concentrándolas en las necesidades docentes a quien vaya dirigida la formación. Por eso creemos que la docencia mixta (blended learning) perdurará durante muchos años.

**Descripción.** Presentaremos los recursos tecnológicos que empleamos en nuestros sistemas docentes, tanto para la enseñanza presencial como a distancia. Describiremos los dispositivos informáticos utilizados y las posibilidades que ofrecen cada uno de ellos en la formación continuada en Atención Primaria (AP). Detallaremos el papel que juegan las pizarras inteligentes y los periféricos asociados a ellas en las aulas; así como las plataformas que manejamos para una docencia a distancia (e-learning). La formación con el apoyo de métodos tecnológicos, como el video streaming, favorece el proceso de aprendizaje. Es indudable la capacidad de atracción y fascinación que juegan estos procedimientos, sobre todo entre los sectores más jóvenes de la población. Es evidente que la incorporación de las TIC en la formación médica traerán como consecuencia la creación de nuevos escenarios y relaciones entre docente y discente, surgiendo las denominadas "aulas inteligentes", integradas por múltiples posibilidades de acceder a fuentes de información.

**Conclusiones.** Pensamos que "on-line" y "face to face" deberán ir de la mano, empleando cada procedimiento en la medida adecuada, para asegurar una formación de calidad en AP.

### TUTORIZACIÓN VIRTUAL. AGORA, UNA HERRAMIENTA MÁS EN LA FORMACIÓN

J. Jove, Y. Ortega, T. Basora, J.M. de Magriña, J. Canalejo y C. Fuentes

ABS Reus 4. Reus. Cataluña.

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

La Tutorización Activa Continua (TAC) es la herramienta más válida para el seguimiento del médico residente. Las Tecnologías de la Información y la Comunicación proporcionan herramientas que facilitan la TAC. **Concepto.** Entorno Virtual de Aprendizaje (EVA): Espacio de comunicación on line, adaptado a las necesidades individuales de una comunidad virtual que comparten el aprendizaje y progreso competencial. **Aprendizaje:** Adquisición y mejora de conocimientos, procedimientos, actitudes, valores y normas que forman las competencias del Médico de Familia. En el EVA, el residente mejora y aprende a aprender; el tutor aprende a enseñar y a la vez mejora sus propias competencias

**Objetivos.** Mejorar el progreso competencial y el aprendizaje significativo de los residentes Facilitar la TAC y su cumplimiento. Mejorar la satisfacción de tutores-residentes. Evaluar la eficiencia del EVA como facilitador. Proporcionar instrumento de construcción del aprendizaje

**Metodología.** EVA: metodología de enseñanza-web, fundamentada en la autogestión de los contenidos por los propios usuarios. Apartados/menús: Página de inicio.-Abierta. Noticias Unidad Docente. Conceptos de interés. Comunidad.-direcciones de los miembros. Comunicación correo/chat. Forum.- Mensajes de texto, visibles para todos, totalmente autogestionados, Novedades de Formación-Grupos de Trabajo.- Más formal (direcciones de interés formativo, protocolos, guías, discusión de artículos), gestionado por tutores. Discusión de casos clínicos.- Propuestos por los miembros pero gestionados y orientados por residentes-tutores, fundamentados en la evidencia. Los tutores harán resumen formativo.

**Evaluación.** Grado de participación y de satisfacción de tutores y residentes. Progreso en el aprendizaje mediante ítems referentes a los objetivos

### ¡BIENVENIDOS! ACOGIDA DE NUEVOS RESIDENTES

M. Mestres Segarra, M.B. Benito Badorrey, N. Arcalis Guaus, J. Llussa Arboix, T. Santos Santos y J.J. Caballería Palau

Gorg y Sant Roc. Badalona. Cataluña.

Correo electrónico: 30971bbb@comb.es

**Objetivos.** Acogida de los residentes R1 del nuevo programa y a los próximos R3 que se reincorporan a la atención primaria, presentándoles por medios audiovisuales al personal, el centro, los recursos y las necesidades de salud prioritarias del barrio.

**Descripción.** En nuestro centro trabajamos 85 personas, divididas en 2 áreas básicas de salud, y unidas por un proyecto docente común. Cada año vemos la necesidad de integrar al equipo a los nuevos y antiguos residentes: los que empiezan y los que vienen del hospital. Con este fin, se muestra en sesión de 2 horas, presentada y elaborada por las R3 que acaban, un reportaje fotográfico y de video, que recoge a todos los miembros del equipo y sus opiniones sobre el centro y sobre las necesidades de actuación en la comunidad. También enseñan las principales zonas y recursos del barrio, los datos sociodemográficos más relevantes y las necesidades de salud de la población. Al final, se entrega el nuevo manual de acogida para que sirva de guía útil de trabajo. A la sesión acude el 65% del personal: 10 tutores, 4 médicos de familia, 10 residentes, 6 pediatras, 14 enfermeros, 8 administrativos, 2 trabajadoras sociales, odontóloga y 1 persona de seguridad.

