

Medicina de Familia Andalucía



19º Congreso

SAMFyC

SAMFyC

Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

Cádiz 2009

Palacio de Congresos
de Cádiz

18 al 20 de Junio de 2009



Comité de Honor

Presidencia de Honor del Congreso

Excmo. Sr. D. José Antonio Griñán Martínez,
Presidente de la Junta de Andalucía

Miembros de Honor

Excma. Sra. D^a. Teófila Martínez Saiz,
Alcaldesa de Cádiz.

Excma. Sra. D^a. María Jesús Montero Cuadrado,
Consejera de Salud de la Junta de Andalucía.

Ilmo. Sr. D. Francisco González Cabaña,
Presidente de la Excma. Diputación Provincial de Cádiz.

Excmo. Sr. D. Diego Sales Márquez,
Rector Magnífico de la Universidad de Cádiz.

Ilmo. Sr. D. José Luis Gutiérrez Pérez,
Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud.

Ilmo. Sr. D. José Antonio Gómez Periñán,
Delegado del Gobierno en la provincia de Cádiz.

Ilmo. Sr. D. Hipólito García Rodríguez,
Delegado de la Consejería de Salud en Cádiz.

Dr. D. Ricardo Miranda Muñoz-Ortiz,
Presidente del Excelentísimo Colegio Oficial de Médicos de Cádiz.

Dr. D. Manuel Lubián López,
Presidente de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

Comité Organizador

Presidenta

Mercedes Lasterra Sánchez

Médico de Familia. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz.

Vicepresidenta

Inmaculada Casas Ciria

Médico de Familia. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz.

Tesorero

Miguel Jesús Ballesta García

Médico de Familia. Técnico de Salud del Distrito Bahía de Cádiz- La Janda. Cádiz.

Secretario

Santiago Lupiani Giménez

Médico de Familia. Centro de Salud La Merced. Cádiz.

Vocales

M^a Sagrario Esteban López

Médico de Familia. Responsable del Servicio de Atención a la Ciudadanía del Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz.

Manuel Tejero Bernal

Médico de Familia. Centro de Salud La Granja. Jerez de la Frontera. Cádiz.

Antonio Javier Zarallo Pérez

Médico de Familia. Centro de Salud San Fernando Este. San Fernando. Cádiz.

Vidal Barchilón Cohen

Médico de Familia. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz.

Dolores García Téllez

Médico de Familia. Centro de Salud Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz.

Carlos Mampel Díaz

Médico de Familia. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz.

M^a Carmen Coronilla Carbonell

MIR de Medicina de Familia. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz.

Comité Científico

Presidente

Antonio José Madueño Caro
Médico de Familia. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.

Secretario

Guillermo Moratalla Rodríguez
Médico de Familia. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz.

Vocales

Antonio Ares Camerino
Servicio de prevención y salud laboral de la Diputación de Cádiz.

Eduardo Guija Villa
Médico de Familia. Centro de Salud Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz.

Fernando Forja Pajares
*Médico de Familia. Director de Salud. Distrito Sanitario Bahía de Cádiz- La Janda. Cádiz.
Servicio Andaluz de Salud.*

Ignacio Ruz Franzí
Médico de Familia. Centro de Salud Olivillo. Cádiz.

Carmen Barros Rubio
*Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria.
Distrito Sanitario Bahía de Cádiz- La Janda. Cádiz.*

Beatriz Pascual de la Pisa
Médico de Familia. Técnico en Epidemiología del Distrito Aljarafe. Sevilla.

Vicente Alfonso Corral Aliseda
Médico de Familia. Centro de Salud Puerto Sur. El Puerto de Santa María. Cádiz.

Alejandro Rodríguez Camacho
MIR de Medicina de Familia. Centro de Salud Olivillo. Cádiz.

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente

Manuel Lubián López

Vicepresidente Primero

Juan de Dios Alcántara Bellón

Vicepresidente Segundo

Antonio Manteca González

Vicepresidente Tercero

Paloma Porras Martín

Secretaria

Isabel Corona Páez

Vicepresidente Económico

Francisco José Guerrero García

Vocal de Docencia

Herminia M. Moreno Martos

Vocal de Investigación

Beatriz Pascual de la Pisa

Vocal de Residentes

Ana Martín Tarragona

Vocal de Formación Continuada

Pablo García López

Vocal de Relaciones Externas

Juan de Dios Alcántara Bellón

Vocal provincial de Almería:

José-Pelayo Galindo Pelayo

jpelayo@larural.es

Vocal provincial de Cádiz:

Manuel Lubián López

mlubianl@ono.com

Vocal provincial de Córdoba:

Pilar Serrano Varo

pseva1@supercable.es

Vocal provincial de Huelva:

Jesús E. Pardo Álvarez

jeparedes10@teleline.es

Vocal provincial de Jaén:

Justa Zafra Alcántara

justazafra@wanadoo.es

Vocal provincial de Málaga:

Jesús Sepúlveda Muñoz

jesemu@gmail.com

Vocal provincial de Granada:

Francisco José Guerrero García

franguerrero72@yahoo.com

Vocal provincial de Sevilla:

Leonor Marín Pérez

leonormp@samfyc.es

Patronato Fundación

Manuel Lubián López

Pablo García López

Juan de Dios Alcántara Bellón

Isabel Corona Páez

Antonio Manteca González

Francisco José Guerrero García

Paloma Porras Martín

Amparo Ortega del Moral

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

C/Arriola, 4, bj D – 18001 – Granada (España)

Telf: 958 804201 – Fax: 958 80 42 02

e-mail: samfyc@samfyc.es

www.samfyc.es

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

DIRECTOR:

Manuel Gálvez Ibáñez

SUBDIRECTOR:

Antonio Manteca González

CONSEJO DE DIRECCIÓN:

Director de la Revista
Subdirector de la Revista
Presidente de la SAMFyC
Juan Ortiz Espinosa
Pablo García López

CONSEJO DE REDACCIÓN

Manuel Gálvez Ibáñez
Pablo García López
Francisca Leiva Fernández

CONSEJO EDITORIAL:

Cristina Aguado Taberné. *Córdoba.*
Juan de Dios Alcántara. *Sevilla.*
José Manuel Aranda Regulez. *Málaga.*
Emilia Bailón Muñoz. *Granada.*
Maribel Ballesta Rodríguez. *Jaén.*
Luciano Barrios Blasco. *Córdoba.*
Pilar Barroso García. *Almería*
Pablo Bonal Pitz. *Sevilla.*
Beatriz Bullón Fernández. *Sevilla.*
Rafael Castillo Castillo. *Jaén.*

José Antonio Castro Gómez. *Granada.*
Ana Delgado Sánchez. *Granada.*
Juan Manuel Espinosa Almendro. *Málaga*
Bernabé Galán Sánchez. *Córdoba.*
Luis Gálvez Alcaraz. *Málaga.*
Francisco Javier Gallo Vallejo. *Granada.*
Pablo García López. *Granada.*
José Manuel García Puga. *Granada.*
José María de la Higuera González. *Sevilla.*
Blanca Lahoz Rayo. *Cádiz.*
José Lapetra Peralta. *Sevilla.*
Francisca Leiva Fernández. *Málaga.*
José Gerardo López Castillo. *Granada.*
Luis Andrés López Fernández. *Granada.*
Begoña López Hernández. *Granada.*
Fernando López Verde. *Málaga.*
Manuel Lubián López. *Cádiz.*
Antonio Llergo Muñoz. *Córdoba.*
Joaquín Maeso Villafaña. *Granada.*
Teresa Martínez Cañavate. *Granada.*
Eduardo Mayoral Sánchez. *Sevilla.*
Guillermo Moratalla Rodríguez. *Cádiz.*
Francisca Muñoz Cobos. *Málaga.*
M^a Ángeles Ortiz Camúñez. *Sevilla.*
Maximiliano Ocete Espinola. *Granada.*
Juan Ortiz Espinosa. *Granada.*
Luis Pérula de Torres. *Córdoba.*
Miguel Ángel Prados Quel. *Granada.*
Daniel Prados Torres. *Málaga.*

Fermina Puertas Rodríguez. *Granada.*
Luis de la Revilla Ahumada. *Granada.*
Roger Ruiz Moral. *Córdoba.*
Francisco Sánchez Legrán. *Sevilla.*
José Luis Sánchez Ramos. *Huelva.*
Miguel Ángel Santos Guerra. *Málaga.*
José Manuel Santos Lozano. *Sevilla.*
Reyes Sanz Amores. *Sevilla.*
Epifanio de Serdio Romero. *Sevilla.*
Francisco Suárez Pinilla. *Granada.*
Pedro Schwartz Calero. *Huelva.*
Isabel Toral López. *Granada.*
Jesús Torio Duránte. *Jaén.*
Juan Tormo Molina. *Granada.*
Cristóbal Trillo Fernández. *Málaga.*
Amelia Vallejo Lorenzo. *Almería.*

REPRESENTANTES INTERNACIONALES:

Manuel Bobenrieth Astete. *Chile.*
Cesar Brandt. *Venezuela.*
Javier Domínguez del Olmo. *México.*
Irma Guajardo Fernández. *Chile.*
José Manuel Mendes Nunes. *Portugal.*
Rubén Roa. *Argentina.*
Sergio Solmesky. *Argentina.*
José de Ustarán. *Argentina.*

Medicina de Familia. Andalucía

Envíos

Los envíos se efectuarán 7,5 correo de superficie con tarifa especial modalidad suscriptores en España. Para Europa y el resto del mundo, los envíos serán por correo aéreo, tarifa especial de difusión cultural.

Para Correspondencia

Dirigirse a Revista Medicina de Familia. Andalucía
C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España)

Página web: <http://www.samfyc.es>
e ir a <<Publicaciones SAMFyC>>
E-mail: revista@samfyc.es
samfyc@samfyc.es

Secretaría administrativa y comercial

A cargo de Encarnación Figueredo

C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España).
Telf. 958 80 42 01
Fax 958 80 42 02

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr-368-2000

Copyright:

Fundación Revista Medicina de Familia. Andalucía

C.I.F.: G – 18551507

Reservados todos los derechos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier otro sistema, de los artículos aparecidos en este número sin la autorización expresa por escrito del titular del copyright.

Esta publicación utilizará siempre materiales ecológicos en su confección, con papeles libres de cloro con un mínimo de pulpa de tala de árboles de explotaciones madereras sostenibles y controladas: tintas, barnices, películas y plastificados totalmente biodegradables.

Printed in Spain.

Maqueta: Antonio J. García Cruz

Imprime: Copartgraf, S.L.

Información para suscripciones

Medicina de Familia. Andalucía se distribuirá exclusivamente a profesionales de la medicina. Los miembros de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria la recibirán de forma gratuita.



Publicación Oficial de la
Sociedad Andaluza de Medicina
Familiar y Comunitaria

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Med fam Andal Vol. 9, suplemento 1, agosto 2008

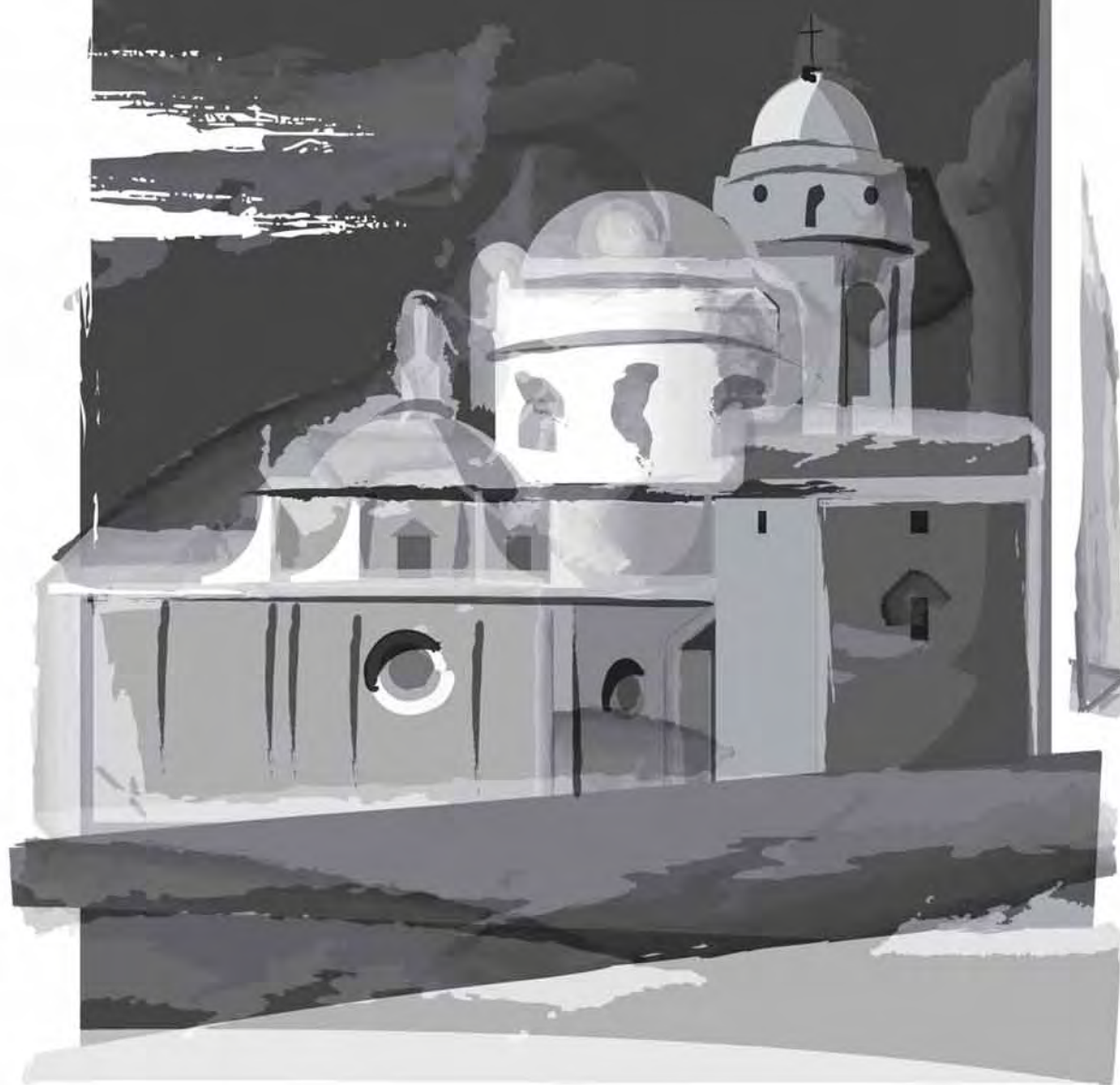
La revista Medicina de Familia Andalucía edita el presente suplemento, coincidiendo con la celebración del XIX Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, donde se incluyen resúmenes de ponencias y talleres, comunicaciones y proyectos de investigación, que han sido recibidos en la redacción en tiempo y forma. No están todos los que son.

Gracias por vuestra colaboración.

Sumario

- 12 Prólogo**
- 13 Itinerarios formativos / talleres**
- 48 Talleres**
- 69 Simposio**
- 71 Mesas-ponencias**
- 102 Comunicaciones orales**
- 121 Comunicaciones tipo póster**
- 222 Proyectos de investigación**

Prólogo
Itinerarios formativos / talleres
Talleres
Mesas-ponencias



PRÓLOGO

Ruz Franzi I

Médico de Familia

No es raro el plantearnos, la cuestión de si el acontecer de nuestra subjetividad en la práctica clínica como médicos de familia, pueda o no ser objeto de una consideración científica objetiva. En respuesta a ello, la investigación es capaz de plantear problemas reales potencialmente resolubles, con repercusión progresiva tanto sobre el desarrollo de la teoría científica como sobre el descubrimiento de conocimientos concretos que aporten riqueza y aptitud a la Atención Primaria de Salud.

La última vez que nos vimos en nuestra Tacita de Plata como anfitriones y organizadores de un congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina de Familia y Comunitaria, fue en Junio de 2001. Ha llovido desde entonces. En estos últimos ocho años se ha constatado un incremento de la producción científica en el ámbito de la Atención Primaria, lo cual ha posibilitado la instauración de una cultura de la investigación en un buen número de centros de salud de nuestra Comunidad Autónoma.

A pesar de estos pasos dados hacia delante, es importante ser conscientes de que la investigación en Atención Primaria de Salud sigue ocupando un papel poco relevante y poco competitivo. Así:

- La participación en ensayos clínicos de calidad es anecdótica: menos del 5% de los ensayos clínicos se realiza en atención primaria
- La cuota de participación en proyectos financiados por agencias externas, nacionales o internacionales, no supera el 4-5% ni en número de proyectos ni en presupuestos conseguidos.

No obstante, dos reflexiones merecen la pena analizar. Por una parte, y en pos de una mejora de la investigación como proceso de calidad, es necesario mejorar el flujo por los canales de comunicación con la Universidad. La primera cátedra de medicina de familia del mundo se creó en Edimburgo en 1963, y en 1952 se fundó la Acade-

mia (inglesa) de Médicos de Familia. En España y en la actualidad, la medicina de familia sólo se imparte en 8 facultades de medicina, pese a que, como área científica y especialidad resuelve el 90% de los problemas de salud. De subsanarse dicha circunstancia, podría ejercer un importante estímulo a la investigación: señalando ideas y líneas de investigación prioritarias, promoviendo el debate social y profesional en torno a la medicina de familia.

Por otra parte, necesitamos obtener tiempo y personal, mediante una relación laboral flexible, que permita la dedicación a la investigación, con objeto que el desarrollo de proyectos NO SE BASE SOLAMENTE EN EL VOLUNTARISMO.

En ocasiones ha surgido alguna controversia sobre si la atención primaria de salud tiene o no unos métodos particulares de investigación o si tiene un cuerpo propio de investigación. Respecto al tipo de diseños y métodos, no debiéramos hablar de diseños propios: el diseño de la investigación no depende del ámbito donde se realiza, sino de las preguntas que se plantean. El método debe adaptarse a la pregunta y la necesidad de evidencias es tan grande que posiblemente todos los métodos y diseños desempeñen un papel de importancia similar. De ninguna manera existe una metodología de investigación diferente a la del resto de las Ciencias de la Salud. El dominio de la metodología de investigación equipara a los distintos profesionales y propicia el reconocimiento a la labor.

A través de la publicación de esta edición especial de la revista Medicina de Familia Andaluza, se plasma el esfuerzo y la ilusión de vuestro trabajo en forma de comunicaciones o proyectos de investigación. No olvidemos que el nivel de una sociedad científica es la suma del nivel de cada uno de sus miembros, así como sus inquietudes y voluntad de ir a más. Por todo ello, te invitamos a participar y disfrutar de nuestro XIX Congreso, que es también el vuestro.

ITINERARIO FORMATIVO: Búsqueda bibliográfica y lectura crítica

Taller: Búsqueda de información biomédica en la red

Gutiérrez-Ibarluzea I

*Doctor en biología. Responsable del Área de disseminación y nuevas tecnologías
Osteba. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco*

Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación están teniendo un impacto creciente en el manejo y la gestión de la información, esto deriva en una necesidad cada vez más acuciante de gestionar correcta y eficientemente la información disponible para la toma de decisiones en cualquier ámbito sanitario. El presente curso pretende abordar dichos aspectos a la vez de dotar a los alumnos de capacidades o habilidades para la gestión de la evidencia para poder contestar a las preguntas que le surgen en su tarea profesional.

Para ello se trabajará la estructura en problemas o escenarios que pretende utilizar una metodología cada día más utilizada, como es el Problem Based Learning (PBL), o enseñanza basada en problemas. No se pretende dogmatizar y dar respuestas hechas, sino enseñar a cómo formularlas y a dónde acudir para encontrar respuestas. Así, hemos intentado cubrir uno de los anhelos de la Medicina Basada en la Evidencia en sus inicios, enseñar a buscar y encontrar las respuestas por uno mismo. Este concepto, que no es nada nuevo y se recogía en el «Netting the evidence», pretende dotar de herramientas para pescar, más que procurar peces, valga el símil; es decir, que el profesional, con una ayuda mínima, sea capaz de encontrar respuestas a sus preguntas. Hemos intentado que las complicaciones o los límites se los marque uno mismo, dejando las preguntas desde lo más simple (estrategias de búsqueda simple en bases de datos digeridas o del resumen) a lo más complejo (estrategias de búsqueda exhaustiva). Como en todos los campos y áreas, hay profesionales de la documentación y epidemiólogos expertos para el análisis crítico de la información recibida. En ningún caso se pretende desplazar, cubrir o enmendar la plana a estos profesionales, pero sí que es cierto que en la práctica habitual no siem-

pre disponemos de la opción de poder contar con su apoyo y sus juicios de expertos.

Las preguntas que se formulan habitualmente en la consulta constan de los mismos apartados que las cuestiones de una conversación normal; es decir, constan de partícula interrogativa (qué, cómo, dónde, por qué, cuándo), sujeto, verbo y predicado. Sin embargo, la construcción de las bases de datos o la información no corresponden con esta estructura básica por lo que es necesario realizar una traducción a dichos formatos. Lo ideal sería poder preguntar a las bases de datos de información en el mismo modo en el que nosotros formulamos la pregunta, y de hecho, cada vez los gestores de bases de datos se van pareciendo más a este modelo para poder facilitar la búsqueda a un profesional no experto. En cualquier caso, en las bases de datos se busca por conceptos o términos.

Debemos trasladar la pregunta a términos o conceptos que sean capaces de describir con la mayor fiabilidad posible.

Por otro lado, al igual que hay diseños que responden de manera más directa y fiable a nuestras preguntas, hay bases de datos que contienen dichos estudios únicamente, o que mediante estrategias más o menos complejas podemos localizar dichos estudios y diferenciarlos de otros que no nos sirvan para responder directamente nuestra respuesta. Una de las primeras tareas será identificarlas. Finalmente se tratará de dotar de otras herramientas para, bien mejorar nuestra búsqueda o bien, una vez recuperada la información, poder analizarla de manera crítica. Este apartado puede parecer reiterativo; sin embargo, se ofrecerán enlaces de interés relacionados con los tipos de estudio y con manuales de usuario para comprobar las potencialidades de cada una de las bases de datos que se proponen.

URM ITINERARIO FORMATIVO: Salud de la mujer

Taller: Inserción DIU

Trillo Fernández C¹, Navarro Martín JA²

¹ Médico de familia. Unidad de Gestión Clínica Puerta Blanca. Málaga

² Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Arroyo de la Miel. Benalmádena (Málaga)

Actualmente se utilizan los DIU bioactivos o medicados; éstos pueden ser de 2 tipos: los que contienen un hilo de cobre, solo o recubriendo un núcleo de plata, y los que contienen levonorgestrel (LNG).

Los DIU de cobre son los más utilizados. Existen varios modelos que se diferencian en el tamaño, la forma, la cantidad de cobre que contienen, el mecanismo de inserción y la manera en que quedan anclados en el útero.

El DIU-LNG tiene forma de T y está comercializado con el nombre de Mirena®. Su principal ventaja es que suprime de forma importante la cantidad de menstruación, por lo que estaría indicado en mujeres con menorragia idiopática.

Antes de la inserción del DIU debemos informar y asesorar a la mujer y realizar una anamnesis general/ ginecológica y una exploración ginecológica.

Las pruebas complementarias se realizarán cuando se considere necesario en función de los hallazgos de la anamnesis y de la exploración.

La inserción puede realizarse en cualquier momento del ciclo, siempre que tengamos la seguridad razonable de que la mujer no está embarazada.

La duración del efecto de los DIU de cobre de alta carga (>300 mm²) y del DIU-LNG es de 5 años.

Tras la inserción, debemos hacer un primer control después de la siguiente menstruación o antes de los 3 meses de la misma: preguntaremos sobre la tolerancia al método y la presencia de efectos adversos (hipermenorrea, dismenorrea, spotting, etc.); si disponemos de ecógrafo, realizaremos una ecografía para valorar la posición del DIU dentro de la cavidad uterina; en caso contrario realizaremos una exploración genital para observar los hilos del DIU a través del cérvix.

Posteriormente realizaremos revisiones anuales, con igual contenido que la anterior. Debemos ofrecer la posibilidad de contactar con nosotros a demanda en el caso de que la mujer tenga dudas o síntomas achacables al DIU.



URM ITINERARIO FORMATIVO: Salud de la mujer

Taller: Anticoncepción hormonal. Implante subcutáneo

Trillo Fernández C¹, Navarro Martín JA²

¹ Médico de familia. Unidad de Gestión Clínica Puerta Blanca. Málaga

² Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Arroyo de la Miel. Benalmádena (Málaga)

Entre las formas de anticoncepción con sólo gestágenos disponemos del implante subcutáneo.

