

Experiencia con una tabla de ejercicio aeróbico en el programa de educación maternal en el Centro de Salud Isabel II. Área 10 de Madrid

Introducción. La gimnasia prenatal ha evolucionado hacia la práctica de ejercicio aeróbico. En España, a diferencia de otros países, no suele utilizarse en el programa de educación maternal.

Objetivo. Comparar la aceptación de una tabla de ejercicio tradicional y una tabla aeróbica en los grupos de mujeres que asisten a educación maternal.

Diseño. Estudio descriptivo, realizado entre mayo de 2000 y de 2001. Se enseñó en la primera sesión un tipo de tabla tradicional y en la segunda sesión, una tabla aeróbica, o viceversa.

Emplazamiento. Centro de salud Isabel II de Parla (Área 10 de Madrid).

Participantes. Participaron las 147 mujeres, distribuidas en 13 grupos, que asistieron a educación maternal. El criterio de inclusión fue la participación en el programa. Las semanas de gestación iniciales oscilaron entre la 26 y la 30. Como criterio de exclusión se estableció la contraindicación absoluta al ejercicio aeróbico en la gestación^{1,2}.

Mediciones principales. Al finalizar la segunda sesión, se realizó una entrevista semiestructurada. Las variables analizadas fueron la edad, el nivel de estudios, el número de gestaciones, el trabajo, la tabla de gimnasia prenatal de preferencia y los motivos que justifican la elección de la tabla. Se consideró abandono si la participante asistió a menos de 6 sesiones de las 8 de que consta.

Resultados. Contestó el 100% de la muestra. El 98,2% prefirió la tabla aeróbica. Las principales razones por las que eligen la segunda tabla son las siguientes: el 68% considera que es más completa; el 57% cree que se trabaja más; el 43% valora que se haga con música y el 28% la considera más amena. El 1,8% que eligió la tabla tradicional expresó que cuesta menos. La edad media de las participantes era de 27,2 años.

Palabras clave: Ejercicio. Embarazo. Ejercicio aeróbico.

En cuanto al nivel de estudios, tenía titulación superior el 7,5% (n = 11), una diplomatura el 26,5% (n = 39), formación profesional el 32,7% (n = 48) y graduado escolar el 33,3% (n = 49). Respecto a la situación laboral, el 58% trabajaba y el 42% estaba en paro. Al analizar el número de gestaciones se obtuvo que 97 eran primigestas (66%), 44 secundigestas (30%), 5 tercigestas (3,4%) y 1 cuartigesta (0,6%).

Discusión y conclusiones. No hemos encontrado ningún estudio similar con el que poder comparar los datos. La principal aportación del trabajo es la tabla de gimnasia aeróbica que puede facilitar el trabajo a los profesionales. El principal resultado es la clara preferencia de las mujeres por la tabla aeróbica. Independientemente de factores como edad, la situación social, el nivel cultural, la paridad, el estilo de vida, etc., las mujeres prefirieron una tabla aeróbica. En las 2 mujeres que prefirieron la tabla tradicional habría que haber recogido más datos. Su presencia sustenta la necesidad de una valoración previa^{3,4}.

La realización de la tabla aeróbica supuso un cambio en el planteamiento del profesional que se valoró positivamente. Coincidimos con la mayoría de los autores que indican la necesidad de realizar más investigaciones sobre los resultados perinatales y obstétricos⁵, así como la aceptación por parte de las mujeres de otras procedencias culturales⁶.

M. Fernández-Fernández^a
y E. Martín-Jiménez^b

^aUnidad Docente de Matronas de Madrid. Madrid. España. ^bCentro de Salud Juan de la Cierva. Getafe. Madrid. España.

1. Artal R, O'Toole M. Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. *Br J Sports Med.* 2003;37:6-12.
2. Davies GA, Wolfe LA, Mottola LF, et al. Exercise in pregnancy and the postpartum period. *J Obstet Gynaecol Can.* 2003;25:516-29.
3. Stephenson RG, O'Connor LJ. Fisioterapia en obstetricia y ginecología. 2.^a ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2003.
4. Physical activity readiness medical examination for pregnancy (PARmed-X for pregnancy). Ottawa: Canadian Society for Exercise Physiology; 2002 [citado Jul

2005]. Disponible en: <http://csep.ca/pdfs/parmed-xpreg.pdf>.

5. Kramer MS. Regular aerobic exercise during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD000180.
6. Snyder S, Pendergraph B. Exercise during pregnancy: what do we really know? *Am Fam Physician.* 2004;69:1053-6.

Informatización de la atención primaria. Experiencia de implantación en un área de salud mediante la metodología de gestión por procesos

Introducción. La gestión por procesos se ha revelado como una herramienta bastante útil de cara a los planteamientos de reingeniería y análisis organizativo de la realidad de los centros de atención primaria. La implantación de un proyecto de informatización integral de la atención primaria pasa por la incorporación de los principios básicos de la excelencia y la modificación en la definición de esta organización dentro del equipo de atención primaria¹⁻⁴.

