Autoaplicación de actividades preventivas en los profesionales sanitarios de atención primaria

Introducción. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad deben ser uno de los ejes centrales de las actividades de los equipos de atención primaria (EAP), superando así la práctica basada únicamente en actividades curativas-reparadoras[1,2]. Una actitud más positiva de los profesionales hacia la prevención debería traducirse en un incremento de estas actividades, tanto para sus pacientes como para ellos mismos, de manera que la autoaplicación podría ser un indicador de la predisposición del sanitario a la aplicación en los demás.

Objetivo. Cuantificar el grado de autoaplicación de las actividades preventivas recomendadas por el PAPPS entre los sanitarios de los EAP del área de salud de Toledo.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. EAP del área de salud de Toledo.

Participantes. Sanitarios (médicos y enfermeras) de los 32 EAP del Área de Toledo.

Mediciones principales. Estado de vacunación antigripal y antitetánica, frecuencia de determinación de glucosa, colesterol y presión arterial, ejercicio físico, hábito tabáquico y enólico. En mujeres: frecuencia de exploración mamaria, mamografía y citología vaginal.

Resultados. Doscientas setenta y tres respuestas (54,8% del total de población del estudio), 54,6% médicos (tasa de respuesta: médicos 55,2%, enfermería 54,4%). Media de edad de 42,1 años. El 57,8% eran mujeres. El grado de cumplimiento en actividades preventivas se refleja en la tabla 1. El consumo de alcohol parece más extendido entre los médicos (el 57,2% frente al 46,7%; $p < 0,05$) por el efecto confusor del sexo (mayor consumo en varones y mayor proporción de varones en los médicos). El consumo de tabaco es más frecuente en enfermería (el 26,1% frente al 14%; $p < 0,05$), independientemente del sexo.

Discusión. Hay un cumplimiento mayoritario de las actividades de detección de riesgo cardiovascular, pero no en la cobertura vacunal antigripal y antitetánica, claramente mejorable, aunque superior a otros estudios[1,2,3]. Hay una elevada sensibilización respecto de las actividades preventivas específicas de la mujer, con tasas de cumplimiento superiores a las aportadas por otros autores[2].

Existe un menor porcentaje de fumadores que en estudios similares[1,2,4] aunque el hábito tabáquico sigue siendo mayor en los enfermeros, ya reflejado en anteriores trabajos[4,5]. Respecto al aislado, el efecto confusor del sexo (mayoría de sexo femenino en enfermería y mayor consumo de tabaco entre las mujeres)[6], nuestros datos sugieren que la propia profesión de enfermería podría ser un factor de riesgo para el hábito tabáquico, con independencia del sexo.

Los resultados de nuestro estudio nos hacen pensar que el mito de «en casa del herrero, cuchillo de palo» no es cierto y que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad han calado en nuestros profesionales.

TABLA 1. Cumplimiento de actividades preventivas en profesionales sanitarios

Actividad	Global, n (%)	Medicina, n (%)	Enfermería, n (%)	Significación estadística
Vacunación antitetánica (n = 273)	181 (66,3)	98 (65,7)	83 (66,9)	$\chi^2 = 0,041$; $p > 0,05$
Vacunación antigripal (n = 273)	111 (40,8)	65 (43,9)	46 (37,1)	$\chi^2 = 1,300$; $p > 0,05$
Glucemia (n = 106)	78 (73,6)	55 (70,5)	23 (82,1)	$\chi^2 = 1,434$; $p > 0,05$
Colesterol (n = 134)	126 (96,2)	89(95,7)	37(97,4)	PeF = 0,547
Toma de presión arterial (n = 148)	125 (84,4)	85(82,5)	40(87,2)	$\chi^2 = 0,967$; $p > 0,05$
Exploración mamaria (n = 55)	37 (67,3)	21 (65,6)	16 (69,6)	$\chi^2 = 0,000$; $p > 0,05$
Mamografía (n = 9)	7 (77,8)	4 (100)	3 (60,0)	PeF=0,444
Citología de cérvix (n = 91)	72 (79,1)	39 (84,8)	33 (73,3)	$\chi^2 = 1,805$; $p > 0,05$