Los anticonceptivos con sólo gestágenos están especialmente indicados cuando están contraindicados o no se toleran los estrógenos y durante el periodo de lactancia, aunque pueden ser usados por cualquier mujer sin que exista una indicación específica.

El principal efecto adverso de los anticonceptivos que contienen sólo gestágenos consiste en que una proporción significativa de mujeres que los usan presentan un patrón impredecible de sangrado menstrual (amenorrea, irregularidad menstrual, spotting, sangrado infrecuente o, en ocasiones, frecuente). Para mejorar su aceptabilidad y su tasa de continuidad del implante subcutáneo es importante que informemos a la mujer de esta posible eventualidad antes de su inserción.

En la valoración previa a la inserción debemos realizar una adecuada historia clínica para des-

cartar contraindicaciones y una exploración física básica que incluya la toma de la tensión arterial. El resto de las pruebas complementarias se solicitarán siguiendo las recomendaciones del PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud) para la población adulta.

No debemos olvidar informar a la mujer antes de la inserción de la posibilidad de que se altere su patrón de sangrado.

Realizaremos un control a los 3 meses, en el que valoraremos la tolerancia al método, el patrón de sangrado y los efectos adversos.

Los implantes comercializados en nuestro país son:

- Jadelle®: Formado por dos varillas que liberan levonorgestrel; la duración de su efecto es 5 años.
- Implanon®: Formado por una varilla que libera etonogestrel; la duración de su efecto es de 3 años.

URM ITINERARIO FORMATIVO: Patología respiratoria

Taller: Educación en enfermedades respiratorias crónicas

Gallardo Chulian M¹, Martín Olmedo PJ²

¹ Residente de MFyC. Unidad de Gestión Clínica San Roque. Cádiz

² Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica San Roque. Cádiz. Grupo de Trabajo de Patología Respiratoria de SAMFyC

La educación del paciente RESPIRATORIO implica comprometer al paciente en el manejo de su propia enfermedad. Debemos procurar que el control del asma sea una responsabilidad compartida entre el paciente y el profesional de la salud. Para ello es fundamental conseguir una buena relación médico-paciente.

- La educación debe ser un proceso interactivo y adaptado a la capacidad del paciente. En este sentido el médico de atención primaria está situado en un lugar preferente ya que cada visita es una oportunidad para la educación del paciente y de su familia.

- Debemos utilizar un lenguaje sencillo y directo, con mensajes claros que se repitan constantemente.

- No hay evidencias en la literatura de que la educación individual presente ventajas claras sobre la grupal ni viceversa. La educación impartida en grupos tiene ciertas ventajas como el ahorro en personal y tiempo o dar a los pacientes la posibilidad de relacionarse entre sí.

- Sin embargo, si el objetivo final del proceso educativo es un plan de automanejo personalizado (ASMATICOS), será necesario complementar la educación grupal con sesiones de educación individualizadas.

- Los programas de educación para pacientes asmáticos que usan sólo información no parecen mejorar la morbilidad, mientras que aquellas intervenciones educativas que incluyen un plan de automanejo escrito y revisiones periódicas han conseguido disminuir los ingresos hospitalarios, las visitas a urgencias o las visitas no programadas al médico de cabecera

- Es necesario disponer de una relación de puntos clave sobre los que es necesario educar al paciente RESPIRATORIO:

- Base fisiopatológica mínima de su enfermedad
- Desencadenantes
- Tratamiento farmacológico
- Efectos adversos
- Vía inhalada
- Monitorización de su estado
- Reconocimiento de empeoramientos o exacerbaciones.
- Exploración de expectativas y temores.

Dedicaremos especial atención a la vía inhalada y sistemas de inhalación.

LA VIA INHALADA

Si bien la vía inhalada es la de elección para el tratamiento del asma y el EPOC, para administrar fármacos inhalados son necesarios dispositivos especiales que requieren de ciertas habilidades por parte de los pacientes. En la actualidad existe una amplia oferta de sistemas de inhalación, cada uno con características diferentes, lo que provoca que no solo los pacientes, sino los propios profesionales de la salud encontremos dificultades para el conocimiento de cada uno de estos sistemas. Por lo tanto es básico que los profesionales sanitarios nos formemos y actualicemos en los diferentes sistemas para la administración de los fármacos inhalados.

Es conveniente revisar cómo nuestros pacientes realizan la técnica inhalatoria, no solo en el momento de la prescripción, sino periódica-

mente a lo largo del seguimiento y cada vez que se presente un empeoramiento de la sintomatología.

LOS SISTEMAS DE INHALACIÓN

1. Inhalador en cartucho presurizado (ICP)

2. Inhaladores de polvo seco

3. Nebulizadores

De cada uno de los distintos sistemas se deben conocer sus ventajas, inconvenientes y uso correcto de los mismos.

ELECCION DEL SISTEMA DE INHALACIÓN

La elección del sistema de inhalación va a condicionar la adherencia del paciente al tratamiento, y hay que implicar a este en dicha elección³ siempre que sea posible mostrándole los distintos dispositivos disponibles. Para elegir el sistema de inhalación más conveniente no debemos olvidar contar con las preferencias del paciente. Para ello nos basaremos principalmente en dos aspectos, los derivados de las características del dispositivo y los que dependen del paciente (edad, grado de comprensión y de colaboración, nivel económico, experiencias previas, horarios de trabajo o escuela...)

TALLER PRACTICO SOBRE EL MANEJO DE SISTEMAS DE INHALACIÓN.

URM ITINERARIO FORMATIVO: Patología respiratoria

Taller: Pruebas en función pulmonar

Piña Martín V, Prados Torres P

Médicas de Familia. CS Puerta Blanca. Málaga

La espirometría es una técnica básica para el estudio del asma bronquial y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Es una prueba que mide el volumen de aire que los pulmones pueden movilizar en función del tiempo, obteniendo una representación gráfica entre estas variables (volumen- tiempo) o entre sus derivadas (flujo-volumen).

La espirometría forzada debe estar disponible en los centros de atención primaria y practicarse a cualquier persona fumadora o exfumadora que presente tos y/o expectoración habitual.

Actualmente se sabe que la EPOC está infradiagnosticada y que la disponibilidad de la espirometría es un factor importante a la hora de realizar el correcto diagnóstico de un paciente con EPOC.

Mediante la espirometría podemos medir la capacidad ventilatoria del paciente y determinar su tipo de alteración (obstructivo o no obstructivo). Se pueden obtener un gran número de parámetros, aunque, en el ámbito de la atención primaria, los más útiles son:

- Capacidad vital forzada (FVC): Es el mayor volumen de aire que puede ser expulsado de los pulmones durante una maniobra de espiración forzada. Se expresa en litros o mililitros y en porcentaje del valor teórico de referencia (que tiene en cuenta variables como el sexo, peso, talla, edad y raza). Se considera normal cuando éste es igual o mayor del 80%.
- Volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1): Es el mayor volumen expulsado de los pulmones durante el primer segundo de la maniobra de espiración forzada. Se expresa

en litros o mililitros y en porcentaje del valor teórico de referencia. Se considera normal cuando éste es igual o mayor del 80%.

- Relación FEV1/ FVC (FEV1%): Es la proporción de la FVC que se expulsa en el primer segundo de la espiración forzada. Se expresa en porcentaje de los dos valores medidos (FEV1/ FVC x 100). Se considera normal cuando éste es superior al 70%.

Antes de interpretar los resultados de una espirometría debemos comprobar su validez:

- Valorar las condiciones de realización.
- Observar la morfología de la curva.
- Comprobar que la variabilidad de las 2 mejores curvas es inferior al 5%.

Una vez comprobada la validez de la espirometría, procederemos a interpretarla, teniendo en cuenta los tres parámetros descritos anteriormente (CVF, FEV1, FEV1%). Encontraremos las siguientes posibilidades:

- Espirometría normal: El FEV1% es igual o mayor del 70% y los valores de la FVC y del FEV1 son iguales o superiores al 80% del valor de referencia.
- Alteración ventilatoria obstructiva: La obstrucción determina una disminución de la velocidad de salida del aire, pero no afecta a la capacidad pulmonar. Por lo tanto la FVC será

normal, pero el FEV1 estará disminuido (menor del 80%) y en consecuencia el cociente FEV1/ FVC también estará disminuido (menor del 70%).

- Alteración ventilatoria no obstructiva (restric-tiva). Existe una disminución de la capacidad pulmonar que puede ser debida a una patología del parénquima pulmonar (fibrosis, tumor, etc.) o a una alteración que limite su expansión (de-rrame pleural, cifoescoliosis severa, etc.). Ello

determina que la FVC esté disminuida (menor del 80%). Esta reducción de la FVC y la dismi-nución de la fuerza elástica provocada por la menor expansión pulmonar, determinan una disminución del FEV1. Al estar estos dos pará-metros disminuidos, el FEV1% será normal (ma-yor o igual al 70%).

- Alteración ventilatoria mixta: En este patrón observamos una disminución de FEV1, de la FVC y del FEV1%.



URM ITINERARIO FORMATIVO: Prevención cardiovascular

Taller: Estratificación del riesgo cardiovascular global

García Matarín L¹, Martín Rioboó E²

¹ Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Vúcar. Almería. Coordinador del Grupo de Trabajo de HTA de SAMFyC

² Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Fuensanta. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SAMFyC

CONCEPTO DE RIESGO

En la historia de la ciencia, y desde un punto de vista formal, durante mucho tiempo solo existieron modelos de tipo determinista, en los que el fenómeno se expresaba mediante leyes matemáticas perfectamente formuladas: así, conocidas las variables que intervenían en el modelo y su valor, el resultado quedaba completamente determinado. Recientemente se empezó a plantear modelos de tipo probabilístico, en los que conocidas las variables únicamente se calculaba la probabilidad de aparición de un resultado, y en los que se introducía por tanto un margen de incertidumbre. Este tipo de modelos probabilísticos ha venido siendo utilizado desde siempre, sin una formulación matemática expresa, por el ser humano, quién en su toma de decisiones se ha basado en la estimación de la probabilidad de que algo ocurra en base a lo que ha observado que ocurrió con anterioridad en situaciones similares, aunque lo que a veces nos dicta lo que conocemos como «sentido común» se ha revelado en muchas ocasiones como contrario a la realidad científica 1.

Puesto que las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en los países desarrollados, es lógico que sea de gran interés el desarrollo de modelos de predicción del riesgo de padecer este tipo enfermedades, tanto para intentar conocer los posibles mecanismos que afectan al aumento del riesgo, como para poder intervenir precozmente, mediante campañas preventivas, o en su momento con tratamientos terapéuticos. Un factor de riesgo (FR) es aquel, que cuando está presente hace que una determinada enfermedad se presente con más frecuencia y su control se traduce en una reducción de eventos

clínicos por dicha enfermedad (1). Por ejemplo, hace algunas décadas se observó, que el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) moderada o grave reducía el número de eventos cardiocerebrovasculares y recientemente se ha demostrado que incluso también con el control y la reducción en la HTA leve (2)

Para el cálculo de la probabilidad de aparición de un suceso dicotómico (enfermedad SI, NO) los modelos matemáticos más habitual se basa en la utilización de la regresión logística, y las ecuaciones paramétricas que produce una ecuaciones en la que conocidos los valores de los diferentes factores de riesgo se puede evaluar la probabilidad de aparición de la enfermedad. Resulta evidente que en muchos procesos dicha probabilidad depende del tiempo de exposición, aumentando a medida que éste transcurre, por lo que o bien el tiempo interviene en la ecuación como factor de riesgo (1).

¿QUÉ ES EL RIESGO CARDIOVASCULAR?

Definición de RCV.- El riesgo CV se define como la probabilidad que tiene un sujeto de presentar una enfermedad cardiovascular, cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular en un periodo determinado de tiempo, generalmente 10 años. Aunque existen coeficientes para calcular el riesgo de enfermedad arterial periférica, habitualmente esta no se considera en el cálculo (3).

Con el estado del conocimiento actual sobre FRCV, no podemos saber con certeza absoluta si un paciente va a sufrir o no un evento CV en su vida. Por esto tenemos que utilizar el modelo

probabilístico del que hemos hablado antes y efectuar una valoración global del riesgo mediante modelos multifactoriales, que predicen el riesgo individual de forma mas exacta y permite una utilización mas eficiente de la medicación disponible. La información a los pacientes de su riesgo CV puede ayudarles a modificar dichos factores y por tanto a prevenir la ECV. Las tablas de cálculo de riesgo CV que manejan factores de riesgo cardiovascular (FRCV) modificables y no modificables (Tabla 1), serían la herramienta idónea a este modelo. La presencia de una concentración de factores de riesgo en algunas personas y la asociación demostrada entre cada factor de riesgo y el riesgo cardiovascular global, hacen que el enfoque contemporáneo del paciente hipertenso trate de basarse en una perspectiva preventiva global de la enfermedad cardiovascular y el conocimiento de la estimación del riesgos coronario cardiovascular de los pacientes a corto o medio plazo (5 a 10 años) (4).

Todos los FRCV conocidos y su predicción a través de tablas de riesgo nos explican solo el 50% de la morbimortalidad cardiovascular, no teniendo actualmente una explicación plausible para el otro 50% de casos. Indudablemente estarán implicados factores genéticos –de 16 a 18 genes implicados en el desarrollo de ECV- los denominados FRCV emergentes tales como: proteína C reactiva, fibrinógeno, homocisteína, adipocinas –adiponectina, leptinas, resistinas, TNF-alfa-, etc., y probablemente otros factores aún descubrir ^{5,6}

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LAS TABLAS DE CÁLCULO DE RIESGO

Ventajas:

1. Objetiva el riesgo RA de un paciente concreto.
2. Seleccionar los pacientes de **Alto RCV (NNT mas bajos**, mejor relación costo-beneficio) para intervenir **temprana y enérgicamente** (HTA y CT) sobre ellos y evitar eventos C-V.
3. Permite estrategias terapéuticas de negociación (aleccionan).
4. Adecuación intensidad de tratamiento al RCV global del paciente, beneficio objetivo.

Inconvenientes:

1. Solo es válido para Prevención primaria. (pacientes sin ECV). Los pacientes en prevención secundaria son de alto o muy alto riesgo.
2. Aplicas en una población, el riesgo estudiado en otra.
3. Las tablas No contemplan FRCV importantes: obesidad, sedentarismo, antecedentes familiares de enfermedad coronaria precoz, hipertrigliceridemia aislada muy elevada, resistencia a la insulina-intolerancia hidrocarbonada y los nuevos FRCV emergentes.
4. En cualquier caso, la utilización de otros parámetros bioquímicos para intentar mejorar la evaluación pronóstica de la estratificación del riesgo no ha aportado nada añadido ⁷, excepto en algunas excepciones ⁸
5. La edad es un sesgo a tener en cuenta, en ambos extremos, esto es, en edades jóvenes y en ancianos. De este modo la carga de pronóstico cardiovascular que supone la edad está excesivamente presente de forma que los pacientes ancianos, solo por el hecho de serlo, tendrían un riesgo absoluto de enfermedad cardiovascular elevado. Inversamente, los pacientes jóvenes pueden ser infravalorados en su riesgo cardiovascular al utilizar el riesgo absoluto. Algunos consensos intentaron solventar esta última consideración utilizando la extrapolación en pacientes jóvenes del riesgo estratificado a la edad de 60 años y realizar las maniobras terapéuticas necesarias, en este caso ⁹. Esto, que podía parecer subjetivo, ha sido tratado en la última edición de estas guías aportando tablas de riesgo relativo que deberían ser utilizadas en estos rangos de edad inferior (figura 1)¹⁰. Un resumen de las mismas traducido al español ha sido publicado recientemente¹¹. De hecho ya en la última revisión de las recomendaciones en prevención cardiovascular del Plan de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de semFYC, en el año 2007 aconsejaba utilizar el riesgo no proyectado para la toma de decisiones sobre el tratamiento, aunque el riesgo proyectado debe considerarse para una mayor insistencia en las medidas de modificación del estilo de vida. ¹²

6. No estima adecuadamente el riesgo en determinadas patologías cuando un solo factor de riesgo está muy elevado, por ejemplo hipercolesterolemia familiar heterocigótica, Disbetalipoproteinemia, etc. En estos casos la tabla arrojaría un riesgo mas bajo (el resto de los FRCV estarían normales) del que realmente presenta el paciente ¹³.

TIPOS DE RIESGO Y TABLA QUE LOS MIDE

Las tablas de riesgo son un instrumento sencillo y útil para médicos y pacientes dentro del ámbito de trabajo de la atención primaria. El médico de AP debe buscar en pacientes asintomáticos desde 18 a 80 años, la presencia de FRCV clásicos, tabaquismo, Hipertensión y calcularles su riesgo CV o aquellos pacientes con lesión estructural asintomática de un órgano diana LOD clínicamente silentes tales como albuminuria, hipertrofia ventricular izquierda, soplo aórtico, etc. que transforman a un paciente hipertenso en un paciente de riesgo cardiovascular muy elevado, esta afectación es detectable por el médico de AP con los utillaje diagnóstico a su alcance. Muchos os preguntaráis ¿porqué y para qué son necesarias la utilización rutinaria de las tablas de riesgo en la consulta de atención primaria?. La respuesta por obvia, no es menos importante: detectar a los pacientes de alto riesgo en prevención primaria que, junto a los pacientes que ya presentan una enfermedad arteriosclerótica se consideran de prevención prioritaria, son los que mas se van a beneficiar de un tratamiento con fármacos para reducir la morbilidad cardiovascular. Para seleccionar aquellos paciente de medio y alto riesgo CV y actuar sobre ellos de manera proporcional al riesgo que presentan según su perfil de riesgo cardiovascular (mas o menos agresivamente) y diferenciarlo de aquellos de bajo riesgo en la que nuestra atención es menos costo-efectiva ⁷.

El tipo de riesgo que cada tabla mide es una característica muy importante que hay que tener en cuenta. Son:

A) Riesgo de Infarto de miocardio mortal y no mortal (Tablas del ATP III).

B) Riesgo CORONARIO TOTAL. Probabilidad de enfermar o morir de CARDIOPATIA ISQUÉMICA: IAM silente ó manifiesto, angina de pecho estable e inestable, muerte por enfermedad coronaria.

TODAS las Tablas de Framingham.

- Anderson 1991.
- Wilson 1998.
- Grundy 1999.
- UKPDS Risk 2000.
- Tabla del REGICOR 2003.

C) Riesgo CARDIOVASCULAR. Riesgo coronario T. + Enfer. Cerebrovascular.

- Tablas de la OMS-SIH 1999.
- Tablas Sociedades Europeas DE HTA y CARDIO 2003-7.
- Tabla del SCORE 2003 (Mortalidad).

D) Riesgo de ICTUS

- Tabla D'AGOSTINO 1994 (basada en el E. Framingham).
- Tabla INDIANA (Población UE y USA)

Las tablas anteriormente reseñadas se pueden dividir a su vez en dos categorías:

Las tablas cuantitativas son aquellas que obtienen un número que equivale a la probabilidad de presentar una ECV en un periodo de tiempo generalmente 10 años. La mayoría de los métodos cuantitativos aceptan como riesgo bajo aquel que es <10%, medio cuando el resultado es 10-20% y alto cuando = 20%. Son todas las referidas mas arriba, menos las tablas de las sociedades europeas de hipertensión y cardiología de 2003 que pertenecerían al grupo de las tablas cualitativas: consisten en la suma de FRCV, que se presentan como variables dicotómicas (presente o ausente). Clasifica a los individuos en leve, moderado o grave.

En general, los métodos cuantitativos derivan de la ecuación de riesgo del estudio del corazón Framingham (tabla 2): cohorte de 5000 hombres

y mujeres de 30 a 62 años seguidos durante los últimos 50 años para ver los determinantes de la presencia enfermedades cardiovasculares; constituye pues, un pilar básico, siendo ampliamente utilizado para la toma de decisiones terapéuticas, en base a la estimación de riesgo de las características de un paciente concreto. Estos modelos de ecuación multivariantes usan uno modelos de riesgo escasamente validados en minorías étnicas y en población joven. Existen diferentes páginas Web en las que se puede efectuar dicho cálculo ⁴

Sin embargo se venía observando que el modelo de Framingham sobreestimaba en gran medida el riesgo absoluto de enfermedad cardiovascular cuando se utilizaba en países europeos, caracterizados por una baja incidencia de eventos cardiovasculares respecto al lugar de origen del estudio en Framingham (Massachusetts, USA), lo que podía llevar al utilizar ese modelo el tratar un excesivo número de pacientes de países como España o Italia, en base a una sobreestimación del riesgo real. Como es lógico esta inquietud crea la necesidad de desarrollar un modelo más adecuado para este entorno, y así recientemente se ha publicado un trabajo que estima el riesgo de desarrollar en 10 años una enfermedad cardiovascular mortal en países de Europa es el llamado proyecto SCORE (tabla 3) ¹⁴

El proyecto SCORE se inició para desarrollar un sistema de evaluación de riesgo cardiovascular para su uso en Europa ya que está basado en cohortes de 12 países europeos, que permiten predecir el riesgo de presentar ECV mortal a los 10 años. Separa países de alto riesgo (centro y norte de Europa) y bajo riesgo (Bélgica, Suiza y países mediterráneos), estimándose dos ecuaciones diferentes para enfermedades coronarias y no coronarias, y se dispone de dos métodos de evaluación que diferencian en que uno utiliza el colesterol y el otro la relación colesterol total/HDL, según los autores no hay ventajas aparentes en la utilización de uno u otro método. La diabetes la considera de alto riesgo y por tanto la esta tabla no contempla su cálculo. Entre las ventajas de esta tabla figuran que está basada en mas de 25 estudios de cohortes en la población europea que engloban a mas de 205.000 personas, diferencia entre países de alto y bajo riesgo, como ya hemos mencionado, la mujer europea está bien representada (mas de 85.000) y has sido

aceptada por nueve instituciones públicas de nuestro país: Ministerio de Sanidad y Consumo, semFYC, SEMERGEN, así hasta 14 Sociedades Científicas. Entre sus inconvenientes destaca que solo mide mortalidad y no morbilidad. Solo analiza el rango de edad de 40 a 65 años. Así pues, aunque se trata de un modelo similar al de Framingham los conceptos utilizados difieren sensiblemente.

El principal inconveniente de las tablas cuantitativas es que al manejar umbrales de intervención según la edad de los pacientes y el riesgo absoluto de presentar un evento a corto y medio plazo hace que muchos jóvenes con importante carga FRCV no alcanzarían los umbrales de tratamiento, a pesar de tener un mayor riesgo respecto a sus similares en edad y sexo, mientras que por el contrario la mayoría de los hombres mayores de 60 años alcanzarían umbrales de tratamiento, aún a pesar de presentar tan solo un ligero incremento del riesgo relativo.

El VII informe de JNC (Joint Nacional Comité) ¹⁵, considera que la relación entre cifras de PA y el riesgo de eventos CV es continua e independiente de otros factores de riesgos de tal manera que por cada incremento de 20 mmHg en la PAS o de 10 mmHg en la PAD en individuos entre 30 y 40 años se dobla el riesgo cardiovascular entre el rango comprendido desde 115/75 hasta 185/115 por lo que no propone ningún método de cuantificación del RCV.

Desde al año 2003, otro método cualitativo muy utilizado para el cálculo del RCV del paciente son las tablas de la SEH-SEC. Las sociedades europeas 2003 y en su última revisión del año 2007, valoran el riesgo cardiovascular total a 10 años ¹⁶⁻¹⁷. Ambas nos permiten estimar el efecto combinado de diversos factores de riesgo, ayudándonos, de esta forma a adoptar las decisiones oportunas respecto al tratamiento de los pacientes hipertensos que además tienen otros FRCV acompañantes, la presencia de deterioro de órganos diana y la existencia de enfermedades cardiovasculares y renales. Esta tabla aporta varias ventajas tales como: la inclusión de categorías de riesgo muy altas, contempla al paciente normotenso e incluye FRCV emergentes tales como la proteína C reactiva como marcador de riesgo (aunque en la última revisión del año 2007, este FRCV volvió a desaparecer como indicador independiente

de RCV). Los términos riesgo bajo, moderado, alto y muy alto se utilizan para indicar un riesgo total absoluto aproximado en 10 años de ECV de <15%, 15-20%, 20-30% y >30, respectivamente, según criterios de Framingham ⁴ o riesgo absoluto de ECV mortal de <4%, 4-5%, 5-8 y >8% según la tabla SCORE ¹⁴.