Objetivo. Presentar un proyecto de implantación de la informatización en un área de salud, dentro del plan de informatización integral de la atención primaria, Abucasis II, de la Agencia Valenciana de Salud (AVS), Sistema de Información Ambulatorio (SIA).

Diseño. Metodología de la gestión por procesos^{5,6}.

Emplazamiento. Atención primaria. Centros de salud dependientes del Departamento 19, Alicante.

Participantes. Miembros de la Unidad de Calidad y formación (UCyF) de Atención Primaria, departamento 19.

Intervenciones. Tras analizar la situación real respecto al proceso de informatización de los distintos centros de salud y para garantizar la operatividad de la implantación

Palabras clave: Informatización. Metodología. Gestión por procesos. Calidad.

del proyecto Abucasis II, se ha definido un organigrama funcional con 5 niveles de responsabilidad y con actividades específicas, desde el nivel 1 «coordinador del proyecto» hasta el nivel 5 «profesionales de los centros de salud», pasando por informático de departamento responsables de subprocesos, documentalistas, coordinadores de los centros y «másters».

Siguiendo la metodología de gestión por procesos, se ha definido en primer lugar el mapa de procesos. Entre los procesos estratégicos (gestión) se han incluido el programa de atención al cliente (organigrama funcional, gestión de la información y comunicación); la voz del cliente (externo-interno); el programa de formación; las guías y normas de actuación; la documentación apoyo (externa e interna de la UCyF), y la definición de objetivos (pactados con los coordinadores y con la dirección de atención primaria).

En los procesos de soporte (estratégicos) se han incluido: la coordinación de docencia; el mantenimiento y la supervisión del proceso externo (en 3 ámbitos: *a) hardware, software, aplicativo SIA-GAIA-RNV-SIP; b) dependientes de la oficina del SIA, y c) Bull, C&G, CATS, servicio de informática de la AVS*); los procesos internos, como la gestión de la documentación interna (inventario, custodia, informes), la actualización de los usuarios y el registro, el almacén y el suministro (papel, reciclaje, mobiliario, accesorios hardware, redes), la logística y la implantación.

En el proceso clave (operativos) se han incluido: la programación CRC y las agendas; la atención al cliente interno (comunicación horizontal, comunicación ascendente y descendente); la docencia; la utilización SIA-MOS (cita previa, cita segundo nivel, gestoría externa, procesos administrativos repetidos); la utilización SIA-historia clínica (atención: médica, enfermería, trabajadores sociales y unidades de apoyo); la utilización de procesos administrativos repetidos (CLT/IT), el subproceso de traspaso de información (papel/informatizado,); así como el subproceso de identificación de propuestas de mejora según el sistema externo de soporte.

Mediciones principales. Se ha analizado el cumplimiento del cronograma definido por la UCyF, desde su fase de implantación

hasta la de producción, considerando las intervenciones de carácter técnico como las de formación, mantenimiento y registro de incidencias.

Resultados. La implantación del proyecto se realizó de forma progresiva y estructurada según el esquema propuesto y su cronograma. La implicación de todos los profesionales ha sido clave para conseguir la fase de despliegue global del circuito. A los 10 meses del inicio del proyecto se ha realizado un total de 51 cursos de formación en aula informática, con una asistencia del 30-40% de los profesionales de los distintos centros de salud del departamento, con diferentes porcentajes de asistencias por estamentos y nivel de desarrollo de la aplicación SIA. Se han realizado 92 intervenciones locales en centros informatizados y se ha identificado un total de 85 sugerencias de mejora. En la actualidad, la población atendida en centros SIA en producción es del 33,84% (Comunidad Valenciana, 30,01%), con 84.578 de un total de 249.967 habitantes.

Discusión y conclusiones. El proceso desarrollado ha permitido mejorar el rendimiento y la efectividad de la implantación del proyecto en cuanto a los procesos estratégicos y de soporte. Las dificultades más importantes encontradas se han relacionado con los resultados del proceso clave «utilización de la herramienta por los profesionales».

J.J. Blanquer-Gregori, I. Montiel-Higuero, P. Valencia-Valencia y A. Alonso-Gallegos

Unidad de Calidad y Formación. Atención Primaria. Departamento 19. Alicante. España.

1. Fernández Fernández I, Fernández de la Mota E, Sanz Amores R. Gestión por procesos asistenciales: aplicación a un sistema sanitario público. Cuadernos de Gestión. 2003;9:7-25.
2. Sánchez E. Modelo EFQM y calidad asistencial. Rev Calidad Asistencial. 2002;17:64-6.
3. Torres Olivera A. La gestión por procesos asistenciales integrales: una estrategia necesaria. Aten Primaria. 2003;31:561-3.
4. Daniel i Díez J. El futuro de la informatización en atención primaria. Cuadernos de Gestión. 2000;6:161-6.

5. Costa Estany JM. Metodología del diseño de procesos. Cuadernos de Gestión. 1998;4:17-22.
6. Daniel Díez J, Basora Gallisà T. La calidad de los procesos. En: Curso de Mejora Continua de la Calidad. FMC. 200;7 Supl:69-87.