**Conclusiones.** Esta experiencia ha sido útil para que los residentes se sientan integrados y vinculados al equipo desde el inicio de su residencia, se acerquen al barrio y conozcan sus necesidades de salud.

### EL NUEVO PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD: UNA PROPUESTA PARA TRABAJAR LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD

M. Álvarez Villalba, C. Paino Arteaga e I. del Cura González

CS Mendiguchía Garriche. Leganes. Madrid.

Correo electrónico: traselcharco@hotmail.com

**Objetivos.** Comunicar una experiencia docente durante la rotación del R2, en la que se revisan los niveles de responsabilidad detallados en el nuevo programa de la especialidad para las áreas de competencia de atención al individuo y a la Familia; con una metodología participativa. (En el R1 se había realizado una experiencia similar trabajando los niveles de prioridad). **Secundarios:** 1. Aprender a diferenciar los distintos niveles de responsabilidad que el residente debe adquirir para abordar los motivos de consulta. 2. Descubrir la utilidad del programa para planificar el aprendizaje de cada área.

**Descripción.** Registro de los motivos de consulta de los pacientes atendidos durante 10 días de rotación en el centro de Salud. Se registraron los distintos motivos de consulta y se localizaron cada uno en el área correspondiente del programa, comprobándose el nivel de responsabilidad que se le asignaba. Discusión con el tutor acerca de la pertinencia y justificación de dichos niveles en cada caso.

**Resultados:** Se han recogido un total de 206 motivos de consulta diferentes, el 82% están clasificados como nivel de responsabilidad primario, el 13,5% nivel de responsabilidad secundario, y el 4,5% nivel de responsabilidad terciario.

**Conclusiones.** La mayoría de patologías atendidas en consulta se corresponden con un nivel de responsabilidad primario. La búsqueda de las patologías y su grado de responsabilidad representa una forma activa de acercarse al programa, siendo de utilidad para orientar la justificación y pertinencia de las derivaciones a otro nivel de atención.

## Sesión Mejores Comunicaciones de Experiencias

9.30-11.30 h - Sala Obradoiro II  
Hotel Puerta del Camino

### ASISTENCIA MÉDICA EN EL TSUNAMI. LA MEDICINA DE FAMILIA COMO COOPERACIÓN HUMANITARIA

J. Arcos Campillo, J.M. Muñoz Martínez y R.M. Carrillo Rodrigo

CS Palacio de Segovia. Área 7 Madrid. Madrid. Madrid.  
Correo electrónico: arcosjavier@hotmail.com

**Objetivos.** Asistencia médica integral en hospital de campaña de Médicos del Mundo a una población estimada de 4000 personas en la localidad de Calang, costa noroeste de Sumatra, Indonesia, por la emergencia médica derivada del Tsunami generado por el terremoto 9.0 del día 26-12-04 juntos a las costas de Indonesia. Equipo compuesto por dos médicos de familia, una matrona y una enfermera.

**Descripción.** Actividad asistencial diaria en hospital de campaña, consulta médica, especialmente infecciosa endémica de la zona. Asistencia a partos y atención al neonato. Revisiones periódicas a domicilio en poblaciones incomunicadas por el daño en las infraestructuras a embarazadas y neonatos. Revisión de crónicos no controlados posttunami. Manejo integral de pacientes ingresados (hospital de campaña con 8 camas, único con encamados en más de 100 km norte-sur en la costa de Sumatra) Cirugía menor por traumatismos y heridas locales. Asistencia a urgencias médicas de manera ininterrumpida, incluyendo evacuaciones en helicóptero a hospital de campaña de Cruz Roja Internacional en Banda Aceh. Consejo médico y puesta en marcha con médico local de planes de anticoncepción en la mujer. Actividades de salud pública y aislamiento de patologías infecto-contagiosas. Puesta en marcha de laboratorio de 2º nivel para diagnóstico de TBC, Malaria, filaria. Revisiones escolares para detectar problemas básicos de salud.