Las tablas del REGICOR (tabla 4 y 5)¹⁸ están basadas en el estudio del corazón de Gerona y utiliza la misma ecuación de Framingham solo que adaptándolo a la prevalencia de morbimortalidad cardiaca de Gerona, la generalización de estas tablas para el resto de España hay que hacerla con sumo cuidado, porque sabemos que el estudio de Framingham sobrestima el riesgo de la población española en un 25% el Regidor infraestima este riesgo un 15%. Por ejemplo las mujeres de este estudio son las que menor riesgo cardiaco de todas las poblaciones estudiadas, cuando sabemos que las mujeres de Cádiz e Islas Canarias tienen mayor prevalencia de enfermedad cardiaca. Diferencia entre varones y mujeres, diabéticos y no diabéticos. Cuando se han intentado validar estas tablas, con otras poblaciones españolas solo el 4% tienen un riesgo cardiaca elevado (>20%). Estas tablas están en fase de validación, para situar el riesgo bajo (<5%), riesgo medio (5-10%) y riesgo alto (>10%).

¿Cuáles serían los pacientes prioritarios a tratar, o sea de alto riesgo?

En base a lo anteriormente expuesto, las prioridades en prevención cardiovascular, serían:^{10,11,19}

1. Pacientes con enfermedad coronaria, enfermedad arterial periférica o enfermedad cerebrovascular arteriosclerótica (ictus isquémico o accidente isquémico transitorio).

2. Pacientes con riesgo alto cardiovascular:

a) Riesgo cardiovascular = 5%.

b) Elevación acusada de un factor de riesgo:

– Colesterol total = 320 mg / dl o cLDL = 240 mg / dl.

– Presión arterial = 180 / 110 mm Hg.

c) Diabetes tipo 1 con microalbuminuria o diabetes tipo 2.

d) Aumento notable de factores de riesgo individuales, especialmente cuando se asocian a daño de órganos diana

3 Familiares próximos de:

a) pacientes con ECV ateroesclerótica de aparición precoz (< 55 años en varones y < 65 en mujeres

b) Individuos asintomáticos de muy alto riesgo

En cualquier caso, y en consonancia con las limitaciones que supone el uso de tablas de riesgo CV, estas mismas recomendaciones sugieren que la presencia de otros factores de riesgo añadidos, aunque no utilizados para la estratificación inicial del mismo, elevarían el riesgo hallado en las mismas. Estos condicionantes serían ¹⁹:

– Personas que se aproximan a la siguiente categoría de edad.

– Evidencia preclínica de arteriosclerosis: por ejemplo mediante ecografía, tomografía computarizada u otras técnicas de imagen.

– Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura: antecedentes de enfermedad cardiovascular en familiares de primer grado, padres o hermanos, antes de

Los 55 años de edad en familiares varones y antes de los 65 años en familiares mujeres.

– Hipertrofia ventricular izquierda electrocardiográfica o ecográfica.

– Cifras bajas de cHDL: < 40 mg / dl en varones y < 46 mg / dl en mujeres.

– Glucemia basal alterada.

– Obesidad abdominal o sedentarismo.

Sin embargo, y extrayendo literalmente una cita del reciente consenso europeo: *aunque estos*

individuos son los que obtienen mayor beneficio, la mayor parte de las muertes en una población son de los individuos con menos riesgo, simplemente porque son más numerosos que los individuos con alto riesgo, en los que, paradójicamente, aparecen menos episodios en cifras absolutas (paradoja de Rose). Así pues, una estrategia dirigida a los individuos de alto riesgo debe ser complementada con medidas de salud pública para reducir en la población, en la medida que sea posible, los factores de riesgo cardiovascular y animar a llevar un estilo de vida saludable.^{11,19}

Un resumen de las recomendaciones en prevención cardiovascular se puede apreciar en las Tabla 6 y 7.

BIBLIOGRAFÍA

1. Molinero LM, Modelos de riesgo cardiovascular. Estudio de Framingham. Proyecto SCORE. URL: www.seh-lelha.org/stat1.htm
2. SEH-LELHA. Guía Española de hipertensión arterial 2005. En Cap. III. Estratificación y valoración del riesgo cardiovascular. Hipertensión. 2005; 22:9-15.
3. Anderson KM, Odell PM, Wilson PWF, Panel WB. Cardiovascular disease risk profile. Am Heart J. 1990; 121:293-298.
4. Anderson KM, Wilson PWF, Odell PM, Kannel WB. An updated Coronary Risk Profile. A Statement for Health Professionals. Circulation. 1991; 83:356-362.
5. Hotamisligil GS. The role of TNF-alfa and TNF receptors in obesity and insulin resistance. J Intern Med. 1999; 245:621-625.
6. Scherer PE, Williams S, Fogliano M, Baldini G, Lodish HF. A novel serum protein similar to C1q, produced exclusively in adipocytes. J Biol Chem. 1995; 270:26746-26749.
7. Wang TJ, Gona P, Larson MG, Tofler GH, Levy D, Newton-Cheh C, et al. Multiple biomarkers for the prediction of first major cardiovascular events and death. N Engl J Med. 2006; 355:2631-9.
8. Ridker PM, Buring JE, Rifai N, Cook NR. Development and validation of improved algorithms for the assessment of global cardiovascular risk in women: the Reynolds Risk Score. JAMA. 2007; 297:611-9
9. De Backer. European guidelines on Cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart Journal. 2003; 24:1601-1610
10. Graham I. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Executive summary. Atherosclerosis. 2007; 194:1-45
11. Graham I. Guías de práctica clínica sobre prevención de la enfermedad cardiovascular: versión resumida. Rev Esp Cardiol. 2008; 61:e1-e49
12. Maiques A, Villar F, Brotons C, Torcal J, Orozco D, Navarro J, et al. Grupo de expertos del PAPPs. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Aten Primaria. 2007; 39:15-26.
13. Maiques Galan, A. Arteriosclerosis y factores de riesgo cardiovascular. Barcelona 2003. Ed. Euromedice, pag 1-22.
14. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer, G et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. Eur Heart J. 2003; 24: 987-1003.
15. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7). JAMA. 2003; 289:2560-2572.
16. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology. ESH / ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens. 2003; 21: 1011-1053
17. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano, et al. Guidelines for the Management of Arterial Hypertension:

he Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the ropean Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Journal of Hypertension. 2007; 25: 1105–1187.

18. Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, et al. Estimación del riesgo coronario en España. me-

diente ecuación de Framingham calibrada . Rev Esp Cardiol. 2003; 56: 253-261.

19. Lobos JM, Royo MA, Brotons C, Alvarez L, Armario P, Maiques A, et al. Guía Europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Adaptación española del CEIPC 2008. Rev Esp Salud Pública. 2008; 82: 581-616

Tabla 1. Principales Factores de Riesgo Vascular ⁴

Factores no modificables	Factores modificables
Edad	Hipertensión
Sexo	Dislipemia (CT; HDL-C; LDL-C; TG)
Raza	Tabaquismo
Genética	Obesidad abdominal (Perímetro cintura)
Historia familiar de ECV prematura	Diabetes Mellitus
Episodios CV previos	Sedentarismo
Episodios Cerebrovasculares previos	

Tabla 2. Tabla de riesgo de Framingham ⁴

EDAD MUJERES		EDAD HOMBRES		HDL-C		COLESTEROL		PAS		Otros Factores	Puntos
Años	puntos	Años	puntos	mg/dl	puntos	mg/dl	puntos	mmHG	puntos	TABACO	
30	.12	30	.2	25-26	7	139-151	.3	98-104	.2	DIABETES	En varones 3
31	.11	31	.1	27-29	6	152-166	.2	105-112	.1	HVI	En mujeres 6
32	.9	32-33	0	30-32	5	167-182	.1	113-120	0		9
33	.8	34	1	33-35	4	183-199	0	121-129	1	PUNTOS	RIESGO (%)
34	.6	35-36	2	36-38	3	200-219	1	130-139	2	1	<2
35	.5	37-38	3	39-42	2	220-239	2	140-149	3	2	2
36	.4	39	4	43-46	1	240-262	3	150-160	4	3	2
37	.3	40-41	5	47-50	0	263-288	4	161-172	5	4	2
38	.2	42-43	6	51-55	.1	289-315	5	173-185	6	5	3
39	.1	44-45	7	56-60	.2	316-330	6		6	6	3
40	0	46-47	8	61-66	.3				7	7	4
41	1	48-49	9	67-73	.4				8	8	4
42-43	2	50-51	10	74-80	.5				9	9	5
44	3	52-54	11	81-87	.6				10	10	6
45-46	4	55-56	12	88-96	.7				11	11	6
47-48	5	57-59	13						12	12	7
49-50	6	60-61	14						13	13	8
51-52	7	62-64	15						14	14	9
53-55	8	65-67	16						15	15	10
56-60	9	67-70	17						16	16	12
61-67	10	71-73	18						17	17	13
68-74	11	74	19						18	18	14
									19	19	16
									20	20	18
									21	21	19
									22	22	21
									23	23	23
									24	24	25
									25	25	27
									26	26	29
									27	27	31
									28	28	33
									29	29	36
									30	30	38
									31	31	40
									32	32	42

**TABLAS DE
FRAMINGHAM
Riesgo coronario TOTAL**

Anderson KM et al. Circulation
1991;83:356-362

Hombre de igual edad, no
diabético, no fumador, con PA
normal, CT 183-199 y HDL 50

Tabla 3. Tablas SCORE para el cálculo de la mortalidad cardiovascular ¹⁴

		Mujeres		Edad	Hombres		SCORE
		No fumadores	Fumadores		No fumadores	Fumadores	
Presión arterial sistólica	180	4 5 6 6 7	9 9 11 12 14	65	8 9 10 12 14	15 17 20 23 26	15% y por encima 10% - 14% 5% - 9% 3% - 4% 2% 1% <1%
	160	3 3 4 4 5	6 6 7 8 10		5 6 7 8 10	10 12 14 16 19	
	140	2 2 2 3 3	4 4 5 6 7		4 4 5 6 7	7 8 9 11 13	
	120	1 1 2 2 2	3 3 3 4 4		2 3 3 4 5	5 5 6 8 9	
	100	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1		1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	
	180	3 3 3 4 4	5 5 6 7 8	60	5 6 7 8 9	10 11 13 15 18	Riesgo a los 10 años de ECV mortal en poblaciones de bajo riesgo cardiovascular.
	160	2 2 2 2 3	3 4 4 5 5		3 4 5 5 6	7 8 9 11 13	
	140	1 1 1 2 2	2 2 3 3 4		2 3 3 4 4	5 5 6 7 9	
	120	1 1 1 1 1	1 2 2 2 3		2 2 2 3 3	3 4 4 5 6	
	100	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1		1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	
	180	1 1 2 2 2	3 3 3 4 4	55	3 4 4 5 6	6 7 8 10 12	© 2003 ESC
	160	1 1 1 1 1	2 2 2 3 3		2 2 3 3 4	4 5 6 7 8	
	140	1 1 1 1 1	1 1 1 2 2		1 2 2 2 3	3 3 4 5 6	
	120	0 0 1 1 1	1 1 1 1 1		1 1 1 2 2	2 2 3 3 4	
	100	0 0 1 1 1	0 0 1 1 1		0 0 1 1 1	0 0 1 1 1	
	180	1 1 1 1 1	1 1 2 2 2	50	2 2 3 3 4	4 4 5 6 7	
	160	0 0 1 1 1	1 1 1 1 1		1 1 2 2 2	2 3 3 4 5	
	140	0 0 0 0 0	1 1 1 1 1		1 1 1 1 2	2 2 2 3 3	
	120	0 0 0 0 0	0 0 0 1 1		1 1 1 1 1	1 1 2 2 2	
	100	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0		0 0 0 0 0	0 0 0 0 0	
	180	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0	40	0 1 1 1 1	1 1 1 2 2	
	160	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0		0 0 0 1 1	1 1 1 1 1	
	140	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0		0 0 0 0 0	0 1 1 1 1	
	120	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0		0 0 0 0 0	0 0 0 1 1	
	100	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0		0 0 0 0 0	0 0 0 1 1	
		4 5 6 7 8	4 5 6 7 8			4 5 6 7 8	
		Colesterol Total				150 200 250 300 mg/dl	

Tabla 4 Tabla REGICOR, NO DIABETICOS

A Varones

No fumadores
mmol/l <4,1 4,7 5,7 6,7 ≥7,2
mg/dl <160 180 220 260 ≥280

Fumadores
mmol/l <4,1 4,7 5,7 6,7 ≥7,2
mg/dl <160 180 220 260 ≥280

PAS/PAD (mmHg)

Edad 65-74 años

≥ 160/100	5	8	10	13	15
140-159/90-99	4	7	9	12	14
130-139/85-89	3	6	7	9	13
120-129/80-84	2	5	5	7	8
< 120/80	3	5	5	7	8

Edad 55-64 años

≥ 160/100	3	5	6	8	10
140-159/90-99	3	5	6	8	9
130-139/85-89	2	4	5	6	7
120-129/80-84	2	3	4	5	5
< 120/80	2	3	4	5	5

Edad 45-54 años

≥ 160/100	2	3	4	5	6
140-159/90-99	2	3	4	5	6
130-139/85-89	2	3	3	4	5
120-129/80-84	1	2	2	3	4
< 120/80	1	2	2	3	4

Edad 35-44 años

≥ 160/100	1	2	3	4	4
140-159/90-99	1	2	3	3	4
130-139/85-89	1	2	2	3	3
120-129/80-84	1	2	2	2	2
< 120/80	1	2	2	2	2

mmol/l <4,1 4,7 5,7 6,7 ≥7,2
mg/dl <160 180 220 260 ≥280

Colesterol

A Mujeres

No fumadoras
mmol/l <4,1 4,7 5,7 6,7 ≥7,2
mg/dl <160 180 220 260 ≥280

Fumadoras
mmol/l <4,1 4,7 5,7 6,7 ≥7,2
mg/dl <160 180 220 260 ≥280

PAS/PAD (mmHg)

Edad 65-74 años

≥ 160/100	5	6	8	8	10
140-159/90-99	4	5	6	6	8
130-139/85-89	3	4	5	5	6
120-129/80-84	3	4	5	5	6
< 120/80	2	3	3	3	4

Edad 55-64 años

≥ 160/100	5	6	8	8	10
140-159/90-99	4	5	6	6	8
130-139/85-89	3	4	5	5	6
120-129/80-84	3	4	5	5	6
< 120/80	2	3	3	3	4

Edad 45-54 años

≥ 160/100	3	4	5	5	7
140-159/90-99	3	3	4	4	5
130-139/85-89	2	3	3	3	4
120-129/80-84	2	3	3	3	4
< 120/80	2	2	2	2	3

Edad 35-44 años

≥ 160/100	2	1	2	2	3
140-159/90-99	1	2	2	2	2
130-139/85-89	1	1	2	2	2
120-129/80-84	1	1	2	2	2
< 120/80	1	1	1	1	1

mmol/l <4,1 4,7 5,7 6,7 ≥7,2
mg/dl <160 180 220 260 ≥280

Colesterol

Tabla 5 Tabla REGICOR, DIABETICOS (10)

B

Varones diabéticos

		No fumadores					Fumadores				
		mmol/l <4,1 4,7 5,7 6,7 ≥7,2					mmol/l <4,1 4,7 5,7 6,7 ≥7,2				
		mg/dl <160 180 220 260 ≥280					mg/dl <160 180 220 260 ≥280				
PAS/PAD (mmHg)	≥ 160/100	7	12	14	20	21	11	19	22	29	33
	140-159/90-99	6	11	13	17	20	10	18	21	27	31
	130-139/85-89	5	9	10	14	16	8	14	17	22	25
	120-129/80-84	4	7	8	11	12	6	11	13	17	20
	< 120/80	4	7	8	11	12	6	11	13	17	20
		Edad 65-74 años					Edad 65-74 años				
PAS/PAD (mmHg)	≥ 160/100	4	8	9	12	14	7	12	15	20	22
	140-159/90-99	4	7	8	11	13	6	11	13	18	20
	130-139/85-89	3	6	7	9	10	5	9	11	14	17
	120-129/80-84	3	4	5	7	8	4	7	8	11	13
	< 120/80	3	4	5	7	8	4	7	8	11	13
		Edad 55-64 años					Edad 55-64 años				
PAS/PAD (mmHg)	≥ 160/100	3	5	6	8	9	4	8	9	13	15
	140-159/90-99	3	5	5	7	8	4	7	9	12	13
	130-139/85-89	2	4	4	6	7	3	6	7	9	11
	120-129/80-84	2	3	3	5	5	3	5	5	7	8
	< 120/80	2	3	3	5	5	3	5	5	7	8
		Edad 45-54 años					Edad 45-54 años				
PAS/PAD (mmHg)	≥ 160/100	2	3	4	5	6	3	5	6	8	9
	140-159/90-99	2	3	4	5	5	3	5	6	8	9
	130-139/85-89	2	3	3	4	4	2	4	5	6	7
	120-129/80-84	1	2	2	3	3	2	3	4	5	5
	< 120/80	1	2	2	3	3	2	3	4	5	5
		Edad 35-44 años					Edad 35-44 años				
PAS/PAD (mmHg)	≥ 160/100	2	3	4	5	6	3	5	6	8	9
	140-159/90-99	2	3	4	5	5	3	5	6	8	9
	130-139/85-89	2	3	3	4	4	2	4	5	6	7
	120-129/80-84	1	2	2	3	3	2	3	4	5	5
	< 120/80	1	2	2	3	3	2	3	4	5	5
		Colesterol					Colesterol				
		mmol/l <4,1 4,7 5,7 6,7 ≥7,2					mmol/l <4,1 4,7 5,7 6,7 ≥7,2				
		mg/dl <160 180 220 260 ≥280					mg/dl <160 180 220 260 ≥280				

B

Mujeres diabéticas

		No fumadoras					Fumadoras				
		mmol/l <4,1 4,7 5,7 6,7 ≥7,2					mmol/l <4,1 4,7 5,7 6,7 ≥7,2				
		mg/dl <160 180 220 260 ≥280					mg/dl <160 180 220 260 ≥280				
PAS/PAD (mmHg)	≥ 160/100	8	11	13	13	17	11	14	17	17	22
	140-159/90-99	7	9	11	11	14	9	12	14	14	19
	130-139/85-89	6	7	8	9	11	7	9	11	11	15
	120-129/80-84	6	7	8	9	11	7	9	11	11	15
	< 120/80	3	4	5	5	7	4	6	7	7	9
		Edad 65-74 años					Edad 65-74 años				
PAS/PAD (mmHg)	≥ 160/100	8	11	13	13	17	11	14	17	17	22
	140-159/90-99	7	9	11	11	14	9	12	14	14	19
	130-139/85-89	6	7	8	9	11	7	9	11	11	15
	120-129/80-84	6	7	8	9	11	7	9	11	11	15
	< 120/80	3	4	5	5	7	4	6	7	7	9
		Edad 55-64 años					Edad 55-64 años				
PAS/PAD (mmHg)	≥ 160/100	5	7	8	9	11	7	9	11	11	15
	140-159/90-99	5	6	7	7	9	6	7	9	10	12
	130-139/85-89	4	5	5	6	7	5	6	7	7	10
	120-129/80-84	4	5	5	6	7	5	6	7	7	10
	< 120/80	2	3	3	4	5	3	4	4	5	6
		Edad 45-54 años					Edad 45-54 años				
PAS/PAD (mmHg)	≥ 160/100	2	3	3	4	5	3	4	4	5	6
	140-159/90-99	2	2	3	3	4	2	3	4	4	5
	130-139/85-89	2	2	2	2	3	2	2	3	3	4
	120-129/80-84	2	2	2	2	3	2	2	3	3	4
	< 120/80	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2
		Edad 35-44 años					Edad 35-44 años				
PAS/PAD (mmHg)	≥ 160/100	2	3	4	5	6	3	4	4	5	6
	140-159/90-99	2	3	4	5	5	2	3	4	4	5
	130-139/85-89	2	2	3	3	4	2	2	3	3	4
	120-129/80-84	2	2	3	3	4	2	2	3	3	4
	< 120/80	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2
		Colesterol					Colesterol				
		mmol/l <4,1 4,7 5,7 6,7 ≥7,2					mmol/l <4,1 4,7 5,7 6,7 ≥7,2				
		mg/dl <160 180 220 260 ≥280					mg/dl <160 180 220 260 ≥280				

Tabla 6¹¹**¿Cuáles son los objetivos de la prevención de la ECV?**

- Asistir a los individuos con bajo riesgo de ECV para mantenerlos en ese estado durante toda la vida y ayudar a reducirlo a quienes tienen un riesgo total de ECV aumentado
- Alcanzar las características de las personas que tienden a mantenerse sanas:
 - No fumar
 - Elección de alimentos saludables
 - Actividad física: 30 minutos de actividad moderada al día
 - IMC < 25 kg/m² y evitar la obesidad central
 - PA < 140/90 mmHg
 - Colesterol total < 5 mmol/l (~ 190 mg/dl)
 - cLDL < 3 mmol/l (~ 115 mg/dl)
 - Glucosa sanguínea < 6 mmol/l (~ 110 mg/dl)
- Conseguir un control más riguroso de los factores de riesgo en personas con alto riesgo, sobre todo en los que tienen ECV establecida o diabetes:
 - Presión arterial < 130/80 mmHg cuando sea factible
 - Colesterol total < 4,5 mmol/l (~ 175 mg/dl) con opción de < 4 mmol/l (~ 155 mg/dl) si es factible
 - cLDL < 2,5 mmol/l (~ 100 mg/dl) con opción de < 2 mmol/l (~ 80 mg/dl) si es factible
 - Glucosa sanguínea < 6 mmol/l (~ 110 mg/dl) y glucohemoglobina (HbA_{1c}) < 6,5% si es factible
- Considerar tratamiento farmacológico cardioprotector para los individuos con alto riesgo, sobre todo cuando haya ECV aterosclerótica establecida

Tabla 7¹¹

¿Cuándo hay que evaluar el riesgo total de ECV?		
Quando el paciente lo solicite	Si durante una consulta: – La persona es fumadora de mediana edad – Se sabe de uno o más factores de riesgo como, por ejemplo, colesterol elevado	– Hay antecedentes familiares de ECV prematura o factores de riesgo importantes, como hiperlipemia – Hay síntomas de ECV
Evaluación del riesgo: ¿qué debo hacer?		
Utilizar la tabla SCORE, a menos que haya ECV conocida, diabetes o factores de riesgo aislados muy elevados		
– Antecedentes: enfermedades previas, antecedentes familiares de ECV prematura, tabaquismo, ejercicio, hábitos dietéticos – Exploración: PA, frecuencia cardíaca, auscultación cardíaca y pulmonar, pulso en el pie, estatura, peso (índice de masa corporal), perímetro de la cintura	– Pruebas de laboratorio: orina, para proteína y glucosa. Colesterol y lípidos en ayunas cuando sea factible (cLDL, cHDL, triglicéridos), glucosa, creatinina – ECG y pruebas de esfuerzo cuando se sospeche angina	– ECG y considerar ecocardiograma en jóvenes o en personas muy hipertensas – Considerar PCR de alta sensibilidad, lipoproteína (a), fibrinógeno, homocisteína; derivar al especialista si hay ECV prematura o antecedentes familiares de ella
ECV establecida	DM2 o DM1 con microalbuminuria	Factor de riesgo aislado muy aumentado
Recomendaciones sobre el estilo de vida		
Abandono del tabaquismo Reducir el peso corporal si el IMC es ≥ 25 kg/m ² y sobre todo si el IMC ≥ 30 kg/m ² No aumentar más de peso si el PC es 80-88 cm en mujeres y 94-102 cm en varones. Recomendar perder peso cuando el perímetro de cintura es ≥ 88 cm en mujeres y ≥ 102 cm en varones 30 minutos de ejercicio moderado la mayoría de los días de la semana; el ejercicio y la pérdida de peso pueden prevenir la diabetes	Dieta saludable – Gran variedad de alimentos – Aporte calórico ajustado para evitar el sobrepeso – Recomendar el consumo de: frutas, verduras, cereales y pan enteros, pescado (sobre todo azul), carne magra, productos lácteos desnatados – Reemplazar las grasas saturadas por grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas (vegetales y marinas) – Los hipertensos deben reducir la ingesta de sal	– Asesoramiento sobre el estilo de vida para mantener el estado de bajo riesgo – Reevaluar el riesgo total a intervalos regulares
Tratamiento farmacológico		
Más probable a medida que el riesgo SCORE supere el 5% y, sobre todo, cuando se aproxime al 10% o cuando haya lesión de órganos diana. En los ancianos, en general no se recomienda tratamiento farmacológico para riesgos menores del 10%, a menos que haya una indicación específica		
Considérense los fármacos reductores de la PA cuando ésta sea $\geq 140/90$ mmHg Considérense las estatinas cuando el colesterol total sea ≥ 5 o el cLDL sea ≥ 3 En pacientes con ECV: aspirina. Eatinas, para la mayoría En pacientes con diabetes: considérense los fármacos hipoglucemiantes		

Figura 1 Tabla de Riesgo Relativo. ¹¹

Presión arterial sistólica (mmHg)	No fumador					Fumador				
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4

URM ITINERARIO FORMATIVO: Prevención cardiovascular

Taller: Prescripción de actividad física en las consultas de atención primaria

Iturrioz Rosell P¹, Rubio Arribas V², Iturrioz Rosell I³

¹ Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria de Gipuzkoa. Miembro del Grupo de Actividad Física y Salud de la semFYC

² Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Irún Centro. Miembro del Grupo de Actividad Física y Salud de la semFYC

³ Licenciado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. Patronato de Deportes de Irún. Miembro del Grupo de Actividad Física y Salud de Osatzen

Las personas realizan cada vez menos actividad física con graves consecuencias para mantener una buena calidad de vida. Entre las causas **de la reducción de la actividad física** se encuentran el uso abusivo de la televisión, la aparición de nuevas formas de ocio (ordenadores, Internet...), el uso del automóvil para todo desplazamiento etc.... Aunque cada vez es mayor el esfuerzo de las autoridades comunitarias en promover espacios que faciliten la práctica de actividad física como son los paseos y circuitos saludables, carriles bici...etc. el sedentarismo se ha convertido en un grave problema de Salud Pública.