1. Morago V, Montes A, Cantera C, Barquín G, Vallejo JR, Berrocal M, et al. Autoaplicación de medidas preventivas y opinión sobre la aplicación a la población en los centros de salud de Cantabria. Aten Primaria. 1994;13:379-81.
2. Deniel Rosanas J, Trallero Fort JC, Tamayo Marco B, López Plana A, Lafuente Navarro C, Lafuente Navarro A. Autoaplicación de medidas preventivas en el equipo de atención primaria. Aten Primaria. 1990;7:438-42.
3. Pastor Climent MA, Schwarz Chávarri H, Pedrera Carbonell V, Pascual de la Torre M. Estado vacunal frente a la gripe en el personal de atención primaria. Aten Primaria. 2004;33:161.
4. Rodríguez Fernández E, Espí Martínez F, Canteras Jordana M, Gómez Moraga A. Consumo de alcohol entre profesionales médicos de atención primaria. Aten Primaria. 2001;28:259-62.
5. Estudio Epidemiológico de Prevalencia del Consumo de Tabaco en los profesionales sanitarios del INSALUD, 1998, España [accedido 09 Abril 2004]. Disponible en: http://www.msc.es.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2003 [accedido 26 Mayo 2004]. Disponible en: http://www.ine.es.

Presentado al V Congreso de Atención Primaria de Castilla-La Mancha; sólo se publicó el resumen y ganó el Premio PAPPS al mejor trabajo de Prevención o Promoción de la Salud.

Palabras clave: Autoaplicación. Medidas preventivas. Atención primaria. PAPPS. Medicina y enfermería.

L.M. Cano-Martín, A. Berrocoso-Martínez, E.M. Aguilar-Blanco y J. González-González

Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. Toledo. España.

Afasia primaria progresiva: detección de una demencia infrecuente en atención primaria

Objetivo. Estudiar la evolución clínica de un grupo de pacientes diagnosticados de

Palabras clave: Demencia. Afasia. Diagnóstico. Atención primaria.

TABLA 1. Criterios diagnósticos de afasia primaria progresiva

Inicio insidioso y gradual
Incapacidad progresiva para encontrar palabras, nombrar, realizar construcciones sintácticas o comprender, puesta de manifiesto mediante la conversación o mediante tests de lenguaje estandarizados
Todas las limitaciones en las actividades de la vida diaria pueden atribuirse a la alteración del lenguaje durante al menos los dos primeros años desde el inicio
Ausencia de alteraciones previas en la esfera del lenguaje (excepto dislexia)
Ausencia de apatía importante, desinhibición, pérdida de memoria para eventos recientes, alteración en la esfera visuoespacial, déficits en la identificación visual y disfunción sensitivomotora, durante los dos primeros años, objetivada mediante la historia clínica, la evaluación de las actividades de la vida diaria o tests neuropsicológicos, tal que el paciente no cumpla criterios diagnósticos de cualquier otra demencia
La acalculia (incapacidad para realizar cálculos matemáticos simples) y una apraxia ideomotora (incapacidad para ejecutar órdenes verbales) pueden estar presentes en los dos primeros años de la enfermedad, así como déficits en la copia de dibujos sencillos y perseveración, pero ni el déficit visuospacial ni la conducta desinhibida limitan sustancialmente las actividades de la vida diaria
Otras funciones cognitivas pueden verse afectadas tras los dos primeros años de evolución, pero la alteración del lenguaje continúa siendo la más destacada, tal que su deterioro ocurre antes que el de otras funciones afectadas
Causas específicas de afasia, como ictus o tumores, objetivables por neuroimagen, deben haber sido descartadas

afasia primaria progresiva (APP) (véase tabla 1).

Diseño. Estudio descriptivo, prospectivo.

Emplazamiento. Atención primaria y consulta de neurología ambulatoria, Madrid.

Participantes. Pacientes adultos, con afasia progresiva no fluente de al menos 2 años de evolución en el contexto de un estado cognitivo normal, sin otra causa específica que lo justifique. Tiempo de seguimiento medio: 36 meses.

Mediciones. Aplicación de un protocolo de estudio de deterioro cognitivo[1]: miniexamen cognitivo, prueba de los 7 min con test del reloj, prueba de fluencia verbal, escala de depresión de Yesavage, GDS (Global Dementia Staging) y prueba del informador abreviado. Cribado de demencia tratable (sistemático, bioquímica, hormonas tiroideas, serología luética, vitamina B_{12} y ácido fólico, tomografía computarizada [TC] craneal) y, en ocasiones, electroencefalograma y tomografía por emisión de fotón único (SPECT).