**Conclusiones.** La medicina de familia como especialidad óptima para el desarrollo de la medicina de emergencia en catástrofes humanitarias en base a su versatilidad y amplia capacidad de actuación (materno-infantil, individual y comunitaria)  
(Coloquio posterior con los dos médicos de familia desplazados y con médico de familia desplazada a Sri Lanka)

### GRUPO DE SOPORTE EMOCIONAL A FAMILIARES CUIDADORES DE PERSONAS CON DEPENDENCIA

M. Devant Altimir, L. Serrat Asensio, B. de Andres Beuter, M. López Poyato, B. de Pedro Elvira y A. Benavides Ruíz

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

**Objetivos.** Son pocas las experiencias desde el campo de la atención primaria donde se haga un abordaje del estrés emocional del cuidador, y en muchas ocasiones esta carga genera patología importante. Por este motivo se planteó un taller de soporte emocional a familiares cuidadores, para facilitar un espacio de conocimiento y de intercambio de experiencias, y clarificar dudas sobre los cuidados.

**Descripción.** Se realizó una captación activa de familiares cuidadores por médicos, enfermeras y la trabajadora social, entre los pacientes incluidos en el programa de Atención Domiciliaria del centro. Se organizaron 4 sesiones (1 semanal), con una duración de 2 horas/semanales y realizadas en un aula del centro de salud. Las guías del grupo fueron 3 enfermeras comunitarias y la trabajadora social, y los temas tratados fueron: dependencia y proceso de envejecimiento, perfil y tareas del cuidador, técnicas de relajación, y cómo cuidarse mejor. En total participaron 8 familiares cuidadores en todas las sesiones y durante la última sesión se facilitó un cuestionario de evaluación.

**Conclusiones.** Tras las sesiones, los cuidadores refieren ser más conscientes de la importancia de tener cuidado de ellos mismos, y han aprendido técnicas útiles para su propio bienestar. Les ha permitido relacionarse y compartir la experiencia que supone el cuidado de un familiar con dependencia, y han roto la barrera de expresar sus emociones y sus sentimientos confrontados ante la tensión del cuidado. Y destaca que han sido los propios participantes quienes han planteado la continuidad del grupo de forma mensual en el centro.

### LAS VIDEOGRABACIONES DE LAS SESIONES PARA REALIZAR FEED-BACK CON EL RESIDENTE

A. Vallejo Lorenzo, H. Moreno Martos y J. Pimentel Asensio

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Almería. Almería. Andalucía.  
Correo electrónico: partalao@eresmas.net

**Objetivos.** Identificar puntos de mejora en las habilidades básicas de exposición en las sesiones de los residentes, mediante el análisis de las videograbaciones.

**Descripción.** Se realiza con R1 y R2 que presentan una sesión semanal en la Unidad Docente.

- Información previa a los residentes de la videograbación.
- Grabación íntegra de la sesión.
- Reproducción parcial de la misma, ante los que la realizan y los responsables de la UD.

- Al residente se le pregunta:

¿Cómo te ves?

¿Qué crees que hiciste bien?

¿Qué crees que necesita mejora?

¿Cómo lo plantearíais la próxima vez, o que alternativas puedes usar?

- Todo lo que detecta el residente como aspectos positivos y negativos se anota y se comenta con los responsables de la UD.

- Los comentarios se les entrega antes de la realización de la siguiente sesión como referente.

**Conclusiones.** Se abre un espacio formal de comunicación entre residentes y responsables de UD. El residente realiza su propio feed-back sobre la grabación e identifica sus puntos de mejora. El residente ve su progresión en la siguiente sesión. La experiencia es bien acogida y se ha incorporado de una forma natural a nuestra actividad.

### UN NUEVO MÉTODO PARA LA EVALUACIÓN DE EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: EXPERIENCIA DE CUATRO AÑOS (2001-2004) EN UN ÁREA DE SALUD

J. Rodríguez Alcalá, N. Valles Fernández, M. Esteban Tudela, J. Carrasco Rodríguez, F. López de Castro y J.J. Martínez Villegas

Gerencia de Atención Primaria de Toledo. Toledo. Castilla-La Mancha.  
Correo electrónico: jrodriguez@sescam.org

**Objetivos.** Diseñar y poner en marcha un nuevo método de evaluación de Equipos de Atención Primaria (EAP) en nuestro Área de Salud, mediante la obtención de un indicador que sintetice tres aspectos fundamentales: volumen de actividad, calidad y coste.

**Descripción.** Aspectos diferenciadores: 1) Utiliza un índice sintético de eficiencia. 2) Además de Cartera de Servicios, valora actividad a demanda, formación, docencia e investigación. 3) Da mayor peso a la calidad. 4) Utiliza indicadores de calidad desconocidos previamente. 5) Aplicación a nivel de EAP e individual.