La Prescripción de Actividad Física

Los profesionales sanitarios de Atención Primaria desempeñan un papel primordial en la **promoción de hábitos de vida saludable**.

Los médicos y enfermeras de Atención Primaria refieren, en diferentes encuestas, que aconsejan a sus pacientes el realizar alguna actividad física, pero su consejo es muy general, limitado a "tiene que andar más" o "vaya a nadar".

Con el fin de mejorar la Prescripción deberíamos tener en consideración las siguientes características:

- Hacerla sencillo, utilizando un lenguaje apropiado al nivel de comprensión de cada persona. Respondiendo a sus dudas, miedos y problemas.

- Hacerla atractiva, transmitiendo los beneficios sobre su salud, tanto física como mental y social de forma que se sientan recompensados.

- Identificar y eliminar barreras.

- Evitar términos como deporte o ejercicio que pueden suponer una barrera por su identificación con competición o esfuerzo.

- Considerar las circunstancias y las limitaciones de la propia persona, sus preferencias, accesibilidad y posibilidades personales.

- Por parte del paciente influyen positivamente y se deben estimular la confianza en la capacidad de uno mismo, el disfrutar de la actividad y las creencias positivas de los beneficios.

- Identificar y potenciar el apoyo externo de familia, amigos y recursos comunitarios.

- Buscar el acuerdo, "contrato", con el paciente. Pactar con él objetivos realistas y que sea capaz de mantener en el tiempo.

Las últimas recomendaciones refieren que todos los adultos de 18 a 65 años necesitan realizar una Actividad Física Aeróbica de Intensidad Moderada por un mínimo de 30 minutos durante 5 días a la semana o una Actividad Física Aeróbica de Intensidad Vigorosa por un mínimo de 20 minutos durante 3 días a la semana.

¿Qué tipo de Actividades podríamos recomendar?

1.- Actividades en la vida cotidiana:

- Caminar en la rutina diaria, ir al trabajo andando.
- Si se utiliza el transporte colectivo, bajarse una parada antes del autobús.
- Aparcar el coche a 500 metros del trabajo.
- Subir por las escaleras, en vez de utilizar el ascensor.
- Caminar enérgicamente durante el descanso para el almuerzo o durante los tiempos libres.
- Reducir los períodos largos de inactividad, evitando, por ejemplo, estar mucho tiempo viendo la televisión o sentado frente al ordenador.
- Sacar a pasear al perro.
- Salir a Bailar
- Tratar de aumentar la intensidad de las tareas domésticas.
- Levantarse del sofá o de la silla de la oficina y hacer estiramientos durante unos minutos cada hora.
- Realizar, si es el caso, tareas de jardinería o en la huerta.

2.- Actividades en el tiempo libre

Actividades aeróbicas como andar a paso ligero, salir al monte, bailar, correr, montar en bicicleta, nadar, jugar al golf, o cualquier otro deporte en grupo.

¿Con qué Frecuencia? : Como mínimo, durante 5 días a la semana.

¿Cuál debe ser la duración? : Al menos 30 minutos diarios, los jóvenes 60 minutos. Este tiempo es acumulativo, se puede hacer en “trozos” de 10-15 minutos.

¿Con qué Intensidad lo debemos realizar? : Se recomienda comenzar con actividades de intensidad moderada e incrementar gradualmente, sin realizar un esfuerzo desmesurado.

Existen distintos métodos para medir la intensidad de la actividad como:

- La medición de la frecuencia cardiaca, para alcanzar el 60-80% de la frecuencia cardiaca máxima (220 menos la edad). El uso de pulsómetros facilita esta medición.
- Por su sencillez, destacamos el «**test de hablar**», que consiste en mantener una intensidad de actividad en la que el hablar, mantener una conversación, resulte difícil, teniendo sensación de esfuerzo y sudoración.

Es recomendable completar la actividad aeróbica con Ejercicios de Fuerza y de Flexibilidad al menos 2 veces a la semana.

URM ITINERARIO FORMATIVO: Prevención cardiovascular

Taller: Nutrición cardiosaludable

Jiménez Lorente CP¹, Iglesias García A²

¹ Médica de Familia. Miembro del Grupo de Trabajo de Nutrición de semFYC. Responsable del Grupo de Trabajo de Nutrición de SAMFYC. Unidad de Gestión Clínica Zaidín Sur (Granada)

² Médica de Familia. Miembro del Grupo de Trabajo de Nutrición de semFYC. CS de Ventanielles (Oviedo- Asturias)

Algunas de las enfermedades más prevalentes en nuestra sociedad, atendidas en las consultas de atención primaria son subsidiarias cuando menos de un consejo dietético. En otros casos, como la obesidad y la diabetes, la intervención nutricional debe plantearse como estrategia básica del tratamiento.

Actualmente existen suficientes evidencias que apoyan la eficacia de una intervención dietética con estrategia de prevención de la enfermedad cardiovascular, controlando sus principales factores de riesgo la diabetes, dislipemias, hipertensión arterial, obesidad. Especialmente con el alarmante aumento del sobrepeso y la obesidad en nuestra sociedad, parece muy oportuno dirigir nuestro esfuerzo hacia la promoción de una alimentación saludable.

En este momento la disponibilidad de alimentos no es el único factor condicionante de la alimentación de forma que un individuo de una sociedad industrializada puede alimentarse de forma incorrecta y perjudicial para la salud a pesar de encontrarse en una zona de abundancia. Esto es más evidente si carece de criterios sobre una alimentación equilibrada.

Nuestro taller está orientado desde el consejo hasta la prescripción. Por todo ello resul-

tan fundamentales algunas estrategias necesarias para una intervención dietética efectiva.

Actualmente son muchos los ejemplos de programas unifactoriales, es decir orientados únicamente hacia el control de la hipertensión o la dislipemia que, focalizados en los milímetros de mercurio de la presión arterial o los miligramos de colesterol, olvidan la práctica de una intervención dietética y los objetivos de una alimentación saludable.

En nuestras consultas los pacientes nos preguntan lo siguiente: Soy hipertenso ¿puedo tomar café?, ¿y chocolate?; tengo el colesterol alto: ¿cuántos huevos puedo tomar?; ¿es verdad que el ajo reduce el colesterol? Como médico, ¿recomendaría a mis pacientes con dislipemia tomar nueces?, ¿existen algunas alternativas o complementos al tratamiento con estatatinas?, por ejemplo, la fibra o los esteroides vegetales, ¿es importante recomendar los lácteos enriquecidos con omega 3?... todas estas preguntas en este taller se responderán basándonos en casos reales sacados de la consulta y con la mejor evidencia científica.

Por último animarnos en convertirnos en una polidietista y no solo en una polipildora.



URM ITINERARIO FORMATIVO: Cirugía menor y traumatología

Taller: Vendajes funcionales posibles en atención primaria

González Caro E¹, Agudo Fabre JL²

¹ Médico. Servicios Médicos de FREMAP. Cádiz

² Fisioterapeuta de FREMAP Puerto Real Cádiz. Osteópata. Miembro de la Comisión Nacional de Fisioterapeutas de FREMAP

Introducción

La habilidad en la realización de vendajes funcionales se reconoce como competencia específica dentro del mapa de la especialidad en medicina familiar y comunitaria. Por demás, la incidencia de patología traumatológica, tanto de carácter agudo, precisando asistencia en servicios de urgencia o dispositivos de cuidados críticos, como de carácter crónico, en relación con diversas patologías osteoarticulares y de tejidos blandos, justifica la pertinencia de cualquier actividad que refiera como objetivo general aumentar el conocimiento y mejorar la habilidad relacionada con el vendaje funcional, en el ámbito de la atención primaria. Al tratarse de técnicas de intervención funcional, aportan como principal ventaja la evitación de las inmovilizaciones rígidas, con potenciales contraindicaciones.

Objetivo general

Aumentar el conocimiento relacionado con la competencia profesional en la realización de vendajes funcionales.

Mejorar la habilidad en la práctica del vendaje funcional.

Objetivos específicos

1.- Identificar expectativas y necesidades de mejora en el área de los vendajes funcionales por parte de los médicos de familia

2.- Conocer los antecedentes y la evolución de esta área competencial en el ámbito de la atención primaria

2.- Identificar aquellas situaciones clínicas frecuentes que puedan resultar en indicación (o sus contraindicaciones) para la realización de un vendaje funcional.

3.- Conocer los recursos materiales necesarios para la realización de los distintos vendajes funcionales así como el correcto uso de los mismos, permitiendo evitar aquellas situaciones que pueden producir iatrogenia por daño cutáneo o articular.

4.- Realizar de forma práctica y participativa distintas técnicas de vendajes

Metodología

La elaboración de los contenidos de la actividad se realiza atendiendo, fundamentalmente a las expectativas expresadas, mediante encuesta específica facilitada a los alumnos, con anterioridad a la celebración del congreso.

El taller comienza siguiendo metodología expositiva, breve en duración, facilitando la consecución de objetivos teóricos ya reseñados. La información a transmitir se apoya en material visual, con soporte informático. A continuación, y ya de forma sistemática, se utiliza metodología mixta, teórico-práctica, interactiva, con escucha activa y resolución de problemas, sobre trabajo de campo práctico. Se procede a la exposición de situaciones concretas y con alta inciden-

cia en atención primaria, invitando a enriquecer el índice de casos clínicos potenciales con la aportación del alumno, en base a su propia experiencia en la práctica clínica diaria.

Se explican las distintas técnicas de vendaje funcional posibles, atendiendo a las distintas patologías osteoarticulares y de partes blandas, subsidiarias. La participación activa del alumno se garantiza, facilitando la práctica específica de distintas técnicas, centradas, fundamentalmente en muñecas, manos, hombros, tobillo, dedos y pies, por ser las articulaciones más afectas.

Para la factibilidad de la actividad, se dota de recursos materiales relacionados suficien-

tes para cubrir expectativas y satisfacer objetivos.

La evaluación se hace de forma colectiva, con retroalimentación continua por parte de los docentes que permita identificar oportunidades de mejora en las habilidades especificadas, así como las posibles contraindicaciones del uso de estas técnicas. Se matizan peculiaridades atendiendo a diferentes edades de pacientes sobre los que intervenir, así como potenciales criterios de derivación a atención especializada.

La actividad finaliza con la cumplimentación de la encuesta de satisfacción elaborada al efecto por el Comité Organizador y Científico del Congreso.



URM ITINERARIO FORMATIVO: Cirugía menor y traumatología

Taller: Infiltraciones frecuentes en atención primaria

Hidalgo Abujas J¹, Balboa Jiménez AL²

¹ Médico de Familia. UGC Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz

² Médico de Familia. UGC San Fernando Este. San Fernando. Cádiz

Con el taller pretendemos promocionar entre los médicos de familia de atención primaria el uso de ésta técnica, en el aparato locomotor en sus localizaciones y patologías más *frecuentes*. Entre los objetivos se encuentran adquirir los conocimientos anatómicos y de exploración física imprescindibles para un diagnóstico clínico, para luego poder aplicarlas. Así se verán: hombro, codo, mano, rodilla y pie.

La metodología consistirá en una exposición audiovisual de los fundamentos y generalidades de la técnica y la específica de cada localización de 1 hora de duración aproximadamente, y posteriormente la parte práctica, donde se formaran dos grupos y se ensayará (monitorizado individualmente por los dos docentes) en material porcino y simuladores anatómicos, también de una hora aproximada de duración.

URM ITINERARIO FORMATIVO: Cirugía menor y traumatología

Taller: Habilidades básicas en cirugía menor

Rocha Vega E¹, Robles Montes E²

¹ Médico Familia EBAP adscrito a la ZBS de Cádiz, con ejercicio profesional en el Centro de Salud de La Paz

² Enfermero EBAP adscrito a la ZBS de Cádiz, con ejercicio profesional en el Centro de Salud La Laguna

En los últimos años se viene produciendo un aumento de calidad y de cantidad en las actividades que el Médico de Familia viene desempeñando en su consulta diaria en nuestro país. Una de estas actividades es la cirugía menor.

La realización de procedimientos de cirugía menor, tanto diagnósticos como terapéuticos, debe estar dentro del marco de competencias y habilidades que tenga el Médico de Familia, para desarrollar una práctica profesional de calidad. Por ello, su práctica y experiencia, es un elemento fundamental para la formación completa del Médico de Familia. Además, se requiere la adopción de innovadoras formas organizativas en el campo de las actividades relacionadas con la cirugía menor en AP.

La cartera de servicios definida en el contrato programa de los Centros de Salud del SAS, incluye la existencia de un Programa de Cirugía Menor, en el que quedan reflejadas las patologías que deben ser tratadas en dicho programa.

El taller pretende mejorar las actividades organizativas, las habilidades diagnósticas y manejo de las técnicas de tratamiento de las lesiones susceptibles de ser tratadas en los Centros de Salud de AP.

Mediante una metodología expositiva/interrogativa se expondrán todas aquellas actividades a desarrollar en el programa de cirugía menor y las técnicas quirúrgicas y habilidades más frecuentemente empleadas. Persiguiendo mejorar la toma de decisiones en cuanto a la seguridad del diagnóstico, lograr una indicación apropiada de la cirugía y el manejo de las técnicas habituales.

El taller queda dividido en tres partes, una teórica en la que se realizará una exposición de conocimientos y habilidades básicas para la realización eficiente del programa de cirugía menor en AP; una segunda parte teórico-práctica, de presentación de casos y discusión en grupos; y por último una parte práctica, en la que se intentará familiarizar a los participantes en el taller con las actividades habituales en cirugía menor y en técnicas de suturas más frecuentes.



URM ITINERARIO FORMATIVO: Acciones en emergencias

Taller: Adiestramiento en la atención al síndrome coronario agudo. Fibrinólisis extrahospitalaria

Pérez López I¹, Lucas Fernández C¹, Morán Rodríguez A²

¹ Médico de Familia. UGC DCCU La Janda. Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz

² Médico de Familia. UGC DCCU Cádiz-San Fernando. Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz

La medicina de urgencias extrahospitalarias ha tenido un gran desarrollo en los últimos años y se ha constituido en el primer y fundamental eslabón para detectar patologías potencialmente letales. De entre éstas el síndrome coronario agudo (SCA) constituye una emergencia médica cuyo pronóstico va a depender de su rápido diagnóstico y de la indicación terapéutica más adecuada.

La necrosis del tejido miocárdico ocurre principalmente durante los 30 a 90 minutos después de producirse la oclusión coronaria. Si se logra la apertura de la arteria durante este periodo, se puede prevenir la extensión del infarto y preservar la función del ventrículo izquierdo, logrando así no solo una disminución de la mortalidad sino también, una mejor calidad de vida de estos pacientes.

Por este motivo, el médico de Familia tiene la obligación de reconocer y tratar de forma precoz esta patología, conocer las indicaciones del tratamiento de reperfusión (fibrinólisis / angioplastia) y procurar el traslado urgente al Hospital empleando los medios y recursos más adecuados en cada caso.

Los síndromes coronarios agudos, tanto con elevación del ST o sin elevación del ST, constituyen unas de las patologías que actualmente están mejor definidas en las distintas guías clínicas, entre las cuales existen además pocas diferencias. Sin embargo, la realidad es que en la práctica diaria existe una gran variabilidad, no sólo por las características particulares de cada paciente, sino dependiente de la zona o región donde se trate, del sistema sanitario donde nos encontremos y del propio profesional que atien-

de al paciente. Esta situación se ha corroborado en diferentes publicaciones.

Si se tiene en cuenta que la mayor mortalidad en estos pacientes se produce en los primeros momentos tras el inicio de los síntomas y que el pronóstico posterior dependerá en buena medida de la actuación inicial se comprende fácilmente la necesidad de coordinar mediante protocolos consensuados todos los niveles de atención a los pacientes con SCA, para conseguir:

- Facilitar a todos los pacientes, independientemente de donde se encuentren, la atención más adecuada y precoz, dentro de lo cual podría incluirse el establecimiento de unas directrices de derivación por parte de atención primaria no tanto al centro hospitalario más cercano, sino al más próximo con posibilidad de tener disponible un laboratorio de hemodinámica para la realización de angioplastias, así como protocolos consensuados para la administración de fibrinolíticos en el área extrahospitalaria.

- Establecer protocolos de actuación bien definidos para los pacientes que consulten por un dolor torácico.

- Disponer de un registro continuo que permita analizar los resultados para conseguir una mejora continua de la atención a estos pacientes.

En definitiva nuestra aspiración principal del taller es proporcionar a los profesionales sanitarios que trabajan en Atención Primaria los conocimientos teórico-prácticos necesarios para la correcta valoración de los síndromes coronarios agudos y la elección de la terapia más adecuada. Para ello nos plantearemos una serie de objetivos como:

- Conocer la importancia del diagnóstico clínico temprano del Síndrome coronario agudo (SCA).
- Adquirir habilidades en la interpretación de los signos y síntomas clínicos del SCA.
- Adquirir habilidades en la interpretación electrocardiográfica de los SCA y su diferenciación en Síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST)/ Síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST).
- Adquirir los conocimientos y habilidades para el correcto manejo terapéutico de los SCASEST y SCACEST, incluyendo la elección de la estrategia de reperfusión más adecuada en cada caso.
- Conocer las indicaciones y contraindicaciones de la fibrinólisis en el ámbito extrahospitalario.



CLASIFICACIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO. SEGÚN REGISTRO ARIAM:

1

PRIORIDAD I ARIAM (deben cumplir todos los requisitos)

- Dolor típico de más de 30 minutos que no cede tras NTG sl.
- ECG con ST elevado > 2 mm en 2 o más derivaciones.
- Edad < 75 años
- Evolución < 6 horas
- TAs > 100 mmHg
- No bloqueo AV 2º o 3º, ni taquiarritmia.
- No contraindicaciones relativas ni absolutas de fibrinólisis.

2

PRIORIDAD II ARIAM (presenta algunas de las siguientes características).

- Dolor atípico.
- ECG atípico (ST elevado < 2 mm, bloqueo completo de rama derecha, cambios en T).
- Edad > 75 años o corta expectativa de vida.
- Evolución > 6 horas
- TAs < 100 o TAD > 100 mmHg
- Contraindicación relativa de fibrinólisis.
- FC < 60 lat/min, bloqueo AV, taquiarritmia.

3

PRIORIDAD III ARIAM

- Desaparición del dolor tras nitroglicerina.
- Descenso significativo del ST y/o normalización significativa del ECG tras nitroglicerina.
- Edad > 75 años y/o enfermedades asociadas con mal pronóstico a corto plazo.
- Evolución > 12 horas.
- Contraindicación absoluta de fibrinólisis.
- No consentimiento del paciente y/o familiares para la fibrinólisis.

SCACEST. FIBRINOLISIS CON TNK:

TRATAMIENTO COMÚN A TODOS LOS SCACEST:

- Medidas generales: reposo, evitar inyecciones i.m. y punciones de repetición, monitorización ECG y de ctes, O₂, vía venosa periférica, NTG s.l.
- Doble antiagregación: AAS, Clopidogrel.
- Analgesia: Cloruro Mórfico / Meperidina.
- Otros: NTG i.v. y Betabloqueantes salvo contraindicaciones.



Canalizar una 2ª vía venosa periférica con Suero Fisiológico. Usar la vía venosa más segura, más rápida y con posibilidad de realizar compresión externa.



Administrar TNK según peso, en bolo IV único < 10 seg

Peso / kg	TNK(U)	TNK(mg.)	Vol. de solución reconstituida (ml)
< 60	6000	30	6
60-69	7000	35	7
70-79	8000	40	8
80-89	9000	45	9
> 90	10.000	50	10

CONTRAINDICACIONES DEL TRATAMIENTO FIBRINOLÍTICO:

ABSOLUTAS:

- Antecedentes de ictus hemorrágico.
- Neoplasia intracranial conocida.
- Malformación intracranial conocida.
- Ictus no hemorrágico en los tres primeros meses previos.
- Hemorragia activa o diátesis hemorrágica conocida (excluida la menstruación).
- Cirugía o traumatismo craneal o facial significativo en los tres meses previos.
- Sospecha de disección aórtica.



RELATIVAS:

- HTA no controlada en la presentación (> 180/110 mmHg).
- Historia de HTA crónica severa, no controlada adecuadamente.
- Historia de ACV previo u otra patología intracerebral no incluida en las contraindicaciones absolutas.
- Hemorragia interna reciente (2 - 4 semanas previas).
- RCP prolongada (>10 min) traumática o cirugía mayor en tres semanas previas.
- Anticoagulación crónica (INR > 2.3).
- Úlcera péptica activa.
- Embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

- *http://www.lunadeandalucia.es/salud/contenidos/procesos/doc/s/SCACEST_29_11_07.pdf
- *http://www.lunadeandalucia.es/salud/contenidos/procesos/doc/s/IAM_2_2008.pdf
- *ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients with ST-elevation Acute Myocardial Infarction. JACC 2004; 44:671-719. Disponible en texto íntegro en <http://www.ac.org>.
- *López Mesa JB Coordinador. Medicina Crítica Práctica. Síndrome Coronario Agudo. Nuevas perspectivas diagnósticas y terapéuticas. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYU); 2007
- *JAMA 2000; 284: 835-842 / Am J Cardiol 2004; 93: 813-816

19ª Conferencia
SAMFYC
Palacio de Congresos de Cádiz
18 al 20 de Junio de 2009
Cádiz 2009
www.samfyccadiz2009.com info@samfyccadiz2009.com

ACCIONES EN EMERGENCIA

Actuación en el Síndrome Coronario Agudo.

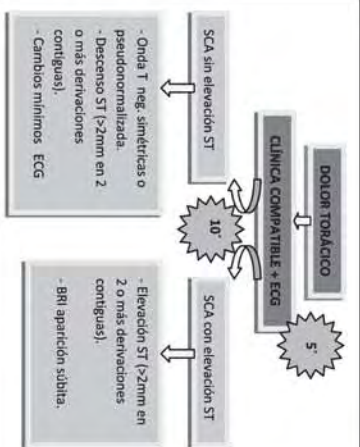
Fibrinólisis Extrahospitalaria



Revista Medicina de Familia Andaluza
Volumen 10, número 2, suplemento 1, Junio
de 2009
ISSN: 1576-4524
Depósito Legal: Gr-368-2000

Dra. Inmaculada Pérez López
Dra. Cristina Lucas Fernández
Dra. Ana Marín Rodríguez
Dr. Armando Navarro Mora
Grupo. Urrencios. SAMFYC

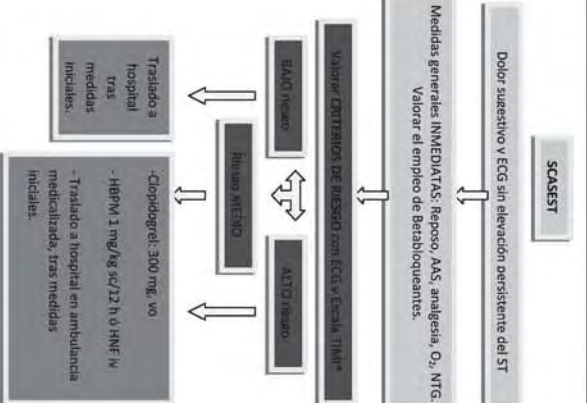
CLASIFICACIÓN DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO:



MEDIDAS INICIALES EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO:

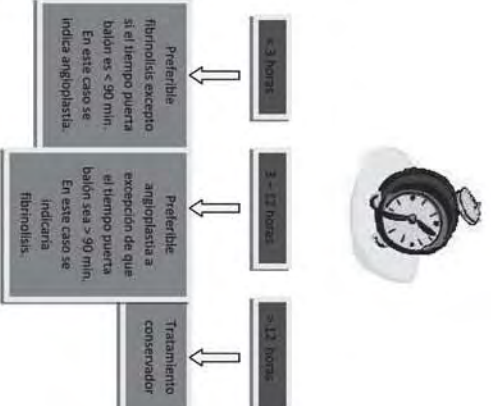
- Evaluación inicial rápida: características del dolor, antecedentes personales, factores de riesgo cardiovascular y exploración física (detectar signos de hiperfusión, insuficiencia cardíaca y shock).
 - ECG completo de 12 derivaciones. Monitorización continua ECG y de constantes vitales (TA, FC y Sat O₂).
 - Proximidad de desfibrilador y medios necesarios para maniobras de RCP si fuera necesario.
 - Reposo y oxigenoterapia complementaria.
 - En ausencia de contraindicaciones administrar antiagregación: AAS 160-650 mg masticada, Valorar Clopidogrel a dosis de carga (300 mg).
 - Administrar NTG si hasta 3 dosis (cp o spray) a intervalos de 5-10 min. Valorar administración i.v.
- Analgésicos:** Cloruro Morfico / Meperidina.

**SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN
DEL ST. ENFOQUE INICIAL:**



**SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN
DEL ST. ENFOQUE INICIAL:**

- Dolor sugestivo de isquemia miocárdica que no cede tras la administración de nitratos.
- ECG con elevación persistente del ST
- Administrar tratamiento: AAS, Clopidogrel, anestesia, valores NTG iv y betabloqueantes (excepto si hay contraindicaciones).
- Estratificar el riesgo del paciente según tiempo de evolución, recursos disponibles y el riesgo asociado, con la opción terapéutica propuesta.



RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA ELECCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE REPERFUSIÓN MÁS ADECUADA

INDICADA FIBRINOLISIS EN CASO DE:

- Presentación precoz (< a 3 horas desde el comienzo de los síntomas) y retraso en la realización de angioplastia.
- Imposibilidad de realizar una angioplastia primaria por falta de disponibilidad de laboratorio de hemodinámica.
- Previsible retraso excesivo en la realización de angioplastia:
- Por transporte prolongado.



- Retraso puerta-balón > 90 minutos.
- Retraso > 1 hora en la realización de angioplastia con respecto a la administración del fibrinolítico.

INDICADA ANGIOPLASTIA EN CASO DE:

- Presentación tardía (> 3 horas desde el comienzo de los síntomas).
- Disponibilidad de laboratorio de hemodinámica experimental en el que el retraso puerta-balón sea inferior a 90 minutos.
- SCA/CEST de alto riesgo:
 - Killip > 3
 - Shock cardiogénico
- Contraindicaciones de fibrinolisis
- SCA/CEST dudoso.



ACCIONES EN EMERGENCIA

Actuación ante un politraumatizado
grave en Atención Primaria

Grupo Urgencias SAMFYC
Dr. Antonio Fdez. Natera
Dra. Virginia Carrasco Gtnez.
Dr. Antonio Bienvenido Rdguez
Dr. Armando Navarro Mora

Revista Medicina de Familia Andaluza
Volumen 10, número 2, suplemento 1,
Junio de 2009
ISSN: 1576-4524
Depósito Legal: Gr-368-2000

1

EVALUACIÓN Y MANEJO

Recomendaciones Colegio Americano de Cirujanos

1.- Evaluación primaria

A - Vía aérea con control cervical

B - Ventilación

C - Circulación

D - Déficit neurológico

E - Exposición

2.- Evaluación secundaria

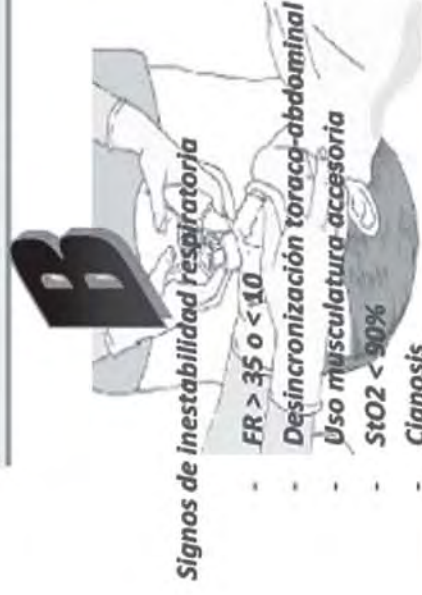
3.- Reevaluación continúa

4.- Establecimiento del tratamiento definitivo



2

EVALUACIÓN Y MANEJO



Compromiso vital

- Neumotórax a tensión
- Neumotórax abierto
- Tórax inestable
- Hemotórax masivo



3

EVALUACIÓN Y MANEJO

- Descartar**
- Hemorragias externas
 - Hemorragias intraabdominales
 - Hemorragias intratorácicas
 - Fracturas de pelvis y fémur
 - Lesiones penetrantes con compromiso vascular



Evaluación secundaria

- Exploración física (cabeza-pies)
- Examen neurológico completo
- Analgesia
- Pruebas complementarias

4

EVALUACIÓN Y MANEJO

Estratificación de riesgo

- A.- Criterios fisiológicos de gravedad**
- Trauma Score Revisado ≤ 11

GCS	TAS	FR	Puntuación
13-15	>89	10-29	4
9-12	76-89	>29	3
6-8	50-75	6-9	2
4-5	1-49	1-5	1
3	0	0	0

-Escala de Glasgow ≤ 14

Respuesta ocular	Respuesta verbal		Mejor respuesta motora		
Espontanea	4	Orientada	5	Obedece	6
A órdenes verbales	3	Confusa	4	Localiza el dolor	5
A estímulo doloroso	2	Palabras inapropiadas	3	Retira al dolor	4
No respuesta	hay 1	Sonidos incomprensibles	2	Flexión anormal	3
		No hay respuesta	1	Respuesta en extensión	2
				No movimientos	1

5

EVALUACIÓN Y MANEJO

- B.- Criterios anatómicos**
- Lesiones penetrantes
 - Tórax basculante
 - Amputación proximal
 - 2 o más fract. en húmero y/o fémur
 - Fracturas abierta/deprimida cráneo
 - Fract. con afectación vascular
 - Fract. de pelvis
 - Parálisis/paresia de miembro
 - Quemadura >10%

C.- Criterios basados en el mecanismo lesional

- D.- Criterios de riesgo por edad (>55 años o < 5 años) o comorbilidad grave**

Elección de centro útil

- Nivel I: si TSR < 12 . Si lesión anatómica grave, y nivel II a más de 20 min
- Nivel II: si lesión anatómica grave, y nivel I a más de 20 min
- Nivel III: mecanismo lesional de riesgo; edad de riesgo; comorbilidad de riesgo

6

ITINERARIO FORMATIVO: Acciones en emergencias

Taller: Actuación ante el politraumatizado grave en atención primaria

Bienvenido Rodríguez A¹, Carrasco Gutiérrez V², Fernández Natera A³, Navarro Mora A⁴

¹ Médico Dispositivo de Apoyo La Janda Litoral. (Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda)

² Médico Dispositivo de Apoyo Chiclana de la Frontera. (Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda)

³ Médico Dispositivo de Apoyo San Fernando. (Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda)

⁴ Médico SCCU Hospital Universitario Puerto Real

El traumatizado grave supone una de las principales causas de muerte en los países industrializados. En el año 2007, se produjeron en España 100.508 accidentes de tráfico con víctimas, que provocaron 3823 muertos y 142.528 heridos (datos de la D.G.T.). Por otra parte, en el año 2008, en España se produjeron 7064 accidentes laborales graves y 831 mortales (datos del Ministerio de Trabajo). Teniendo en cuenta que el 40% de la mortalidad se produce en las dos primeras horas postraumatismo, la conveniencia de mejorar la asistencia para disminuir la mortalidad evitable es evidente, pero las dificultades son muchas. En general, el impacto emocional no favorece una evaluación pormenorizada de la situación ni una transmisión de información sosegada.

La atención inicial adecuada siguiendo un orden de prioridades en la actuación, de manera secuencial y rápida, así como la estratificación de riesgo y la elección del centro útil adecuado, son factores decisivos para la supervivencia de estos pacientes.

En muchas ocasiones esta atención inicial tiene que realizarla el médico de atención primaria y por tanto es necesario dotarle de los conocimientos, habilidades y actitudes específicas que aseguren una atención y unos cuidados integrales y de calidad con el fin de disminuir el número de muertes y minimizar las secuelas que se puedan producir.

Es necesario mejorar las competencias de los médicos en el manejo del paciente politraumatizado en atención primaria, como respuesta a las necesidades de estos profesionales, que son los primeros en demandar una formación especializada y una mejora asistencial hacia los ciudadanos.

El objetivo principal de este taller es conseguir que el alumno adquiera los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para lograr ofrecer una adecuada atención integral en las urgencias extrahospitalarias en el politraumatizado:

- Establecer la secuencia de actuaciones ante el politraumatizado grave.
- Sistematizar la evaluación primaria y secundaria de la atención inicial al politraumatizado grave.
- Realizar las técnicas de ventilación y manejo de la vía aérea en el politraumatizado.
- Aplicar los principios de la evaluación primaria en escenarios definidos como ejercicios de adiestramiento en clasificación de pacientes.
- Realizar correctamente la movilización y traslado del paciente politraumatizado.
- Realizar la estratificación del riesgo y la elección del centro útil.

ITINERARIO FORMATIVO: Acciones en emergencias

Taller: Ecografía de emergencia

Perestrello Salas R¹, Gilabert García-Pelayo E²

¹Facultativo del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Distrito Bahía de Cádiz-La Janda

²Facultativa del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Distrito Bahía de Cádiz-La Janda

La utilización de los ultrasonidos como técnica diagnóstica es una herramienta de primer orden, que en los últimos años ha evolucionado de forma espectacular gracias a los avances técnicos y a la accesibilidad de la misma.

Sus cualidades propias como inocuidad, rapidez, fácil realización, bajo coste, resolución; así como, el ser una exploración dinámica en tiempo real; hacen de ella una técnica de primera elección en múltiples patologías de aplicación en Atención Primaria.

Desde los años 80, la aplicación de ultrasonidos en la valoración inicial del paciente Politraumatizado, ha experimentado un significativo avance al incluirla como técnica de valoración inicial de dichos pacientes colocándose como prueba Princeps en el algoritmo diagnóstico del proceso. Esta evolución se debe, en gran medida, al desarrollo de una técnica específica para la valoración del cuadro: FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma. 1997). Ésta permite al médico instruido constatar la existencia de líquido libre en cavidad peritoneal, pleural y/o pericárdica. Más recientemente el examen FAST ha sido incluido en los cursos del Advanced Trauma Life Support (ATLS).

Dada la alta mortalidad del cuadro, el difícil diagnóstico de las lesiones abdominales y/o torácicas, y la importancia de tomar medidas terapéuticas urgentes y agresivas; es primordial la precocidad de la exploración. Es aquí donde, gracias a la evolución de los aparatos de Ultrasonidos (disminuyendo su tamaño y peso, sin mermar su resolución), ha permitido que sea posible la valoración de los pacientes Politraumatizados por equipos de Soporte Vital Avanzado.

UTILIDADES DIAGNÓSTICAS

Evaluación dinámica del paciente a tiempo real de los siguientes síndromes:

-1. Politraumatismo:

- Mediante la ecografía abdominal descartamos la presencia de líquido libre en cavidad peritoneal y retroperitoneo; además valoramos la afectación aórtica, hepática, esplénica y renal.

- Mediante la exploración torácica descartamos la presencia de derrame pleural y pericárdico, y afectación del cayado aórtico.

-2. Dolor abdominal: Descartamos la presencia de líquido libre en cavidad, patología hepato-biliar y pancreática, ectasia renal y retención vesical. Descartar la presencia de procesos inflamatorios intestinales.

-3. Dolor torácico: utilizada, según semiología del cuadro, en la valoración del derrame pleural, derrame pericardico y pericarditis.

UTILIDADES TERAPEÚTICAS

Su aplicación en técnicas terapéuticas es de máxima importancia ya que, al ser necesarias de forma urgente, supone la actuación rápida, eficaz y agresiva en situaciones críticas. Ejemplos:

· Paracentesis: diagnóstica (hemoperitoneo) y/o terapéutica (drenaje líquido ascítico).

- Drenaje pleural: diagnóstico y terapéutico: traumatismos torácicos que comprometa estabilidad clínica.
- Drenaje pericárdico: diagnóstico y terapéutico del taponamiento cardíaco.
- Accesos vasculares: ante dificultad técnica para el abordaje de vías centrales, dirigiría la punción.

TÉCNICA FAST

-1. FORMACIÓN. Las utilidades de la ecografía de emergencia, aportan unos datos, que no suplen la valoración ecográfica exhaustiva, a realizar por el ecografista hospitalario; sino que nos da una información fundamental ante situaciones críticas de máxima gravedad e inestabilidad del paciente, indicando actitudes terapéuticas concretas.

La formación técnica requerida para la realización de ecografías de emergencia en Cuidados Críticos y Urgencias, consiste en adquirir los conocimientos prácticos necesarios para afrontar patologías y síndromes concretos, con actitudes terapéuticas concretas de emergencia.

-2. APARATOS DE ULTRASONIDOS. El desarrollo de aparatos de ultrasonidos de pequeño tamaño (portabilidad), alta resolución y bajo coste, hacen que los indudables beneficios de un diagnóstico y tratamiento precoz en el paciente crítico, sean posibles y tenga un potencial desarrollo.

CONCLUSION

La utilización de la ecografía portátil en las unidades de cuidados críticos y urgencias, mejora sus posibilidades diagnósticas y terapéuticas. Esta línea de trabajo es recomendada por sociedades científicas, y avalada por referencias bibliográficas.

URM Presentación de los documentos de consenso para Andalucía sobre Asma y Espirometría

NEUMOSUR - SAMFyC - SEMERGEN Andalucía

Morán Rodríguez A

*Médica de Familia. UGC DCCU Cádiz-San Fernando. Distrito Bahía de Cádiz-La Janda.
Coordinadora del Grupo de Trabajo de Patología Respiratoria de SAMFyC*

El asma bronquial es una enfermedad crónica muy prevalente en nuestro medio, lo que indica una enorme carga asistencial y un elevado coste. Es previsible, además, que su prevalencia aumente aún más en los próximos años en los países desarrollados. Aunque se ha avanzado mucho en el control de esta enfermedad, aún hoy sigue estando infradiagnosticada y por tanto en ocasiones mal tratada.

El tratamiento del asma debe incluir medidas de evitación y control de factores desencadenantes, tratamiento de la inflamación bronquial y educación del paciente asmático y sus familiares, que ayuden a implicarlos en su propia enfermedad para poder llevar un buen control, fomentar la adherencia al tratamiento y optimizar la técnica inhalatoria, bases fundamentales del éxito terapéutico. Dada la variabilidad del asma, habrá que llevar un seguimiento estrecho de estos pacientes para ayudarles a mantener el control de su enfermedad. De igual forma, hay que ayudar al paciente a reconocer las agudizaciones del asma para que pueda acudir al nivel asistencial adecuado según su gravedad, de forma que se instaure el tratamiento correcto de las mismas lo más precozmente posible.

En esta labor educativa y de control, deben estar implicados todos los profesionales sanitarios desde todos los niveles asistenciales, y aunar criterios a la hora de atender a nuestros pacientes asmáticos, consensuados según las mejores evidencias encontradas.

De igual manera, hay que tener en cuenta que para un adecuado tratamiento de la enfermedad es necesario un diagnóstico inicial correcto. Para el diagnóstico y seguimiento de asma y Epoc, entre

otras enfermedades, es imprescindible la realización de espirometría forzada con prueba broncodilatadora que reúna los criterios de calidad necesarios para considerarla válida. Es un hecho aceptado por todos que la realización de estas espirometrías, y por tanto, el diagnóstico precoz y seguimiento de la enfermedad, debe hacerse de forma descentralizada y dispersa geográficamente, es decir, también en los centros de Atención Primaria y por los equipos de Atención Primaria. Por tanto, es fundamental adquirir formación adecuada y experiencia suficiente en la realización e interpretación de esta prueba diagnóstica a todo paciente que reúna criterios clínicos y factores de riesgo de sospecha.

Hasta ahora se ha estimado que sólo la cuarta parte de los médicos de Atención Primaria utilizan esta prueba con los mínimos criterios de calidad, lo que conlleva a un importante infradiagnóstico de enfermedades tan prevalentes como Asma y Epoc. Es urgente, por tanto, que Atención Primaria disponga de unos espirómetros con los requisitos mínimos de calidad, y se cuente con el material necesario para cumplirlos (como jeringas de calibración). Además, es primordial que el personal técnico tenga el adiestramiento y la formación mínima necesarias para la realización de una espirometría de calidad que pueda ser válida en la práctica clínica.

Por todo ello, las sociedades científicas NEUMOSUR, SAMFyC y SEMERGEN Andalucía, como anteriormente se hizo con el consenso sobre EPOC, hemos querido realizar los documentos de consenso sobre asma y espirometría, intentando sintetizar al máximo en cada uno de ellos, y aportando las últimas evidencias disponibles, para la realización de unos documentos

prácticos que puedan ser consultados de forma rápida.

El documento sobre espirometría será complementado próximamente con un curso de formación en espirometría avalado por las tres Sociedades Científicas, y las que deseen adherirse, que irá dirigido a todos los profesionales que lo soliciten. Como la unión hace la fuerza, esperamos que pronto llegue a implantarse la espirometría en nuestros centros de salud como se han implantado otras pruebas de diagnóstico habitual.

Queremos agradecer la participación de los presidentes de las tres sociedades científicas por su presencia y colaboración en la presentación de los documentos, y resaltar el grado de coordinación, cordialidad y compañerismo de todos los participantes en la elaboración de los mismos, que ha sido muy satisfactoria, como en otras ocasiones, y que nos anima a continuar colaboran-

do en esta línea, en otros trabajos científicos de divulgación e investigación.

Agradecer, asimismo la colaboración de Boehringer-Ingelheim y sobre todo de sus responsables regionales, que nos han facilitado enormemente el trabajo, con discreción y saber estar.

Esperamos, desde las tres Sociedades Científicas, que estos documentos os sean de utilidad para mejorar la atención a nuestros pacientes y deseamos contar con la colaboración de todos los que deseen adherirse a nuevos proyectos, en lo que ya es más que “el principio de una gran amistad”.

Nota: El texto íntegro de los documentos puede encontrarse en las páginas web de las tres sociedades científicas.

TALLER

Abordaje al tabaquismo

Mesa Cruz M^aP¹, García Rueda M²

¹ Médica de familia. Directora del Plan integral de Tabaquismo de Andalucía

² Neumólogo. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

El tabaquismo es el principal problema de salud pública de Andalucía, está relacionado con más de veinticinco enfermedades y acelera, de manera directa e indirecta, procesos degenerativos que aumentan el riesgo de muerte prematura. Según los datos que aporta la Encuesta Andaluza de Salud 2007, la prevalencia del tabaquismo en nuestra Comunidad es del 31%. A este hábito se le atribuye el 14.6% del total de las muertes en Andalucía. Esto quiere decir que alrededor de 10.000 personas mueren anualmente en Andalucía como consecuencia del consumo de tabaco.

Asimismo, hay que tener en cuenta que el humo de tabaco no es dañino sólo para aquellas personas que lo fuman, sino también para aquellas que lo inhalan involuntariamente por estar expuestas a él (fumadores / as pasivos / as). La OMS ha subrayado, que el humo de tabaco –además de inequívocamente cancerígeno– es especialmente perjudicial para la población infantil en la que se ha asociado, también, con múltiples patologías como bajo peso al nacer, Síndrome de muerte súbita del lactante, neumonías, otitis, etc. Son datos que ilustran de forma clara la necesidad de intervenir sobre esta epidemia a través de un Plan que integre todas las medidas precisas para abordarla.

El Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010, enmarcado dentro del III Plan Andaluz de Salud 2003-2008, plantea un modelo de atención sanitaria integral, multidisciplinar y bajo la perspectiva de la continuidad asistencial. Para ello, se propone organizar la atención a personas fumadoras desde todo el SSPA, garantizando a los fumadores la mejor atención sanitaria, basada en la evidencia científica disponible

De acuerdo con el conocimiento actual, la intervención de carácter multicomponente, desplegada entorno al estadio motivacional en que se encuentra la persona y adaptando el elenco de acciones en función de esta circunstancia, constituye el mejor modelo desde el punto de vista de la efectividad.

Al considerar el proceso de dejar de fumar en su totalidad, es posible planificar un modelo de intervención compuesto por acciones terapéuticas efectivas, tanto para los fumadores en estadios avanzados (preparación y acción) como para aquellos que aún no se han planteado dejar de fumar en este momento (precontemplación y contemplación). Este modelo se configura con el propósito de que en todos los centros sanitarios haya un programa de atención al tabaquismo y todos los profesionales sanitarios realicen intervención básica y avanzada, remitiendo al paciente a los dispositivos de apoyo, en los casos que se requiera.

La Atención Primaria de Salud constituye la base del tratamiento del tabaquismo y los médicos de familia desde nuestro ámbito somos los profesionales idóneos para la realización de actividades de promoción de la salud, prevención y tratamiento del tabaquismo.

Contamos con 1491 centros de atención primaria en Andalucía, 380 Centros de Salud, más de 5.300 médicos de familia prestan asistencia sanitaria al 96% de la población y el promedio de veces que las atendemos anualmente se sitúa entre 5 y 6.

Los médicos de familia tenemos la oportunidad de intervenir sobre un gran número de perso-

nas, de aquí el gran impacto poblacional que tiene nuestra intervención sobre las personas fumadoras, consiguiendo con el consejo sanitario que entre el 3-5% de los fumadores dejen de fumar y se mantengan sin recaídas al año, es decir si todos los médicos de familia realizáramos intervención básica, anualmente 120.000 personas dejarían de fumar en Andalucía

Para lograr la implicación y participación de todos los profesionales en este problema de salud pública es necesaria su formación y capa-

citación. El taller que proponemos está dirigido a los/as médicos/as de familia de los centros de salud. Planteamos proporcionar recursos, estrategias y habilidades, en el desempeño de actividades efectivas para ayudar a la persona fumadora a avanzar en su proceso de cambio y conseguir el abandono del tabaco mediante la práctica del consejo e intervenciones, así como prevenir el inicio del consumo en los y las más jóvenes, promocionar estilos de vida saludables y promover estrategias de espacios libres de humo.



TALLER

Vuelve McGuiver

Lado Llerena A¹, Brea Torres G², Cerdeira Iglesias N³

¹ Médico de familia. Centro de Salud de Serra de Outes. A Coruña

² Médico de familia. Adjunto del Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal de Barbanza. Ribeira. A Coruña

³ Médica de familia. Adjunta del Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal de Barbanza. Ribeira. A Coruña

OBJETIVOS GENERALES

Tenemos la impresión de que las urgencias ocupan más bien poco espacio en la literatura de atención primaria y tenemos la certeza de que somos los profesionales de primaria los primeros (y con frecuencia definitivos) respondedores a las urgencias y emergencias de gran parte del estado. El objetivo primero es hacer más presentes los temas relacionados con urgencias en las actividades formativas de atención primaria.

Un segundo objetivo sería comunicar una ansia y una necesidad: la de buscar respuestas en literaturas que no son la nuestra. Porque siendo escasas en ella y porque nuestra medicina linda con todas y cerquita de la frontera, pero del otro lado, hay conocimientos útiles con la adaptación necesaria.

Finalmente, creemos que un popurrí de habilidades como las mostradas en el taller será refrescante en un tiempo en el que la teoría en medicina general, especialmente en el campo de la prevención, puede estar ahogando al médico sanador que muchos de nosotros llevamos dentro y que pensamos es la esencia de las profesiones sanitarias. En fin, entretener, enseñar algo y dar ganas de más.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Proporcionar conocimientos y habilidades, así como los fundamentos teóricos, de técnicas en general sencillas y útiles para atender una variada serie de problemas urgentes. Al mismo tiempo se muestra la utilidad de varias de ellas para la atención de casos no urgentes, lo que es

una amplificación de las indicaciones más allá de lo estrictamente urgente.