Resultados. Se recogen los datos de 5 pacientes, 3 mujeres y 2 varones. Dos de ellos fueron erróneamente diagnosticados al inicio de depresión. En todos ellos se observó una afasia progresiva no fluente con comprensión y memoria conservadas, en ausencia de alteración inicial de las actividades de la vida diaria. No se encontró otra causa de demencia. En 3 pacientes la SPECT mostró hipoperfusión frontal izquierda (fig. 1). Tras un tiempo de seguimiento medio de 36 meses, los 2 varones se mantienen estables con el diagnóstico de APP, mientras que las 3 mujeres han evolucionado hacia un deterioro persistente en las esferas de la conducta (desinhibición), la memoria, las funciones ejecutivas y el lenguaje (alteraciones de la comprensión, tendencia al mutismo). Este deterioro es de intensidad suficiente como para interferir con sus actividades habituales, cumpliendo criterios diagnósticos de demencia frontotemporal[2,3].

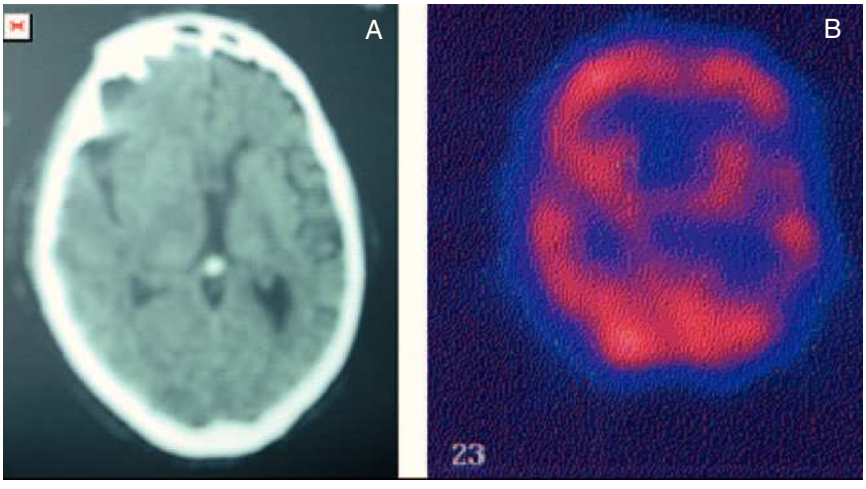

Figura 1. A: atrofia frontotemporal izquierda observada en la tomografía computarizada craneal. B: hipoperfusión frontotemporal izquierda en la tomografía por emisión de fotón único.

Discusión y conclusiones. Presentamos 5 pacientes detectados en la consulta de atención primaria con afasia primaria progresiva, una demencia focal de prevalencia desconocida[4], pero probablemente infradiagnosticada por el desconocimiento de su existencia. Este cuadro fue definido por Mesulam en 1982 como una afectación predominante del lenguaje en ausencia, al menos inicialmente, de otros trastornos cognitivos[5]. No obstante, como apunta el propio Mesulam[6], tanto la APP como la demencia del lóbulo frontal podrían representar diferentes manifestaciones de la demencia frontotemporal. Asimismo, mostramos un protocolo de estudio neuropsicológico de estos pacientes y cómo una comunicación fluida y bidireccional con la consulta ambulatoria de neurología contribuye al diagnóstico y al manejo adecuado de esta entidad. Aunque todavía no existen terapias específicas más allá de la rehabilitación del lenguaje, la detección de estos pacientes tiene un gran interés pronóstico. Es en el ámbito de la atención primaria, y bajo un enfoque biopsicosocial, donde estos pacientes han de ser detectados, diagnosticados y seguidos.

I. Donaire del Yerro[a], I. Moreno-Lorente[b], A. Martínez-Salio[c] y J. Porta-Etessam[c]

[a]EAP Embajadores. Área 11. Madrid. España. [b]EAP Puerta Bonita. Área 11. Madrid. España. [c]CEP Aguacate (Carabanchel Alto). CEP Hemanos Miralles (Pontones). Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Área 11. Madrid. España.

1. Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología, Guías en demencias. Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia. Barcelona, 2000.
2. Kertesz A, Munoz DG. Frontotemporal dementia. Med Clin N Am. 2002;86: 501-18.
3. Robles Bayón A. Degeneración frontotemporal. En: Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias, Sociedad Española de Neurología: Guías en demencias. Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia. Bilbao, 1999.
4. Mesulam MM. Primary Progressive Aphasia – a language-based dementia. N Engl J Med. 2003;349:1535-42.
5. Mesulam MM. Slowly progressive aphasia without generalized dementia. Ann Neurol. 1982;11:592-8.
6. Mesulam MM. Primary Progressive Aphasia. Ann Neurol. 2000;49:425-32.

Eficacia clínica de un protocolo de higiene bucodental semanal en mayores totalmente dependientes

Objetivos. El objetivo principal de nuestro trabajo fue conocer la eficacia clínica de un protocolo de higiene bucodental semanal aplicado a un grupo de mayores institucionalizados y totalmente asistidos.