Prevención ambulatoria de la tromboembolia venosa

Introducción. La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) es una enfermedad muy frecuente (su incidencia ronda los 160 casos por 100.000 habitantes y año¹) y su complicación más grave, la tromboembolia pulmonar (TEP), se admite como la tercera causa más frecuente de muerte hospitalaria¹; se trata de una entidad de difícil diagnóstico, dada la escasez e inespecificidad de sus síntomas. Por tanto, parece evidente que la actuación más eficaz para disminuir la morbimortalidad de la TEP consiste en su prevención.

A partir de la introducción de las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) y un mejor conocimiento de los factores de riesgo, la ETE ha pasado a considerarse una enfermedad cuya prevención también corresponde a los servicios sanitarios ambulatorios. Sin embargo, parece que hay dudas y controversias en cuanto al inicio de este tipo de profilaxis² que han llevado a la publicación de guías de actuación al respecto³⁻⁵. No obstante, es escasa la bibliografía en la que se analiza el alcance de esta actuación, por lo que nos ha parecido oportuno plantear un estudio en este sentido.

Objetivo. Analizar la calidad de la prevención de la ETE con HBPM en pacientes ambulatorios.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo.

Emplazamiento. Servicio de urgencias del Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres.

Palabras clave: Enfermedad tromboembólica venosa. Heparinas de bajo peso molecular. Atención primaria.

TABLA 1. Adecuación de la prescripción de heparina de bajo peso molecular

Tratamiento	%	Prescripción	%
Adecuado	61,7	Correcta	17,8
		No correcta	43,9
Inadecuado	38,3	Incorrecta	27,1
		No incorrecta	11,2
	100,0		100,0

Participantes. Pacientes mayores de 14 años, de ambos sexos, no anticoagulados previamente, atendidos por enfermedad traumatológica de los miembros inferiores subsidiaria de inmovilización y remitidos a domicilio. El marco temporal fue de 5 semanas.

Mediciones principales. A partir de los informes de urgencias se recogen la edad, el sexo, los factores de riesgo de ETEV, el motivo de la inmovilización y la prescripción de HBPM. La adecuación del tratamiento con HBPM se realizó siguiendo las pautas propuestas por Gómez et al⁴ y Alonso et al⁵. Se añade un análisis de costes directos por exceso de prescripción.

Resultados. Se estudió a 107 pacientes de 14 a 89 años (media ± desviación estándar de 40 ± 21 años). Los diagnósticos más frecuentes fueron: esguince (64,5%), fractura (12,1%) y contusión (7,5%). En ningún ca-

so fue recogido el antecedente de ETEV ni el peso de los pacientes. Se prescribió HBPM al 28,9% de los pacientes (nadroparina al 14%, enoxaparina al 13% y dalteparina al 1,9%). El porcentaje de adecuación de la prescripción de HBPM se refleja en la tabla 1. El porcentaje total de inadecuación fue del 38,3% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 29,1-47,5%): no se prescribió HBPM en 29 casos en los que estaba indicada (un 27,1% de inadecuación por defecto), mientras que se pautó innecesariamente a 12 (un 11,2% de inadecuación por exceso); en este último caso, considerando la HBPM de menor precio de las prescritas, el gasto inducido supondría un desembolso anual de 5.273 euros por cada 3 semanas de inmovilización.

Discusión y conclusiones. Aunque pequeño, el tamaño muestral de nuestro estudio nos parece suficiente para detectar un problema de calidad, toda vez que este tipo de estudios no persiguen resultados estadísticamente significativos⁶. Podemos asumir que hay un 95% de posibilidades de que la proporción de pacientes en los que se realiza una profilaxis incorrecta con HBPM se encuentre entre el 29,1 y el 47,5%, lo cual indica que no parecen seguirse correctamente las guías de prescripción de HBPM con sus implicaciones sobre morbilidad y mortalidad no prevenida o/y gasto innecesario; todo ello

apunta a un defecto de calidad mejorable con una correcta formación, y a una supervisión de los pacientes ambulatorios desde los servicios médicos de atención primaria.

**B. Sánchez-Gómez
y L. Prieto-Albino**

Centro de Salud San Jorge. Cáceres. España.

1. European Consensus Statement. Windsor (UK). 1-5 Nov. 1991. Prevention of venous thromboembolism. *International Angiol.* 1992;11:151-9.
2. Frias J, Ibáñez C y Grupo de Trabajo para la difusión de la Prevención de la Enfermedad Tromboembólica Venosa. Percepción del riesgo de enfermedad tromboembólica venosa en atención primaria. *Aten Primaria.* 1996;17:326-31.
3. Geerts W. Prevention of venous thromboembolism. *Chest.* 2001;119 Suppl: 132-75.
4. Gómez A, Lozano F. Enfermedad tromboembólica venosa. EGRAF S.A.; 1991.
5. Alonso C, Medrano FJ, Romero A, Villar E, Calderón E, Marín I, et al. Guía sobre prevención de enfermedad tromboembólica venosa en patología médica. Córdoba: Ed SADEMI; 2003.
6. Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.