METODOLOGÍA DOCENTE

Exposición teórica con apoyo de imagen de los temas teóricos y de aquellos prácticos con componente teórico; la exposición teórica se inicia planteando a los participantes las cuestiones a las que se pretende dar respuesta.

Las prácticas se ejecutan en cada mesa con un docente y un grupo de 10 discentes. Primero la ejecuta el monitor y acto seguido los discentes. Un buen número de técnicas serán ejecutadas por los participantes entre sí, pues no hay como sentir en las propias carnes lo que el otro siente para de una parte comprender mejor los cómo y los por qué de las técnicas y, de otra, aumentar la empatía con los pacientes que atendemos y sobre quienes las ejecutamos. Todos los participantes realizarán todas las técnicas y serán criticados y corregidos por el monitor.

TEMARIO

- Lesiones por animales.
- Derivaciones adicionales en la evaluación del síndrome coronario agudo.
- Vías venosas periféricas no habituales.
- Anzuelos. Exponemos varias maneras de extraer anzuelos clavados.

- Anillos. Se muestran varias maneras de extraer.
- Cremalleras. Se enseña a liberar la piel atrapada por una cremallera.
- Isquemia con un Penrose y con guante.
- Lavado a chorro de heridas.
- Conservación y manejo de piel y tejidos.
- Sutura con cabellos.
- Urgencias por hiperpotasemia.
- Bloqueo anestésico de pequeños nervios periféricos.
- Drenaje torácico de circunstancias en neumotórax a tensión.
- Vía aérea, ventilación y oxigenación con angiocatéter.
- Intubación digital a ciegas.



URM TALLER

Atención a los últimos días y aplicación de la vía subcutánea en cuidados paliativos

Camacho Pizarro T¹, Espinosa Almendro JM²

¹ Médico de Familia. Responsable del Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del Hospital de Riotinto (Huelva). Miembro del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de SAMFyC

² Médico de Familia. Centro de Salud El Palo. Málaga. Director del Plan Andaluz de Alzheimer. Miembro del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de SAMFyC

Resumen:

- Definición de situación de últimos días.
- Aspectos prácticos en el control de síntomas y cuidados de confort en la fase agónica.
- Descripción de la vía subcutánea, indicación de uso, fármacos utilizables, asociación de fármacos posibles, dispositivos de infusión.
- Pautas de sedación en la agonía.
- Comunicación en los últimos días.
- Marco legal.

Los Cuidados Paliativos constituyen un enfoque terapéutico por el cual se intenta mejorar la calidad de vida de los pacientes y familia enfrentados a la enfermedad terminal, mediante la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la meticulosa valoración y tratamiento del dolor, y de otros problemas físicos, psicológicos y espirituales.

Se define la situación terminal como la presencia de una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado. Concurren síntomas multifactoriales intensos y cambiantes, gran impacto emocional en pacientes y familiares y demanda de atención. La enfermedad terminal no oncológica vendrá definida, además, por la pre-

sencia de fracaso orgánico y deterioro progresivo irreversible.

Cada año en Andalucía se diagnostican 25.000 casos nuevos de cáncer, falleciendo por este motivo unas 15.600 personas lo que supone cerca del 24% del total de fallecimientos, siendo la primera causa de Años Potenciales de Vida Perdidos. Si a esto añadimos otras patologías potencialmente susceptibles de desembocar en situación terminal (McNamara et al 2006)¹ como son: insuficiencia cardiaca, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, EPOC, ELA y enfermedades de la motoneurona, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, enfermedad de Alzheimer y SIDA, la población diana susceptible de recibir cuidados paliativos en nuestra Comunidad Autónoma se acerca a las 30.000 personas al año. La proporción de pacientes que requerirán atención por los recursos avanzados de cuidados paliativos se estima entre el 60-65% del total de pacientes en situación terminal, siendo el restante 35-40%, casos de menor complejidad, atendidos por los recursos convencionales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

La Medicina Paliativa trata de recuperar el arte básico de cuidar a las personas que padecen una enfermedad terminal, con la finalidad de aliviar el sufrimiento y aportar dignidad en la fase final de la vida.

Los Médicos de Familia son los profesionales encargados de la atención sanitaria más cercana y directa del ciudadano, desde el inicio de la adolescencia hasta el final de la vida, mediante una

visión integral de sus problemas de salud. Esta posición de privilegio dentro del sistema sanitario es la que con frecuencia nos sitúa en la fase final de la vida de nuestros pacientes, motivo por el que debemos mantener el mejor grado de competencia para aportar los mejores cuidados posibles al paciente y a su entorno más cercano. Se estima que un Médico de Familia con un cupo de alrededor de 1.500 pacientes, puede atender a lo largo de un año entre 3 y 5 pacientes terminales, algunos de los cuales, fundamentalmente en el medio rural y aportándoles la mejor atención, podrán morir en su domicilio. Con un conocimiento adecuado del arsenal terapéutico habitual en cuidados paliativos y nociones básicas de administración de los fármacos por las vías menos agresivas, podemos abordar con garantías los últimos días de vida de nuestros pacientes en su domicilio; esto suele generar, por una parte una gran satisfacción personal a los profesionales implicados, al comprobar la eficacia y trascendencia de sus actuaciones, y por otra un enorme sentimiento de gratitud de la familia por el apoyo prestado en esta fase tan crítica de sus vidas.

La situación de agonía o de últimos días es la fase que precede a la muerte cuando ésta ocurre

gradualmente. Se manifiesta por la presencia de deterioro físico severo, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de conciencia, dificultad de relación y de ingesta y pronóstico vital de días, en el curso de una enfermedad con diagnóstico y pronóstico sin posibilidad de tratamiento curativo.

En esta actividad docente ponemos a disposición de los Médicos de Familia la información científica más actualizada sobre conceptos generales de la situación de últimos días, marco legal en el que nos desenvolvemos, características técnicas de la vía subcutánea con indicaciones de uso, fármacos utilizables, asociaciones posibles, formas de infusión, dispositivos de infusión, ventajas e inconvenientes y nociones prácticas sobre hipodermocclisis. Abordamos también recomendaciones sobre los cuidados generales de confort del paciente en los últimos días de vida, así como estrategias de control de síntomas, indicación de sedación paliativa y uso de la farmacología más adecuada para el alivio del sufrimiento a través de una vía de administración cómoda, útil y eficaz, normalmente exenta de complicaciones, como es la Vía Subcutánea.

¹McNamara B, Rosenwax LK, Colman CD. A method for defining and estimating the palliative care population. *J Pain Symptom Manage*. 2006; 32:5-12.

TALLER

Alcoholismo y atención primaria: actualización en el abordaje de problemas relacionados con el uso del alcohol

Martínez Delgado JM¹, Ruz Franzi I²

¹ Médico Psiquiatra. Master en Salud Pública. CTA Cádiz

² Médico de Familia. GdT Intervención en Drogas de semFYC. CS Olivillo (Cádiz)

El taller de formación que se expone a continuación, va dirigido a los profesionales de la Atención Primaria de Salud, que deseen una actualización basada en la evidencia sobre la atención a los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas.

Los contenidos del taller se desarrollarán con una metodología práctica sustentada en medios audiovisuales y sociodramáticos, que incluirán los siguientes puntos:

- Conceptos y referencias teóricas (Concepto multiaxial de los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas)
- Diagnóstico clínico e instrumental (AUDIT, ISCA, ...)
- Intervenciones breves y muy breves motivacionales.
- Actuaciones ante el bebedor sin problemas.
- Manejo del bebedor problema sin dependencia
- Tratamiento del dependiente y programas para la disminución del riesgo: guía para la desintoxicación ambulatoria y apoyos a la deshabitación.
- La derivación y coordinación con los servicios especializados como parte del tratamiento.
- Que hacer “si todo sale mal”.

Al finalizar el taller, el alumno habrá actualizado sus conocimientos en relación a los proble-

mas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas, revisado sus actitudes y capacidades en el manejo de estos pacientes y recibido un conjunto de prácticas clínicas basadas en la evidencia. En esquemas el contenido queda resumido en:

1- CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Existen a nivel nacional e internacional, múltiples clasificaciones clínicas respecto a las maneras de beber. Por su carácter pragmático, nosotros optamos por la siguiente:

1. ABSTEMIO Y BEBER SIN PROBLEMA (B.S.P.)
2. BEBER PROBLEMA SIN DEPENDENCIA (B.P.S.D.)
 - a) EN RIESGO
 - b) CONSUMO PERJUDICIAL
3. BEBEDOR CON DEPENDENCIA (S.D.A.)

2. DIAGNÓSTICO DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHO

Se busca estimar la magnitud y las características del consumo, evaluar sus consecuencias y determinar la actitud del paciente ante un posible cambio, como paso previo a la organización de un plan de intervención.

Los instrumentos de cribado son muchos y diversos. Quizás el más conocido y el más utilizado ha sido el CAGE, escala autoadministrada que evalúa cuatro áreas relacionadas con el consumo de alcohol.

No obstante, en los últimos años se ha desarrollado un nuevo instrumento de cribado: el «Alcohol Use Disorders Identification Test» (AUDIT). Ésta es una escala autoadministrada (aunque también puede ser heteroadministrada) para la detección precoz de personas con consumo peligroso y perjudicial de alcohol. Igualmente serían útiles el AUDIT C y la entrevista ISCA, recientemente validadas y utilizadas en nuestro medio, así como cuestionarios para valorar la disponibilidad para el cambio.

3. ACTUACIONES ANTE ABSTEMIO Y BEBER SIN PROBLEMA (“BSP”)

En materia de alcohol, la información debe ser muy aséptica y objetiva. Cualquier criterio no sanitario no tendrá cabida.

4. MANEJO DEL BEBER PROBLEMA SIN DEPENDENCIA (“BPSD”)

Incluye fundamentalmente dos formas de beber:

- Bebedor en riesgo: consumo que supera los límites del consumo moderado (o prudente) y que aumenta el riesgo de sufrir enfermedades, accidentes, lesiones o trastornos mentales o del comportamiento
- Consumo perjudicial (CIE 10): consumo de alcohol que ya ha afectado a la salud física (p.e. daño hepático) y / o psíquica (p.e. cuadros depresivos secundarios a consumos masivos de alcohol) sin que haya síntomas de dependencia.

(TABLA 1)

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PRECOZ

A. INTERVENCIONES BREVES O MUY BREVES:

Las intervenciones breves y muy breves se consideran efectivas y bien aceptadas por los usuarios. En términos generales, podríamos hablar de una eficacia en la reducción del porcentaje de bebedores excesivos del 45 % para el consejo aislado, y del 60-70 % para las intervenciones breves más estructuradas.

(TABLAS 2 y 3)

B. CONSEJOS PARA BEBER SIN RIESGOS:

Consejos prácticos de diversas medidas para beber sin riesgos se pueden proponer dentro de las intervenciones breves y muy breves para bebedores de bajo riesgo y sin daños y siempre de la manera más individualizada posible.

C. PLANES PARA LA ABSTINENCIA O BEBER MODERADO:

Se recomienda su uso en formato de folleto para entregar al paciente que ha decidido iniciar algún compromiso.

5. MANEJO DEL BEBEDOR CON DEPENDENCIA (CIE 10 y DSM-IV)

Los resultados de la intervención terapéutica sobre una persona que padece Síndrome de Dependencia al Alcohol (SDA) están en función de tres grupos de factores:

1. Los relacionados con la persona dependiente (su personalidad, trastornos psicológicos y psicopatológicos, su vulnerabilidad hacia el uso / abuso de la sustancia), su disponibilidad hacia el cambio.
2. Los que están en relación con el medio ambiente o contexto donde se produce el problema.
3. Los asociados directamente a la propia actuación terapéutica (las estrategias y métodos de intervención: la oferta terapéutica).

6.1. ANÁLISIS DE LA DEMANDA

Dificultades en la presentación de la demanda

- MECANISMOS DE DEFENSA: NEGACION, PROYECCIÓN, RACIONALIZACIÓN, ETC.

- DEMANDA PORTADA POR UN FAMILIAR
- POCA DISPONIBILIDAD DE LA PERSONA A “OIR” LA RELACIÓN DE SUS PROBLEMAS CON EL ABUSO DE ALCOHOL
- INCONGRUENCIA ENTRE LOS ASPECTOS POSITIVOS DE LAS PRIMERAS BORRACHE-
RAS Y LA TERRIBLE REALIDAD ACTUAL
- DIFICULTAD PARA ENCAJAR EN LA CA-
TEGORÍA “SER ALCOHÓLICO”
- CASI NINGÚN SINTOMA DE DEPENDEN-
CIA ES EXCLUSIVO DE ESTE PROBLEMA
- EL ALCOHÓLICO ESTA ATRAPADO POR LA
CREENCIA DE QUE ALGUNA VEZ CONSE-
GUIRÁ CONTROLAR LA BEBIDA

En relación con el esquema propuesto por Prochaska y Diclemente, podemos seleccionar una serie de objetivos adecuados y adaptados a los diferentes estadios del cambio.

(TABLA 4)

6.2. LA MOTIVACION.

Algunos autores señalan que la importancia básica del médico de APS se centra en impulsar y controlar, a largo plazo, el proceso de cambio del enfermo, desde la concienciación y desintoxicación ambulatoria, pasando por la motivación y derivación a programas de deshabituación, hasta la prevención de recaídas

6.2.1. La entrevista motivacional

La entrevista motivacional es un estilo de asistencia directa centrada en el paciente para provocar un cambio en su comportamiento, ayudándolo a explorar y resolver ambivalencias.

6.2.2. La derivación

Es un proceso interactivo mediante el cual un paciente con problemas de alcohol es remitido a un servicio especializado para ser asistido por su problema.

· El envío del paciente como caso supone que el profesional ha hecho un diagnóstico y que ha visto sus limitaciones en cuanto a recursos de conocimiento o terapéuticos, de ahí que estime oportuno que el paciente sea visto por otros profesionales. El simple envío, sin trabajo sobre la motivación tiene más que ver con el terapeuta que con el paciente. Si la persona no comprende la derivación será difícil que cumpla con el criterio facultativo.

· La derivación es, en sí misma, una estrategia terapéutica y debe ser tratada como tal. El paciente no es un objeto que circula entre dos servicios: es una persona que necesitará entender porqué el médico toma esta decisión.

6.3. LA INTERVENCION TERAPÉUTICA SOBRE EL SDA

Se esquematizan las etapas, los objetivos, las metodologías, el personal y los recursos necesarios en cada una de las etapas del tratamiento del SDA

La deshabituación es la etapa del tratamiento que intenta consolidar la abstinencia para convertirla no en un impedimento (“no puedo beber”) sino en un estilo de vida (“no quiero beber”).

En la desintoxicación y deshabituación se emplean diversos recursos terapéuticos y farmacológicos. De forma esquemática, los principales fármacos que se utilizan en la actualidad son:

A-DESINTOXICACIÓN:

- BENZODIACEPINAS: especialmente las de vida media larga, como fármacos de primera elección.
- ANTICONVULSIVANTES: principalmente OXCARBACEPINA por su menor número de interacciones farmacológicas y de efectos secundarios. Otros: TOPIRAMATO, CARBAMACEPINA
- ANTIDOPAMINERGICOS: TIAPRIDE
- CLOMETIAZOL
- VITAMINOTERAPIA (TIAMINA)

B-DESHABITUACIÓN:

· ANTIDIPSOTROPICOS: DISULFIRAM; CIANAMIDA CALCICA

· ANTICRAVING: NALTREXONA; ACAMPROSATO

· ANTIEPILÉPTICOS: OXCARBACEPINA, TOPIRAMATO. Otros: GABAPENTINA, LAMOTRIGINA

· ANTIDEPRESIVOS: INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACION DE SEROTONINA

· ANTIDOPAMINERGICOS: TIAPRIDE

Se repasarán las situaciones y estrategias básicas relacionadas con:

a) Demanda exclusiva del familiar

b) El paciente rechaza la derivación

c) Cuando todo sale mal

7. RECURSOS COMUNITARIOS PARA LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA ALCOHÓLICA.

Un mejor conocimiento de cada uno de los dispositivos entre sí mejoraría sin duda el abordaje del paciente ya que las tareas terapéuticas podrían ser realizadas con más efectividad si cada profesional conociera exactamente sus posibilidades y lo que se espera de él.

6.4. SITUACIONES ESPECIALES:

TABLA 1

TIPO DE BEBEDOR	META: MODERACIÓN	META: ABSTINENCIA
BEBEDOR EN RIESGO (Sin daño)	Según decisión personal	
CONS. PERJUDICIAL (Con daño)	Después de mejorar el daño (Ej.: gastritis)	Caso de daño irreversible (Ej.: Cirrosis hepática)

TABLA 2

	INTERVENCIÓN BREVE	INTERVENCIÓN MUY BREVE	CONSEJO MÉDICO
OBJETIVO	Motivar para el cambio. Conseguir implantar hábitos de vida saludable	Reducir el consumo	Reducir el consumo
TEORÍA SUBYACENTE	Modelo de los estadios del cambio	Modelo de los estadios del cambio	Presupone que la información es suficiente para el cambio
MÉTODO	Identificar. Informar. Consejo-estrategia. Folleto de autoayuda. Seguimiento	Identificar. Informar. Consejo-estrategia. Folleto opcional. Seguimiento	La identificación es casual y la información no está estructurada
INDICACIÓN	Bebedor en riesgo y consumo perjudicial	Bebedor en riesgo	Bebedor en riesgo

(Rodríguez Laso A. Rubio Valladolid G.2000)

TABLA 3

INTERVENCIONES BREVES

1. OBJETIVOS: -DAR INFORMACIÓN -MODIFICAR LA CONDUCTA DE BEBER.
2. ESTRATEGIAS: -EVALÚE LA INGESTA -EXPONGA CONSECUENCIAS POR CONSUMO -EXPRESA PREOCUPACIÓN POR POSIBLE EVOLUCIÓN -QUE PIENSA EL INTERESADO DE SU FORMA DE BEBER -CONSULTE SOBRE BENEFICIOS EN MODERACIÓN -RECOMIENDE EL ABANDONO/DISMINUCIÓN DEL CONSUMO -PROPORCIONE MATERIAL -CITAR AL MES -DEJE LA PUERTA ABIERTA
3. SEGUIMIENTOS: -SON MUY IMPORTANTES -ANALIZAR CAMBIOS -VALORAR LA EVOLUCIÓN DEL CONSUMO -PLANEE OBJETIVOS PARA PRÓXIMAS CITAS

TABLA 4

PETICION EXPLICITA	DEFENSA	RESISTENCIA	OBJETIVOS POSIBLES	CORRESPONDENCIA CON ESTADIO DE CAMBIO
NO	NEGAR	SÓLIDA	GENERAR DUDA	PRECONTEMPLACION
NO/SI	RACIONALIZAR MINIMIZAR CULPABILIZAR	CON "FISURAS"	FACILITAR DISONANCIA COGNITIVA	CONTEMPLACION
SI	JUSTIFICACION	FRAGIL	AYUDAR A DECIDIR	DETERMINACION
SI	NINGUNA		TRATAMIENTO	ACCION/MANTENIMIENTO

URM TALLER

Nuevos anticoagulantes orales

Heiniger Mazo AI

Jefa de Servicio y Directora de la UCG de Hematología. Hospital RU Carlos Haya

La disponibilidad de fármacos anticoagulantes, inhibidores de la vitamina K, la Warfarina y los dicumaroles, para la prevención y tratamiento de la enfermedad tromboembólica de origen venoso o arterial, ha permitido tratar a importantes colectivos de población, a través de la vía oral, de forma crónica durante muchos años. Las dificultades de este tratamiento anticoagulante oral crónico, por presentar múltiples interacciones medicamentosas y alimentarias, por la necesidad de control frecuente de laboratorio para adecuar los niveles de INR (International Normalized Ratio) han orientado la investigación hacia la búsqueda de fármacos anticoagulantes alternativos, que superen algunos de los inconvenientes de la medicación disponible actualmente. Los nuevos fármacos anticoagulantes deberían reunir las siguientes características: administración por vía oral para comodidad del paciente, efecto predecible para evitar controles de laboratorio frecuentes, ausencia de interacciones con otros fármacos y alimentos, inexistencia de efectos secundarios importantes, inicio de acción rápido y disponibilidad de un antídoto.

Recientemente se han diseñado nuevos fármacos antitrombóticos orales como Dabigatrán, Rivaroxaban y Apixaban, que ya están siendo comercializados para determinadas indicaciones. Dabigatran etexilato inhibe de forma selectiva el centro activo de la Trombina (FIIa), o sea con alta afinidad y especificidad. Rivaroxaban y Apixaban bloquean directamente el centro activo del factor X activado (FXa), sin necesidad del cofactor antitrombina, inhibiendo igualmente el FXa circulante y el presente en el complejo protombinasa. Este mecanismo de acción los diferencia de fármacos anteriores como las Heparinas de Bajo Peso Molecular (HBPM), el pentasacárido Fondaparinux y el Idraparinux

(inhibidores indirectos del FXa), que todos ellos precisan antitrombina para ejercer su acción y sólo inhiben el FXa circulante.

El inhibidor directo de la trombina en etapa más avanzada de desarrollo actualmente es el Etexilato de Dabigatrán, ya comercializado en España para su utilización en la prevención primaria de episodios de tromboembolismo venoso, en adultos sometidos a cirugía de sustitución total de cadera y rodilla. La toma oral única diaria de este nuevo fármaco antitrombótico ofrece una eficacia clínica equivalente a la de otras alternativas habituales, como las heparinas de bajo peso molecular, en la prevención de la enfermedad tromboembólica.

Entre los inhibidores directos del factor Xa, los más estudiados han sido el apixabán y el rivaroxabán. Este último mostró una eficacia y seguridad similar a la enoxaparina en un estudio de tromboprofilaxis en el reemplazo total de cadera; presenta la ventaja de la administración por vía oral, a una única dosis diaria, y tampoco necesita control de la coagulación; la desventaja es que no posee antídoto.

En la actualidad no hay datos disponibles que demuestren que los inhibidores orales del FXa ó los inhibidores orales de la trombina, sean superiores los unos sobre los otros en términos de eficacia y seguridad. En general los datos aportados de estudios realizados con inhibidores orales del FXa y con inhibidores de la trombina, sugieren que tanto el FXa como la trombina son dos excelentes dianas terapéuticas para diseñar fármacos con potente acción anticoagulante.

Esta nueva generación de fármacos anticoagulantes, inhibidores del Factor Xa y de la Trom-

bina, tienen la ventaja de no requerir inyecciones ni controles frecuentes lo que conduce a un mejor cumplimiento del tratamiento y proporcionan una mayor comodidad a los pacientes. Aunque aún están en desarrollo clínico estos fármacos para otras indicaciones, como el tratamiento y prevención secundaria de las tromboembolias venosas y la prevención del ictus en fibrilación auricular, los datos preliminares de los ensayos clínicos en curso aportan datos

prometedores, no observándose de momento efectos adversos en tratamientos de larga duración, como ocurrió con Ximelagatran y su posible toxicidad hepática.

Sus interesantes características moleculares, eficacia y seguridad terapéutica predicen que los nuevos anticoagulantes orales van a convertirse en un futuro próximo en una opción terapéutica del máximo interés.



TALLER

¿Y a mí quién me cuida? Taller de arteterapia

Brun López-Abisab SB

Médica de Familia y Arteterapeuta Humanista. San Fernando, Cádiz

“¿Y a mí quién me cuida?” es una queja que he escuchado durante años en boca de profesionales del ámbito de la salud. Durante mucho tiempo, yo misma me quejaba de igual forma.

Sin embargo, una gran cantidad de experiencias personales y profesionales han hecho que hoy, me sienta preparada para contestar a esta pregunta. Para contestarme yo misma y para ayudar a otras personas a que ellas mismas se contesten.

En el deseado camino de superación del modelo biomédico, el personal de salud ha podido reconocer que el cuidado es una función compartida por profesionales y familiares. Los médicos y médicas de familia han añadido en los últimos tiempos, a sus tareas habituales, la del cuidado de las “personas que cuidan”. Es, en este contexto, y el de la presión asistencial, profesional y personal, que el personal de salud se pregunta: “¿Y a mí quién me cuida?”.

En el taller, las personas pueden encontrar instrumentos útiles para reconocer su enorme poder y creatividad, para afrontar su vida profesional y personal sin olvidarse de sí mismas en el camino.

Se trata de hacer prevención del síndrome del desgaste profesional de una forma diferente, adaptando las técnicas de la **Arteterapia Humanista** para ser desarrolladas en el ámbito profesional, de forma que aunque en el taller no se hace psicoterapia en el sentido estricto, las experiencias y emociones vividas resultan terapéuticas o, jugando con las palabras, “autoterapéuticas”.

Desde este punto de vista, el **proceso del autocuidado** requiere:

1º. Darme cuenta de qué me pasa y cómo me siento.