Diseño. Estudio longitudinal con una intervención mínima de 6 meses.

Emplazamiento. Residencia de Pensionistas de Armilla, Granada, perteneciente a la Junta de Andalucía. Cuentan con 202 plazas para mayores de los cuales, entre 40-45 forman parte de la unidad de cuidados permanentes.

Fuente de Financiación: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía y Universidad de Granada: Programa de Asistencia Dental Domiciliaria para usuarios de plazas de la Junta de Andalucía.

Palabras clave: Anciano. Cuidados orales. Protocolo.

TABLA 1. Protocolo de higiene bucodental semanal en mayores asistidos

Mayores desdentados sin prótesis
Permitir el enjuague simplemente con agua para eliminar restos de alimentos sólidos
Limpiar la mucosa yugal, paladar, lengua y rebordes óseos con una gasa impregnada en clorhexidina al 0,12%
Mayores desdentados con prótesis
Instrucciones del punto 1.
Cepillado de la prótesis con agua y cepillo eléctrico con cabezales intercambiables
Mayores parcialmente desdentados sin prótesis
Instrucciones del punto 1
Cepillar los dientes con cepillo eléctrico y pasta de dientes fluorada o sin pasta de dientes si no controlan la deglución
Aplicar gel de clorhexidina al 0,12% alrededor del diente, junto a la encía, con un bastoncillo
Mayores parcialmente desdentados con prótesis
Instrucciones punto 2
Instrucciones punto 3

Participantes. Residentes que en el momento de comenzar el estudio se encontraban en el área de asistidos y presentaban un índice de Barthel menor de 30.

Intervención. El protocolo de higiene bucodental consistía en realizar una vez por semana y durante los 6 meses del estudio sin interrupción, actuaciones encaminadas a la eliminación y prevención del depósito de placa bacteriana en dientes, prótesis y mucosa oral, con ayuda de cepillos eléctricos y el uso de clorhexidina y fluoruros como coadyuvantes (tabla 1)[1-3].

Mediciones principales. La evaluación y la eficacia clínica del protocolo se realizaron midiendo el índice de placa bacteriana en dientes y prótesis, índice gingival y estado de las mucosas orales, al inicio del período del estudio y a los 6 meses. A los pacientes con sospecha clínica de estomatitis por prótesis se les realizó un cultivo para determinar la presencia de *Candida albicans*.

Resultados. La muestra final fue de 40 mayores (media edad = 86,9 ± 7,3 años). Ninguno de los mayores dentados tuvo una ausencia total de placa bacteriana en dientes. Sin embargo, los valores más elevados de placa se redujeron drásticamente. En los pacientes portadores de prótesis (n = 12), la higiene terminó siendo excelente en 4 de ellos. De los 26 pacientes que presentaron algún tipo de lesión o anomalía en sus mucosas al comenzar el estudio, más del 50% consiguieron una remisión total. En todos los casos anteriores los resultados fueron significativamente estadísticos para ($p < 0,05$). El porcentaje de cultivos de *Candida* positivos que se negativizaron o mejoraron a los 6 meses fue algo superior al 20%.

Discusión y conclusiones. Los resultados de nuestro trabajo demuestran que la higiene semanal profesional reduce los niveles de placa (principal causa de caries y enfermedad periodontal) de manera considerable, aunque no totalmente (a las 2 h del último cepillado la placa bacteriana vuelve a aparecer). No está claro aún si esta pauta reduce la incidencia de caries o enfermedad periodontal tras varios años de intervención sistemática en estos mayores, aunque sí se demuestra que las condiciones de salud oral mejoran, con la simple puesta en práctica de un protocolo fácil y económico como el que presentamos.

J.A. Gil-Montoya[a], C. Barreto-Cárdenas[b] y M.V. Fuentes-Fuentes[c]

[a]Facultad de Odontología. Universidad de Granada. Granada. España. [b]Facultad de Odontología. Universidad de Granada. Granada. España. [c]Facultad de Odontología. Universidad Juan Carlos I. Madrid. España.

1. Report BSDH working group. Guidelines for Oral Health Care for long-stay Patients and Residents. Disponible en: http://www.bsdh.org.uk/guidelines/longstay.pdf
2. Ueda K, Toyosato A, Shuichi N. A study of the effects of short-, medium- and long-term professional oral care in elderly persons requiring long-term nursing care at a chronic or maintenance stage of illness. Gerodontology. 2003;20:50-6.
3. Davies RM. The rational use of oral care products in the elderly. Clin Oral Invest. 2004;8:2-5.