Fórmula del citado índice sintético:

$EFICIENCIA = (PRODUCCIÓN / RECURSOS \times CALIDAD) / GASTO$

La PRODUCCIÓN incluyó: actividad en cartera de servicios, en consultas y domiciliaria, formación, docencia e investigación. Cada variable se puntuó según tiempos de realización (fijados con antelación) y posterior ponderación.

Como RECURSOS se consideraron el número de profesionales del equipo.

La CALIDAD se obtuvo de la evaluación de criterios desconocidos previamente e diferentes cada año, intentando que fueran criterios de resultado.

Para medir el GASTO utilizamos el gasto medio por habitante ajustado por porcentaje de pensionistas.

**Conclusiones.** En nuestra opinión, la aplicación de este método, aún con sus limitaciones, consigue una mayor objetividad en la evaluación de los profesionales de AP, considerando la mayor parte de las actividades que estos realizan en su jornada laboral y dando mayor protagonismo a la calidad de la asistencia, sin olvidar el coste. En general, pensamos que este sistema es mejor aceptado por los profesionales que el que se venía realizando, aunque estamos pendientes de contrastar esta opinión a través de una encuesta a los profesionales.

### EXPERIENCIAS INNOVADORAS PARA INCENTIVAR Y MEJORAR LA INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

R. Magallón Botaya, A. Monreal Hijar, P. Vela Condón, J. Magdalena Belío, B. Oliván Blázquez y A.B. Velázquez Triana

Grupo Aragonés de Investigación en Atención Primaria de la Rediapp. Zaragoza. Aragón.

Correo electrónico: bolivan.iacs@aragon.es

**Objetivos.** Comunicar una experiencia de inicio y desarrollo de un grupo de investigación emergente en atención primaria (AP).

**Método.** Realización de dos Grupos Nominales (GN) con representación de médicos asistenciales, becarios, técnicos, gerentes,... Análisis previo de situación de partida de la investigación en AP. Análisis de las posibles estrategias de incentiación. Descripción del proceso desarrollado: logros conseguidos, carencias.

**Resultados y conclusiones.** Participaron 13 profesionales en los GN: 1. *Análisis de partida:* a) La investigación lleva la línea de deterioro y desmotivación de la AP de los últimos años; b) Existen iniciativas de investigación, loables y voluntaristas, pero existe muy poco impacto; c) La investigación no cuenta en baremos ni en carrera profesional; d) El grupo lleva funcionando tres años por iniciativa de creación de redes temáticas, e) La investigación no cuenta en la gestión, no hay productividad, ni otra medida para fomentar la investigación, f) El peso de la investigación realizada en AP es escaso en relación con lo esperado, en este nivel asistencial trabajan un tercio de los profesionales sanitarios. 2. *Estrategias de mejora:* a) Gestión: reconocimiento y apoyo institucional, con iniciativas de fomento a la investigación; b) Profesional: salvar el obstáculo del "nosotros no podemos"; c) Grupo: implicarse en las estructuras existentes: unidades docentes, universidades, fundaciones, institutos.

Principales logros conseguidos: a) Liberación asistencial para dedicación a investigación; b) Apoyo metodológico y logístico específico; c) 12 proyectos financiados desde el inicio de actividad del grupo; d) Reconocimiento institucional por Consejería de Ciencia.

### EL MÉDICO DE FAMILIA ANTE LAS ENFERMEDADES RARAS: UN NUEVO DESAFÍO PARA LA COORDINACIÓN ASISTENCIAL

M. García Ribes y L. Gaité Pindado

Santander. Cantabria.

Correo electrónico: gribesm@mixmail.com

**Objetivos.** Frecuentemente, los pacientes con enfermedades raras o ER (prevalencia menor de 5 por 10.000) presentan cuadros complejos multiorgánicos que precisan de la actuación conjunta de los médicos Especialistas y de Familia. Según un estudio realizado por el IMSER-SO, una de las reivindicaciones prioritarias demandadas por los pacientes con ER es la consecución de una mejor coordinación entre Atención Primaria y Especializada, siendo este el objetivo principal de esta experiencia.

**Descripción.** Se ha implementado un procedimiento de coordinación asistencial para el manejo terapéutico de los pacientes con ER entre Atención Primaria y Especializada consistente en sesiones de presentación de estos pacientes organizadas del siguiente modo: 1) El Médico de Familia solicita al Jefe del Servicio Especializado responsable una sesión explicativa de un paciente complejo; 2) El Jefe de Servicio convoca una sesión a la que asisten los especialistas del servicio que siguen al paciente en sus consultas; 3) Se promueve la asistencia a estas sesiones de los residentes de Medicina de Familia.