2º. Identificar qué necesito y deseo.

3º. Buscar eso que necesito y deseo, y permitírmelo.

4º. Disfrutarlo, con consciencia.

El taller permite recorrer estas fases para **aprender de una forma vivencial**. Se trata de que: “si soy capaz de vivirlo en el taller, soy capaz de vivirlo en mi vida”.

En el taller se conjugan procesos de creación y expresión artística, de forma individual y grupal: la pintura, la música, la expresión corporal, la danza, etc., junto a otros elementos que resultan nutritivos y curativos para las personas: el color, los sentidos, el contacto, la risa, etc.

Todo ello, para promover las experiencias de ser una misma o uno mismo y hacer aquello que deseo y necesito en cada momento, a través de la creatividad, la verbalización de las emociones vividas, la conciencia de las dificultades encontradas y la interacción personal en el **proceso grupal**. Así, se abre una oportunidad única para descubrir algo más de quiénes somos, de las propias necesidades, de nuestra valía personal, e incorporar, más adelante, estos recursos en el afrontamiento del día a día con creatividad y disfrute.

La **perspectiva humanista** en el taller conlleva considerar a la persona desde una visión integral u holística, en sus dimensiones física, emocional, mental y espiritual.

Algunos de los **contenidos** sobre los que se desarrolla el taller son:

Darse cuenta. Escucha personal. Despertar los sentidos. Salud y ser integral. Poder personal. Dificultades y conflictos. La relación con las otras personas: los límites y el contacto. Aprender-desaprender. Los deseos. El poder del ahora y

de lo positivo. Recursos personales para nutrirse con creatividad. Los cambios.

Si te apetece vivir algo de esto, que hasta ahora solo has podido leer, te espero en mi taller, mejor, el taller de todas aquellas personas que quieren hacer una parte del camino conmigo. ¡Hasta pronto!



URM TALLER

¿Es depresión o es vida real?

Mendive Arbeloa JM

*Médico de Familia. Centro de Salud La Mina. Sant Adrià de Besós. Barcelona.
Miembro del WONCA Working Party on Mental Health*

Justificación

- Los médicos de atención primaria nos encontramos en una situación laboral en la que debemos de tomar decisiones en un contexto de presión asistencial, incertidumbre y poco tiempo.
- En dicha situación los problemas de malestar emocional y del estado de ánimo de nuestra población parecen ser, cada vez, más frecuentes en cuanto a las demandas asistenciales.
- Dichas demandas pueden obedecer a diferentes aspectos de malestar relacionados con el contexto vital del paciente, y pueden hacer exigir del médico de familia un posicionamiento diagnóstico y terapéutico ciertamente difícil en muchos casos.

Objetivos

- Valorar la situación actual en cuanto a demanda de malestar emocional y de trastornos del ánimo en atención primaria.
- Ayudar al médico de familia a poder tomar decisiones sobre malestar emocional de la población atendida, teniendo en cuenta las dificultades asistenciales (tiempo de consulta, presión asistencial...)
- Ayudar a diagnosticar los diversos tipos de problemas de malestar emocional por diversas

causas distinguiéndolos de los diferentes tipos de trastornos del estado de ánimo, lo que implica importantes diferencias en cuanto al abordaje terapéutico.

Metodología

- a) Presentación de la situación actual de demanda por malestar emocional y de trastornos del ánimo en atención primaria mediante varios casos prácticos.
- b) Discusión de los casos con los asistentes.
- c) Presentación de posibilidades de intervención en los diferentes casos propuestos según el entorno asistencial y las diferentes variables que influyen dependientes del entorno, del paciente y del propio profesional.
- d) Presentación de una metodología práctica para el manejo del malestar emocional en atención primaria basada en unos puntos clave a tener en cuenta en cada caso.
- e) Comentarios sobre la evidencia existente en este campo.
- f) Recogida de sugerencias de los asistentes.
- g) Entrega del documento de evaluación del taller.

TALLER

Máster en DIRAYA por la universidad de la consulta

Benítez Rivero J

Médico de Familia, Geriatra. CS y UGC "La Laguna". Cádiz

La aplicación informática DIRAYA de utilización en Atención Primaria Servicio sanitario Público de Andalucía, es una herramienta informática de pocos años de vida y que está en continua evolución desde su creación e implantación hasta la actualidad.

Con ella trabajamos a diarios en el SSPA y por ello hemos de conocerla para sacarle el máximo rendimiento en el día a día y poder solucionar las múltiples incidencias que se nos plantean.

La incorporación de la gestión por procesos y su repercusión en la aplicación, el Proceso de Diabetes, Cáncer de Próstata, embarazo y planificación familiar son los únicos que están desarrollados, los repasaremos así como la forma de cumplimentación de la Cartera de Servicios y

Programas incluidos en el Contrato Programa para este año 2009.

El maño de la agenda de citas, la programación y cumplimentación de la esfera socio-familiar, así como el movernos por la Historia de salud Digital del ciudadano.

Los informes que nos piden los usuarios se pueden realizar dignamente en la aplicación y por ello le dedicaremos su tiempo, al igual que al manejo de las prescripciones y el histórico.

Hemos de convivir con la aplicación DIRAYA y hemos de sobrevivir al estrés que nos provoca sus incidencias, para ello la puesta en común de estas situaciones mejorara nuestro rendimiento y satisfacción personal.



TALLER

Nuevas herramientas para el diagnóstico del deterioro cognitivo en atención primaria de salud

Gómez Salado M³J

Médico de Familia. Centro de Salud Loreto-Puntales (Cádiz). Miembro del grupo de trabajo en Demencias de la semFYC

El deterioro cognitivo es una reducción adquirida de la capacidad cognitiva con respecto a un nivel previo y las causas más frecuentes en el marco de la Atención Primaria (AP) son la demencia, el síndrome confusional agudo, la depresión, determinados fármacos y el deterioro cognitivo ligero. Es una circunstancia frecuente en la consulta de Atención primaria que nuestros pacientes acudan a nosotros manifestando (bien por sí mismos, o bien, a través de personas allegadas) algún tipo de queja cognitiva, en particular, preocupación por su memoria. Las cuadros de deterioro cognitivo ligero y las demencias están sufriendo un incremento progresivo de su prevalencia en relación con el envejecimiento de la población.

Las demencias son hoy en día un grave problema de salud debido al elevado gasto sociosanitario y elevado coste emocional y económico para el paciente y su familia, las graves repercusiones que la enfermedad ocasiona en el paciente y la familia.

Existe un infradiagnóstico del deterioro cognitivo, en general, y de las demencias, en particular, en el que intervienen factores dependientes del paciente, del contexto socio-familiar, de las dificultades en el diagnóstico y del sistema sanitario (profesionales y organizativos). El problema del infradiagnóstico, compete de forma muy directa a los profesionales que trabajamos en la AP. Las tasas de detección de demencia son tan bajas como del 30% en personas mayores de 70 años que viven en la comunidad, según estudios realizados en nuestro país. No sólo eso, los casos detectados habitualmente lo son con un retraso de 5 años desde la aparición de los síntomas. La formación específica de los profesionales de AP en este campo mejora la capacitación en el diagnóstico temprano de la enfermedad, siendo recomendada por

multitud de organismos nacionales e internacionales.

La presencia de síntomas de sospecha de deterioro cognitivo (especialmente si la voz de alarma procede de un familiar o allegado al paciente) debe proseguirse siempre de una correcta evaluación que incluya una anamnesis al paciente y allegado, la realización de test psicométricos breves, la evaluación de la repercusión funcional y una exploración física general y neurológica. Los test psicométricos breves son un instrumento muy útil para constatar la presencia de deterioro cognitivo pero siempre dentro del contexto de una evaluación clínica rigurosa. Existen muchos factores de confusión que pueden alterar los resultados de los test psicométricos como la edad, el nivel educativo y cultural, el idioma, los déficit sensoriales, la ansiedad y la depresión, y los problemas de atención, lo cual es muy importante a la hora tanto de seleccionar el test como de interpretar sus resultados. Es necesario además adquirir destreza en la realización de los test psicométricos clásicos, aplicando sus normas de uso y valorando el "como" el paciente ejecuta el test además de su puntuación final. Los nuevos instrumentos psicométricos que van surgiendo más recientemente tienen un diseño dirigido a facilitar su aplicabilidad en las consultas de nuestros centros de salud: algunos son más breves, y más fáciles de administrar, menos influenciados por edad y nivel educativo y con mayor capacidad discriminativa para las formas leves de deterioro cognitivo, por lo que la formación en la aplicación de estas herramientas es una necesidad para los profesionales de la AP. No obstante, e independientemente de sus características de validez y fiabilidad, los test psicométricos no son diagnósticos en sí mismos y solo tienen valor en el contexto de una correcta y completa evaluación clínica.

TALLER

Plantas medicinales en atención primaria. Evidencias en fitoterapia

Baulies Romero M^aG¹, Torres Castella RM^{a2}

¹ Pediatra. ABS La Llagosta. Barcelona

² Enfermera. ABS Ciutat Meridiana. Barcelona

Las plantas medicinales han sido y son utilizadas por la población general. Según los últimos estudios un 33% de la población española consume plantas medicinales con fines terapéuticos de los cuales un 73'80% no lo comenta a su médico/a o enfermero/a. Y éstos en un 89'60 no preguntan a sus pacientes si las toman.

Las plantas medicinales son una buena herramienta terapéutica para la prevención y tratamiento de ciertos procesos patológicos. Poseen un margen terapéutico muy amplio y pocos efectos secundarios. Están compuestas de principios activos que siguen las mismas vías de absorción, metabolización y distribución que cualquier otro medicamento, por lo que podríamos encontrar posibles interacciones entre ellas y los fármacos de síntesis.

El personal sanitario no está formado en el uso terapéutico de plantas medicinales, lo que impide que podamos dar respuesta a esta demanda de nuestros pacientes. Por tanto existe una franja terapéutica que no tenemos en cuenta, tanto por los aportes beneficiosos, como por las posibles interacciones con nuestros tratamientos habituales.

Uno de los primeros principios médicos es "primum non nocere" (lo primero es no hacer daño), y nuestro desconocimiento en fitoterapia puede hacer daño tanto por omisión como por actuación. Por otro lado, su estudio nos abre otras posibilidades en el tratamiento de nues-

tros pacientes. Cada vez hay más evidencias de la eficacia de ciertas plantas medicinales en diferentes patologías. Por ejemplo con evidencia A nos encontramos con la Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum L.*) en la depresión leve y moderada; el Arándano americano (*Vaccinium macrocarpon Ait.*) en la prevención de cistitis de repetición; la Soja (*Glycyne soja Siebold et Zucc.*) en las hipercolesterolemias leves o moderadas.

En el mercado nos encontramos con muchos productos a base de plantas medicinales a los que se les debería exigir calidad, seguridad y eficacia. Tenemos que saber cómo dosificarlos, ya que es diferente a la que estamos acostumbrados, para poder obtener niveles terapéuticos y así conseguir máximos beneficios.

Con la plantas medicinales se nos ha abierto una ventana en la consulta diaria por donde entra aire nuevo para poder conseguir lo que tanto anhelamos el personal sanitario: prevenir las posibles enfermedades de nuestros pacientes y hacer que su sea sufriendo más llevadero, sin dañarles al mismo tiempo.

El taller va encaminado a dar las primeras herramientas en la utilización de plantas medicinales para empezar la andadura con una base firme. Se presentarán las plantas con mayor evidencia. Trabajaremos el cálculo de dosis y casos clínicos que nos podemos encontrar en la consulta diaria.

TALLER

Retinografía

Jiménez Carmona S¹, Alemany Márquez P²¹ Doctora en Medicina y Cirugía. Facultativo Especialista de Área de Oftalmología del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz. Profesora Asociada de la UCA² Doctor en Medicina y Cirugía. Profesor Titular de Oftalmología de la UCA, vinculado como FEA en el Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz

La retinopatía diabética (RD) es la principal causa de pérdida visual no recuperable en los países industrializados en edad laboral. El riesgo de ceguera en pacientes diabéticos es 25 veces mayor. La fotografía digital facilita y amplía el acceso a la exploración del fondo de ojo, y da acceso a la transmisión a distancia para la valoración por personal especializado (telemedicina), y al almacenamiento de la imagen para su comparación evolutiva.

La demanda exploratoria de pacientes con potencial de padecer RD es muy superior a la disponibilidad de oftalmólogos de los sistemas nacionales de atención sanitaria. La envergadura social y económica de la RD, la existencia de una fase asintomática enfermedad, de una prueba diagnóstica fiable y de un tratamiento efectivo, estimula la puesta en marcha de planes de detección.

Los planes integrales de diabetes exploran el fondo de ojo mediante fotografías con retinógrafos no midriáticos. Los médicos de asistencia primaria - con formación específica - analizan la retina por regiones anatómicas y diferencian entre retinografías normales y anormales. Si hay RD, si no son evaluables o se evidencia alguna anomalía no diabética que requiera aclaración, las imágenes se remiten por intranet para valoración por el oftalmólogo, que confirmará el diagnóstico y catalogará la gravedad del cuadro.

La clasificación del Global Diabetic Retinopathy Project Group (GDRPG) se ha convertido en el estándar de trabajo para una práctica clínica de calidad y nos permite introducir las lesiones de la RD.

- Según el **cierre vascular** diferenciamos cuadros no proliferantes (**RDNP**) y cuadros proliferantes (**RDP**).

• **RDNPL** (leve). Solo **microaneurismas**. Los capilares retinianos no son visibles, pero sus dilataciones aneurismáticas sí. Son pequeñas lesiones puntiformes rojas en el parénquima retiniano.

• **RDNPM** (moderada). Peor que leve pero mejor que severa. Los microaneurismas y capilares se rompen y sangran. **En el espesor** de la retina las hemorragias son redondeadas, con borde difusos se llaman **hemorragias en borlón**, características de la RD. Inicialmente son más frecuentes temporales a la mácula. **En la capa superficial** de axones de células ganglionares, las hemorragias tendrán una morfología estriada, siguiendo el camino centripeto de la capa de fibras de axones. Son las **hemorragias en llama**. El cierre microvascular, con infarto focal en la capa de fibras, hincha los axones al detenerse el flujo axoplásmico y produce la **mancha blanca algodonosa**. Otra consecuencia es la modificación del calibre, con estenosis y dilataciones, de las venas retinianas produciendo el **arrosariamiento venoso**. Si el arrosariamiento aparece solo en un cuadrante, la RD es moderada.

• **RDNPS** (severa). Cuatro 4 cuadrantes con más de 20 hemorragias, ó 2 con arrosariamiento, ó 1 con **AMIR**. Las asas venosas, teleangiectasias y dilataciones capilares, y la proliferación vascular que se mantiene en el plano de la retina, son en conjunto las anomalías microvasculares intraretinianas (AMIR).

· **RDP** (proliferante): los factores de vasoproliferación crean nuevos vasos (**neovasos**) en la papila o en otras zonas de la retina, que pueden sangrar (hemovítreo) o acompañarse de crecimiento fibroso blanco, que se contrae y desprende de la retina por tracción. Es la fase proliferante (RDP).

- Por la **alteración de la permeabilidad** vascular definimos la presencia o ausencia de **edema macular**. La salida de fluido desde los mi-

croaneurismas y capilares ocasiona edema retiniano. En los límites se depositan lipoproteínas que se denominan **exudados duros**. Son lesiones blancas puntiformes bien delimitadas, de bordes geométricos bruscos. Su distribución circunferencial se denomina **circinada**, que en la mácula se denomina **estrella macular**. El edema macular puede aparecer asociado a cualquiera de los estadios descritos con anterioridad y su presencia se valora de forma independiente.



URM SIMPOSIO

Ansiedad y depresión

Martín Muñoz JC

FEA de Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Comunitaria del Tomillar. Área Hospitalaria de Valme, Sevilla

ANSIEDAD Y DEPRESION

En el año 2002, dentro del marco de medidas de mejora de la calidad asistencial mediante la elaboración de procesos guiados por los principios de medicina basada en las evidencias, se edita por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía el Proceso Asistencial Integrado "Ansiedad, Depresión, Somatizaciones". Según el modelo organizativo del proceso, le corresponde a Atención Primaria (AP) el realizar, para todo el abanico de cuadros de Ansiedad y Depresión:

- La exploración y evaluación de estos.
- Su adecuada categorización e identificación diagnóstica.
- En último lugar, el establecimiento de un adecuado plan terapéutico y orientación.

En suma, el proceso asistencial Ansiedad, Depresión y Somatizaciones, que a nivel de administración sanitaria andaluza se pretende implementar en todas las áreas sanitarias, establece con claridad que la recepción, valoración, diagnóstico y tratamiento de la gran mayoría de trastornos de ansiedad y depresión corresponde a la AP andaluza. En el proceso también aparecen una serie de recomendaciones para su correcta evaluación y tratamiento, basadas en los principios de la medicina basada en la evidencia. Pero este proceso fue publicado en el 2002, y los mismos principios de la evidencia marcan que deben de ser actualizados cada 3 años. Este Simposio se propone la actualización en los principios del abordaje de los trastornos de ansiedad y depresión en AP, con especial mención a su terapéutica, e incorporando tanto las nuevas guías de práctica clínica como los recientes avances terapéuticos. Se

incluye a continuación un breve resumen de lo que se expondrá en el simposio.

ANSIEDAD

Se recomienda la aplicación de intervenciones cognitivo-conductuales (relajación, reconocimiento de pensamientos ansiogénicos y de falta de autoconfianza, búsqueda de alternativas útiles y entrenamiento en acciones para resolución de problemas, técnicas para mejorar el sueño y trabajo en casa). Los talleres grupales, deben tener una duración de al menos 8 sesiones (1 por semana), realizarse de forma reglada y ser dirigidos por profesionales entrenados de los equipos de Atención Primaria.

Respecto de los tratamientos psicofarmacológicos, las evidencias actuales recomiendan un uso siempre limitado en el tiempo (no más de 4 semanas) de las benzodiacepinas, y se destaca como primera línea de tratamiento diferentes ISRS, y se incluyen también los ISRSN y la Pregabalina.

DEPRESION

En la depresión leve y moderada, debería considerarse el tratamiento psicológico específico (como la terapia de solución de problemas, la terapia cognitivo-conductual breve o el *counselling*), de 6 a 8 sesiones durante 10-12 semanas.

El tratamiento psicológico de elección para la depresión moderada, grave o resistente es la te-

rapia cognitivo-conductual. La terapia interpersonal puede considerarse una alternativa razonable.

En la consideración del tratamiento farmacológico de la depresión, se revisarán las recomendaciones actuales sobre la elección de los ISRS e ISRSN como primeras o segundas elecciones de tratamiento, las recomendaciones terapéuticas ante una respuesta parcial o ausente, y las recomendaciones sobre combinaciones de antidepresivos.

Se hará una referencia específica del abordaje de la ansiedad y depresión en las personas mayores, con especial énfasis en los aspectos terapéuticos, incluyendo la recomendación basada en la evidencia del ejercicio físico.

Bibliografía:

Ansiedad, depresión, somatizaciones. Proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud; 2002.

Depression in adults: NICE updated guideline DRAFT. February 2009.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10.

Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2006/06.

New Zealand Guidelines Group. Identification of Common Mental Disorders and Management of Depression in Primary Care. An Evidence-based Best Practice Guideline. Wellington: Published by New Zealand Guidelines Group; 2008.



MESA: URM Uso racional de los recursos en el abordaje de la EPOC

Ponencia: Proceso asistencial EPOC. Oportunidades de mejora

León Jiménez A

Neumólogo. UGC de Neumología y Alergia. Hospital U. Puerta del Mar. Cádiz

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una de las principales causas de muerte y discapacidad en todos los países. De hecho, según la OMS, fue responsable de 3,8% del total de fallecimientos en los países más desarrollados en el año 2001, y en el mismo informe se le hace responsable de ser la séptima causa de discapacidad en dichos países. Aunque la prevalencia de la enfermedad varía ostensiblemente de unos países a otros, e incluso dentro de un mismo país, los datos actuales disponibles señala que la prevalencia en sujetos mayores de 40 años es de un 10,1% y esta prevalencia va aumentando progresivamente con la edad, de forma que puede alcanzar el 20,8% de los varones y el 15,5% de las mujeres mayores de 60 años. Las previsiones para el futuro no son muy favorables con respecto a la evolución de la enfermedad. El aumento en el consumo de tabaco en los países en desarrollo y el envejecimiento de la población en los países desarrollados, harán que para el año 2020 esta enfermedad será la tercera causa de muerte y morbilidad a nivel mundial.

Por todo lo anterior, los proveedores sanitarios, ya sean públicos o privados, han estado buscando vías para optimizar la actuación conjunta de los sistemas de salud en patologías crónicas y con elevado consumo de recursos como es el caso de la EPOC. Una de las vías por las que se pretende optimizar las actuaciones sanitarias es la gestión por procesos asistenciales. El concepto nace en los Estados Unidos de Norteamérica y ha asumido diferentes denominaciones (Disease Management, Atención Integral de Patologías, Gestión de enfermedades, Gestión por Procesos Asistenciales, etc.). Los procesos asistenciales son una forma de planificar, ejecutar, examinar y mejorar la atención a los pacientes con un determinado proceso, es decir, gestionar el proceso. Esta herramienta se está implantando de forma progresiva en diferen-

tes sistemas sanitarios públicos y proveedores privados y sus ventajas son innegables. La perspectiva de atención es integral, abarcando todas las facetas desde la prevención hasta la propia rehabilitación. Todos los profesionales del sistema tienen elementos de y para su coordinación, con pautas de actuación definidas, lo que permite que cuando un paciente pasa de uno a otro profesional del mismo o diferente nivel asistencial, no existan vacíos asistenciales. En resumen, un proceso asistencial puede definirse como una forma de gestión clínica que coordina los recursos médicos necesarios para la atención sanitaria de los pacientes de forma integral (promoción, diagnóstico y rehabilitación de la salud), longitudinal y continua dentro del sistema sanitario.

En el año 2001 la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía priorizó la EPOC como uno de los procesos asistenciales que iban a ser implantados. Por tal motivo, se constituyó un grupo de trabajo formado por neumólogos, médicos de Atención Primaria, facultativos de urgencias extra e intrahospitalaria, enfermeros de distintos niveles asistenciales y un experto en metodología de procesos, cuyo cometido fue elaborar el Proceso Asistencial EPOC para nuestra Comunidad. Tras ello, el grupo de mejora se ha encargado de su continua actualización y perfeccionamiento. A pesar de lo anterior, y que la gestión por procesos asistenciales ha demostrado que puede disminuir el uso de los servicios de salud e ingresos hospitalarios, mejorar la calidad de vida relacionada con la salud e, incluso en algunos estudios, la capacidad de ejercicio, es obvio que la implementación es un reto en nuestra Comunidad. El análisis de la evolución y experiencias en estos años, junto con el estudio de otras experiencias similares y la incorporación de aquellos elementos que han demostrado mayores beneficios en salud, es uno de nuestros objetivos primarios.

MESA: URM Uso racional de los recursos en el abordaje de la EPOC

Ponencia: Variables asociadas al pronóstico en EPOC. Evidencias

Solís de Dios M

Médico de familia. UGC de Mairena del Aljarafe. Sevilla. Miembro del grupo de Respiratorio SAMFyC

Durante muchos años se ha considerado que el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) el principal predictor de mortalidad en pacientes con EPOC. Por esta razón, se ha convertido en el parámetro a modificar mediante los diferentes tratamientos.

La EPOC es una enfermedad inflamatoria crónica con connotaciones sistémicas y otros parámetros menos utilizados pueden predecir mejor la mortalidad de forma independiente que el propio FEV1.

Factores pronósticos no modificables

Edad.

Como en cualquier otra enfermedad, la edad se asocia a un aumento de la mortalidad. Otros factores como el apoyo social, la incapacidad física, la depresión o la calidad de vida están relacionados con la edad.

Sexo.

En los últimos años hemos asistido a un aumento progresivo de las cifras de prevalencia entre las mujeres, especialmente en los países occidentales. Este incremento se vincula directamente al mayor consumo de tabaco en la población femenina.

Factores pronósticos potencialmente modificables

Tabaquismo.

El consumo de tabaco es con diferencia el factor de riesgo más importante para el desarrollo de la EPOC.

Pulmonares.

Volumen espiratorio forzado en el primer segundo.

Tanto los valores basales del FEV1 como la caída anual de la función pulmonar son potentes predictores de morbilidad. Durante muchos años, el tratamiento de la EPOC se ha centrado en modificar la progresión de la enfermedad. Sólo el abandono del tabaco ha demostrado frenar la pérdida de función pulmonar y reducir la mortalidad.