**Conclusiones.** La realización de las sesiones conjuntas que proponemos permiten alcanzar los siguientes objetivos: 1) Facilitar el conocimiento y comprensión de los pacientes con ER por parte de los Médicos de Familia, mejorando su atención a nivel ambulatorio y disminuyen-

do las consultas hospitalarias; 2) Incrementar la coordinación asistencial con los especialistas hospitalarios y estimular el interés de los residentes de Medicina de Familia hacia estas enfermedades; 3) Promover un foro para desarrollar guías clínicas de atención a los pacientes con ER.

### COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES. ENFERMERA DE ENLACE

M.L. Forés Palacios, A. Vinuesa Fernandez, C. Piñol Uson, N. Martín Vergara, N. Adell Aguiló y C. Anguera Perpiñà

CAP Llibertat. Reus. Cataluña.

Correo electrónico: cpinol.tarte.ics@gencat.net

**Objetivos.** Garantizar el proceso de continuidad de los cuidados después del alta hospitalaria. Facilitar la tarea de las enfermeras de Atención Primaria (AP) elaborando la valoración de enfermería previa al alta hospitalaria.

**Ámbito.** Atención primaria – hospitalaria.

**Sujetos.** Pacientes pendientes de alta hospitalaria.

**Círculo de la enfermera de enlace.** Reuniones semanales entre los supervisores del hospital y la Enfermera de Enlace (EE). Iniciar el proceso de atención de Enfermería a través de la entrevista personal con el paciente y la valoración, según el modelo de Virginia Henderson. Contactar con la enfermera que asumirá el paciente en AP para informar del día del alta y del grado de dependencia.

**Conclusiones.** La coordinación entre diferentes niveles asistenciales favorece la continuidad de los cuidados, ya que se conoce con antelación el estado con el que el usuario volverá a su domicilio y los cuidados específicos que requerirá por parte de la enfermera o de otros profesionales. En los últimos 4 años se ha incrementado en un 48% el número de casos gestionados por la EE (año 2001: 115 casos, año 2002:126 casos, año 2003:155 casos, año 2004:171 casos). Para el usuario, saber que puedes volver a casa con la confianza de que ya saben lo que te ha pasado o lo que necesitarás sin necesidad de tener que hacer nada, es muy gratificante y les da tranquilidad. A partir del año 2005 se han interesado en nuestro trabajo otros centros, con los que ya hemos iniciado la coordinación.

### UN CUADERNO CLÍNICO ASISTENCIAL INDIVIDUAL EN UNA INTRAWEB PERSONALIZADA

Departamento de Sistemas

Gerencia de Atención Primaria. Área 11 de Salud de Madrid. Madrid. Madrid.

Correo electrónico: aalberquilla.gapm11@salud.madrid.org

**Objetivos.** Facilitar a los profesionales asistenciales información relevante para la gestión clínica, utilizando como soporte un "cuaderno clínico-asistencial" individualizado en función del perfil de profesional consultante y difundido a través de una intraweb personalizada.

**Descripción.** Utilizando como fuente primaria de datos las historias clínicas electrónicas (HCE) existentes en los servidores de los diferentes centros de salud que configuran el Área. Mediante un proceso automatizado se obtienen por vía telemática los datos necesarios para construir los indicadores que conformaran el cuaderno clínico asistencial. Estos pasan a conformar el Conjunto Mínimo de Datos (CMD) centralizado en un servidor SQL-Server ubicado en la Gerencia. Mediante una intraweb corporativa cada profesional puede tener acceso a un nivel de información clínica jerarquizado en función del perfil de usuario preestablecido. Así según este perfil podrá acceder a datos individuales, de los miembros del equipo (coordinador), del distrito sanitario (subdirecciones), o del total de los profesionales del área (dirección y gerencia) en base a su nivel de responsabilidad en la organización. El cuaderno incluye indicadores de población atendida y actividad asistencial, casuística, prescripción farmacéutica y trazadores de calidad asistencial. Además se facilitan estándares para comparación.

**Conclusiones.** Poder disponer de información relevante es fundamental para que los profesionales sanitarios puedan realizar gestión clínica de sus consultas. Se ha conseguido establecer un sistema de recopilación, explotación y difusión automatizado de los datos incluidos en la HCE. La devolución de información se realiza de manera confidencial y segura, con perfiles jerárquicos preestablecidos y es completamente accesible en tiempo y espacio.