Hiperinsuflación pulmonar.

Los pacientes con EPOC padecen atrapamiento aéreo, aumentando el volumen residual. Los pacientes con volumen residual más alto tienen mayor mortalidad.

Intercambio de gases.

La oxigenoterapia crónica domiciliar (OCD) prolonga la supervivencia de los pacientes con EPOC avanzada e hipoxemia grave. Los pacientes que reciben OCD durante al menos 15 h al día prolongan la supervivencia.

Hipertensión pulmonar y cor pulmonale crónico.

La presencia de hipertensión arterial pulmonar se ha asociado clásicamente a menor supervivencia.

Síntomas

Capacidad de ejercicio.

La prueba de la marcha de 6 min, ha demostrado ser un buen predictor de mortalidad.

Disnea.

El grado de disnea, medido mediante la escala del Medical Research Council, es un fuerte predictor de mortalidad.

Calidad de vida relacionada con la salud.

Cuestionarios de calidad de vida genéricos como el Short Form 36 (SF-36) o específicos como el St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), son predictores independientes de mortalidad global y respiratoria.

Exacerbaciones

Las exacerbaciones graves que precisan atención hospitalaria (visitas a urgencias y hospitalizaciones), son predictores de muerte de carácter independiente.

Manifestaciones sistémicas de la EPOC

Alteraciones nutricionales.

Un bajo peso corporal ($IMC < 20 \text{ kg/m}^2$), es predictivo de aumento de la mortalidad, con independencia de la función pulmonar.

Manifestaciones cardiovasculares de la enfermedad.

Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer de pulmón son la causa de muerte en cerca de dos tercios de los pacientes con EPOC leve. La EPOC es un importante factor de riesgo para aterosclerosis.

Anemia.

Inflamación sistémica. Quizá la inflamación sistémica observada en los pacientes con EPOC pudiera tener consecuencias pronósticas. La existencia de concentraciones elevadas de proteína C reactiva (PCR) aumenta de forma notable el riesgo de daño cardíaco.

Comorbilidad

En ocasiones resulta difícil distinguir si la coexistencia de la EPOC con otra enfermedad es producto del azar o bien consecuencia de la propia EPOC. La insuficiencia cardíaca crónica fue la comorbilidad más frecuentemente encontrada en los pacientes EPOC fallecidos.

Escalas multidimensionales

El índice BODE incluye el IMC, el FEV1, el grado de disnea y la capacidad de ejercicio, evaluada mediante la prueba de la marcha de 6 min. En conjunto, el índice BODE fue más efectivo que el FEV1 como variable pronóstica.

MESA: URM Uso racional de los recursos en el abordaje de la EPOC

Ponencia: Corticoides inhalados en la EPOC. Uso racional de la evidencia

Soler Cataluña JJ

Facultativo Especialista en Neumología. Unidad de Neumología. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Requena

La principal característica que define a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es la presencia de una limitación crónica y progresiva al flujo aéreo. Hoy sabemos que esta alteración se produce fundamentalmente en la pequeña vía aérea y se asocia a una respuesta inflamatoria anómala. Bajo este prisma de conocimiento y durante la década de los noventa se realizaron varios grandes estudios destinados a conocer cuál era el papel de los corticoides inhalados (CSI) sobre la progresión de la enfermedad, expresada ésta como el descenso anual del volumen espiratorio forzado durante el primer segundo (FEV₁). En ninguno de ellos se demostró diferencias estadísticamente significativas frente a placebo en la pendiente de caída del FEV₁. La explicación a este fracaso terapéutico se centró en el tipo de inflamación que predomina en la EPOC, una inflamación neutrofílica sobre la que los corticoides tendrían escaso efecto. A pesar de los resultados negativos sobre la función pulmonar, distintos estudios señalaron que los CSI conseguían reducir la tasa de exacerbaciones en pacientes con EPOC grave y también enlentecían el deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud, de tal suerte que todavía hoy la mayoría de guías de práctica clínica recomiendan el empleo de CSI en pacientes con EPOC grave y frecuentes exacerbaciones. Sin embargo, estas recomendaciones empiezan a no ser tan contundentes por cuanto se ha puesto en tela de juicio el análisis estadístico empleado para evaluar las agudizaciones y se ha sugerido que la retirada de CSI antes de la aleatorización podría introducir desbalances. Estos argumentos no son compartidos por todos y de hecho algunos reanálisis siguen mostrando beneficios significativos para la terapia antiinflamatoria. En este contexto de debate, uno

de los temas que mayor controversia ha suscitado ha sido el efecto de los CSI sobre la supervivencia de los pacientes con EPOC. El estudio ISEEC (The Inhaled Steroid Effects Evaluation in COPD) revisó el tema obteniendo datos individuales procedentes de 7 ensayos clínicos donde se utilizaron CSI [en monoterapia o asociados a b₂-agonistas de acción prolongada (LABA)] con un período de seguimiento de al menos 12 meses. Los autores encontraron una reducción significativa del riesgo relativo de muerte del 27% (HR: 0.73, IC95%: 0.55 – 0.96). Este metanálisis también ha sido discutido debido a la ausencia de seguimiento tras la retirada del estudio.

Frente a los estudios que evalúan el papel de los CSI en monoterapia, en los últimos años se han presentado distintos ensayos clínicos destinados a valorar el efecto de la asociación de un CSI/LABA. Con independencia de cuál fuese la sustancia evaluada (salmeterol/fluticasona o formoterol/budesonida) la utilización combinada de estos fármacos en un mismo dispositivo reduce alrededor de un 25% el número de exacerbaciones, mejora la calidad de vida, los síntomas y la función pulmonar frente a placebo. Estos beneficios se han atribuido a una cierta sinergia de efecto entre el LABA y el CSI, lo que potenciaría tanto la acción broncodilatadora como la antiinflamatoria. En este contexto, recientemente se ha presentado el estudio TORCH (Toward a Revolution in COPD Health), un ensayo clínico de 3 años de duración sobre algo más de 6000 pacientes en los que se evalúa la influencia de la terapia combinada salmeterol/fluticasona sobre la mortalidad de los pacientes con EPOC. El estudio muestra una reducción no significativa del riesgo relativo de muerte del 17.5% (HR: 0.825,

IC95%: 0.681 – 1.002) frente a placebo. Este dato ha abierto un fuerte debate entre aquellos que rechazan el beneficio del fármaco y otros que aprecian una tendencia a la mejoría, aunque quizás de menor magnitud de la esperada. A diferencia de lo observado en los estudios previos, el em-

pleo del CSI en monoterapia no redujo la mortalidad. Según algunos autores, este dato sugiere que el beneficio observado para la terapia combinada depende en gran medida del agente broncodilatador de acción prolongada y no tanto del corticoide inhalado.



MESA: Investigación en APS: menos descripción y más intervención

Ponencia: Laberintos en la sociedad de la información científica

Magallón Botaya M^aR

Médica de Familia. Grupo Aragonés de Investigación en AP

La investigación en Atención Primaria de Salud ha sido siempre considerada como un tema menor dentro de la investigación en el contexto del sistema sanitario público. Tanto los gestores del conocimiento como la opinión pública han considerado siempre que la generación de nuevas evidencias solo era posible en un medio asistencial complejo o en grandes laboratorios básicos.

Tan solo médicos de familia excepcionales, con gran vocación y capacidades, y generalmente al amparo de un grupo hospitalario consiguieron despuntar como referentes de investigación en años pasados.

Sin embargo, hay una fecha decisiva que marca una leve inflexión en esta situación, y es la convocatoria de creación de redes temáticas de investigación del Carlos III en 2003, en la que por primera vez se consigue crear una red nacional exclusiva de investigación en atención primaria, compuesta entonces por grupos de 13 comunidades autónomas. Muchos de ellos emergente, como el nuestro, pero que nos ha permitido la oportunidad de desarrollar una infraestructura y una actividad investigadora en Aragón impensable hace poco más de 5 años. Es la experiencia de este crecimiento, la que pretendo compartir con vosotros en esta mesa.

En un análisis previo de la situación de partida, nos encontramos con que en el periodo de 1998 a 2003 tan sólo se habían presentado 6 proyectos FIS en toda la Comunidad Autónoma.

Nuestra integración en la red nos permitió partir en 2003, de un proyecto FIS coordinado con otros grupos y, por primera vez en AP, con una becaria dedicada a investigación. Con estos recursos, el núcleo inicial de tres médicos de familia, se planteó inicialmente buscar el apoyo institucional autonómico, como elemento indispensable. E inmediatamente después, una estrategia de crecimiento basada en cuatro objetivos: captar investigadores de toda la comunidad autónoma, formarlos, integrarlos en el grupo y finalmente, mantener la motivación para la investigación. En la ponencia se detallan cómo hemos llevado a cabo esta estrategia, con sus debilidades y fortalezas.

La experiencia ha sido y es positiva. En estos momentos, 2009, hemos conseguido el reconocimiento como grupo consolidado por el Gobierno de Aragón. Contamos con mas de 20 proyectos financiados en convocatorias competitivas nacionales, y otros tantos autonómicos, un grupo fluctuante de entre 7 y 9 becarios con dos plazas estabilizadas y mas de 200 profesionales de AP que reciben diariamente nuestra información y se implican en distinto grado en el grupo.



MESA: Investigación en APS: menos descripción y más intervención**Ponencia: Cómo mejorar la financiación y producción científica en atención primaria: la experiencia del grupo SAMSERAP**Bellón Saameño JA¹ y Grupo SAMSERAP*¹ Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo, Málaga. Unidad de Investigación de Atención Primaria del Distrito Sanitario Málaga. Profesor Asociado del Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad de Málaga*

Nuestro grupo de investigación SAMSERAP, Salud Mental, Servicios y Atención Primaria, es un grupo de la Red de Investigación en Actividades Preventivas de Atención Primaria (redIAPP) que está financiado por el ISCIII, RD06/0018/0039, y la Consejería de Innovación de la Junta de Andalucía (CTS-587). Estamos localizados físicamente en las instalaciones de la Unidad de Investigación del Distrito de Atención Primaria Málaga, ésta a su vez consiguió la acreditación de calidad avanzada por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. En la actualidad el grupo está formado por 8 miembros: 3 médicos de familia, 2 especialistas en epidemiología y salud pública, 1 psicóloga, 1 psiquiatra y 1 estadístico. El coordinador e investigador principal es Juan Bellón, médico de familia del CS El Palo. Cuenta también con 4 técnicos de investigación contratados, 1 adscrita al grupo y 3 a proyectos del grupo. Además damos cobertura a dos grupos clínicos asociados, financiados por el ISCIII, que incluyen a 10 ayudantes de investigación cada uno; siendo en su totalidad clínicos de atención primaria y salud mental. Estos últimos son la principal "cantera" del grupo, de tal forma que cuando alguno de ellos va consiguiendo un mínimo de publicaciones y proyectos financiados, pasa a ser candidato a miembro del grupo.

En los últimos 5 años el grupo ha aportado investigadores a 3 proyectos financiados por la Unión Europea, 14 proyectos FIS, 2 proyectos del Ministerio de Educación y Ciencia, 10 proyectos de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 3 proyectos de la Consejería de Innovación de la Junta de Andalucía y 1 del Ministerio de Ciencia y Tecnología. Además se ha obtenido

financiación para otros 9 proyectos en otras entidades (SEMFyC, SAMFyC, Osakidetza y la Universidad). Actualmente están en fase de evaluación 7 nuevos proyectos: 3 en la Consejería de Innovación, 2 FIS, 1 ETS y 1 en la Fundación-TV3.

En los últimos 5 años se han publicado 65 artículos en revistas con factor de impacto (FI), en el 90% de los casos en revistas internacionales. El artículo que ha tenido mayor impacto se ha publicado en Arch Gen Psychiatry (FI= 16), estando el rango del FI del resto de las publicaciones entre 2 y 11.

Nuestras líneas de investigación se centran en: depresión (prevención de la depresión en atención primaria, depresión post-parto y guías de depresión); epidemiología de los trastornos mentales en la comunidad, atención primaria y salud mental (depresión, ansiedad, abuso de alcohol y esquizofrenia); utilización de los servicios de atención primaria y salud mental (modelos explicativos, hiperfrecuentación, utilización entre-niveles); y sobre "los encuentros difíciles" en atención primaria.

A nuestro juicio las 10 claves del éxito del grupo SAMSERAP, en cuanto a su producción científica y la financiación de proyectos, serían las siguientes:

1) mantener las mismas líneas de investigación a lo largo de los años; 2) compartir proyectos y publicaciones con líderes de la investigación internacional en nuestros temas de estudio; 3) trabajar en un grupo de investigación con profesionales de áreas de conocimiento diferentes pero com-

plementarias; 4) mantener en el grupo un equilibrio entre profesionales clínicos y no clínicos; 5) trabajar en red coordinándose con otros grupos de investigación de atención primaria de diferentes partes de España (redIAPP); 6) haber recibido apoyo del Distrito Sanitario de Atención Primaria Málaga; 7) haber compartido proyectos y publicaciones con grupos de investigación básica; 8) haber invertido recursos en infraestructuras y

personal técnico de apoyo a la investigación; y 9) mantener una formación continuada en investigación ligada a nuevos retos y proyectos. La décima clave la ponemos aparte porque quizás sea la más importante: tener una gran motivación interna por la investigación; es decir, tener una gran curiosidad e interés por responder a preguntas que aporten más salud a las personas o/y eficiencia a los sistemas sanitarios.



MESA: Investigación en APS: menos descripción y más intervención

Ponencia: Ensayos clínicos en atención primaria

Pérez Milena A

Médico de familia. CS El Valle. Jaén

El avance de la atención sanitaria exige una búsqueda sistemática de respuestas a los interrogantes que surgen diariamente en la actividad asistencial y sólo se puede hacer mediante la investigación y la transmisión de los resultados obtenidos a la práctica clínica diaria. Atención Primaria posee unas características que favorecen la investigación: campo específico de conocimientos, atención a estadios más precoces de la enfermedad, continuidad asistencial que facilita el estudio natural de la enfermedad y mayor accesibilidad a la población con una orientación hacia los contextos familiares y comunitarios. La incertidumbre con la que se trabaja en la consulta (complejidad de la atención individual con una difícil frontera entre normalidad y enfermedad, actividades de prevención y promoción de la salud o con el grado de conocimiento de la comunidad) provoca inquietud entre los profesionales y una gran variabilidad en la práctica clínica. Este elemento se convierte en una excelente invitación a la curiosidad: **gestionar la incertidumbre** es una de las principales habilidades que debe desarrollar el médico de familia.

¿Son posibles los ensayos clínicos (EC) en AP? La metodología investigadora debe adaptarse a la pregunta y no al ámbito donde se realiza. La necesidad de evidencias hace que todos los diseños tengan igual importancia: junto a estudios descriptivos, prospectivos y cualitativos, es necesario dar un salto en calidad hacia estudios de intervención. Muchos EC presentan deficiencias metodológicas que los alejan de la realidad clínica: diferencias estadísticas de poca relevancia práctica, resultados limitados a la eficacia y toxicidad de un fármaco en pacientes “de laboratorio”, intereses económicos en la evaluación de fármacos... Los EC ajenos a la AP ofrecen eficacia pero sin valorar el impacto clínico en la práctica, que puede ser muy inferior. No tenemos los “pacientes ideales” que se incluyen en muchos EC: la prevalencia real varía y se modifica la frecuencia de los

estadios de las enfermedades estudiadas, el valor predictivo de las pruebas y la respuesta esperada al tratamiento. El fármaco determina un resultado beneficioso para el paciente pero casi siempre es fundamental que se den una serie de circunstancias en su entorno para que ese resultado se produzca.

Los EC son posibles (¡y necesarios!) en AP. Debemos huir de la pasividad intelectual y liderar investigaciones donde se pase de la eficacia a la **efectividad**, en la búsqueda de evidencias propias que nos acerquen al éxito del tratamiento en condiciones reales. Este cambio cultural supone investigar para gestionar la incertidumbre clínica diaria, mediante la producción de resultados fácilmente aplicables a la asistencia diaria, de forma fiable y lo más naturalmente posible, para influir en la salud de las personas, las familias y la comunidad.

Las estrategias de mejora pasan por fortalecer la investigación con una formación más estructurada y práctica que facilite incorporarla a las competencias básicas del médico de familia. También se necesita un incremento de los recursos (dotación de personal y de tiempo), básico para aquellos centros de salud con líneas de investigación mantenidas en el tiempo. Estas líneas deben asumir las propuestas por el Sistema Sanitario Andaluz, al tiempo que se identifican necesidades de intervención en nuestro medio. Por último, se precisa una cooperación y coordinación multicéntrica, interniveles e interdisciplinaria para alcanzar logros significativos.

En AP se puede **investigar en salud** con el objetivo final de aplicar los resultados obtenidos para mejorar la atención integral (prevención, curación, rehabilitación), conocer el contexto donde se aplicarán los resultados de la investigación y mejorar la equidad de la atención sanitaria. En definitiva, se trata de compartir evidencias e incertidumbres.

MESA: Drogodependencia y Atención Primaria: no miremos a otro lado

Ponencia: Manejo de los problemas (de salud) relacionados con el consumo de drogas en atención primaria

Zarco Montejo J

Médico de Familia. CS Ibiza. SERMAS Área 1. Madrid. Doctor en Medicina. Profesor asociado de Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de la UCM. Tutor de residentes. Coordinador del Grupo de Intervención en Drogas (GID) semFYC y miembro del de VIH/sida

Asistimos a un cambio en el perfil de los consumidores de drogas en las últimas décadas y a unas prevalencias de consumo de las distintas drogas que sitúan a España a la cabeza del “ranking” internacional.

Los profesionales de atención primaria se encuentran en una situación privilegiada para desempeñar un papel mucho más activo al respecto. Las características de su atención son óptimas para el correcto abordaje de los problemas relacionados con los consumos de drogas en diferentes niveles de atención: prevención, gestión de placeres y riesgos, diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento, en coordinación integrada con los diferentes recursos existentes.

Es necesario contar con los recursos necesarios y mejorar nuestra capacitación en esta nueva área competencial de nuestro perfil profesional.

El médico de familia y el resto de profesionales sanitarios que trabajamos en atención primaria (pediatras, profesionales de enfermería) nos encontramos en una situación de privilegio para atender a la población.

Los patrones de consumo de drogas han cambiado mucho en los últimos años. La normalización y generalización de su consumo, no sólo en relación a las drogas legales como el alcohol y el tabaco, sino de las ilegales como el cannabis y la cocaína, han hecho que el perfil del consumidor de drogas haya cambiado drásticamente y por tanto las demandas y problemas relacionados, lo hayan hecho de forma paralela. España está situada en un primer nivel internacional en cuanto a las prevalencias de consumo de la mayoría

de las drogas. Si bien, la mortalidad asociada y la consecuente preocupación social por las drogas han sufrido un claro descenso.

Nuestra cercanía, accesibilidad, visión integral e integrada, continuidad y longitudinalidad de la atención, unido al creciente carácter docente e investigador y a la actuación basada en el mayor grado de evidencia científica, nos sitúa en el lugar óptimo para poder prestar cuidados, asesorar e investigar sobre las conductas de nuestra población. Incluso para las que afectan al ámbito más íntimo y privado de las personas, como son las relacionadas con el consumo de drogas. El realizar una buena historia de consumo de drogas, nos permitirá identificar aquellas personas que puedan estar en riesgo de desarrollar algún problema e identificar éstos precozmente, para así poder dar una respuesta adecuada a cada situación y posibilitar un seguimiento posterior. Estos son los motivos que han justificado la presencia de un área de capacitación específica en el vigente programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria que marca el perfil del médico de familia.

El conocimiento y colaboración con otros recursos asistenciales, será también un elemento fundamental. Las actividades preventivas habrá que adecuarlas a la población a la que vayan dirigidas. El trabajo con las familias, cobra aquí una especial importancia, con lo que los apellidos de nuestra especialidad “Familiar y Comunitaria” tienen una vez más un protagonismo fundamental. Las nuevas técnicas de comunicación en las que cada vez estamos más formados: entrevista clínica, escucha activa, en-

trevista motivacional... se convierten nuestros verdaderos baluartes para del tema que nos ocupa.

Las intervenciones que se pueden realizar van desde colaborar en actividades preventivas (intervenciones individuales, grupales en el centro de salud, fuera del centro de salud), asesora-

miento y consejo para la disminución del riesgo asociado a los consumos de drogas (gestión de placeres y riesgos), diagnóstico precoz de consumos problemáticos y dependencias a sustancias... hasta su tratamiento, deshabituación y seguimiento... Para ello es necesario que los profesionales sanitarios de atención primaria nos capacitemos en este campo de conocimiento.



MESA: Drogodependencia y Atención Primaria: no miremos a otro lado

Ponencia: Tratamiento del alcoholismo en atención primaria. ¿Qué, cómo y cuándo?

Álvarez González FJ

Psiquiatra. Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas. Área de Farmacología. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid

El alcohol es la principal droga de abuso consumida en España, y su consumo se asocia a una gran morbilidad y mortalidad. En la práctica clínica los profesionales sanitarios han de atender a un número considerable de pacientes que presentan problemas derivados del consumo de alcohol, tanto en la esfera de los trastornos mentales como orgánicos.

La intervención del Profesional sanitario, y en particular desde Atención Primaria de salud, es de gran relevancia. La prevención es vital. Los profesionales sanitarios podemos y debemos tener un papel importante en el desarrollo de políticas públicas preventivas (1,2). En la presente ponencia se analizan aspectos relativos al tratamiento del alcoholismo desde la Atención Primaria de salud, y en particular a ¿qué, como y cuando?

En la 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España, Prevención de los problemas derivados del alcohol (1) se ha señalado las siguientes recomendaciones, que se reproducen textualmente, para una política de alcohol efectiva:

Cribado del consumo de riesgo (Autor: Antoni Gual) (página 89)

Puntos clave:

- La identificación precoz de los consumidores de riesgo es la piedra angular de las intervenciones preventivas en alcohol desde el ámbito sanitario.
- El cribado sistemático es la estrategia más adecuada para identificar precozmente los consumidores de riesgo.

- Los instrumentos estandarizados (cuestionarios) son los que ofrecen mayores garantías para realizar correctamente el cribado.

Recomendaciones:

1. El Audit-C es el cuestionario de elección para el cribado de consumos de riesgo en el ámbito sanitario.
2. El Audit es el cuestionario de elección para la detección del síndrome de dependencia alcohólica en el ámbito sanitario.
3. Los marcadores biológicos no deben ser utilizados como instrumentos de cribado, aunque pueden ser útiles en el manejo clínico de los pacientes.
4. Los instrumentos de cribado deberán ser incorporados sistemáticamente en las historias clínicas informatizadas.

Efectividad de las intervenciones breves (Autor: Carmen Cabezas) (página 104)

Puntos clave

- La intervención breve ha demostrado ser efectiva para reducir el consumo de alcohol y la morbi-mortalidad.
- El modelo de intervención recomendada se basa en cinco pasos:
 - a) valoración.
 - b) consejo.
 - c) acuerdo de objetivos.
 - d) apoyo específico y e) seguimiento.

- El abordaje motivacional es una buena estrategia para incrementar la efectividad de las intervenciones en personas con consumo de riesgo de alcohol.

Recomendaciones para una política de alcohol efectiva:

1. Todos los profesionales sanitarios deben realizar intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol en personas que presentan consumo de riesgo.
2. Ante personas con fallos repetidos en el cumplimiento de los objetivos terapéuticos debería reevaluarse la dependencia y plantearse la derivación a unidades especializadas

Bibliografía

(1) Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf>

Villalbí JR, Gual A. Las políticas preventivas del consumo de sustancias adictivas y la responsabilidad de los profesionales. Adicciones. 2008; 21: 5-8.

Agradecimientos:

Red de Trastornos Adictivos, Instituto de Salud Carlos III, RD06/0001/0020

URM MESA: Prioridades en prevención cardiovascular

Ponencia: Evidencia de ineficiencias en prevención cardiovascular

Maiques Galán A

Coordinador Nacional de Prevención Cardiovascular del PAPPS. CS Manises. Valencia

Generalmente los estudios se plantan para comprobar que una intervención es mejor que otra y no para demostrar que es ineficiente. Así, la evidencia de la ineficiencia en cierta medida se podría entender como una actividad que se realiza sin evidencias. Por lo tanto una actividad que no ha demostrado su eficacia y que se realiza continuamente sería ineficiente. Pero también entiendo como ineficiencia, aquellas actividades de demostrada eficacia en prevención cardiovascular y que no se efectúan en toda su extensión. Por último, entre las actividades ineficientes, estarían aquellas recomendaciones que crean confusión fomentando discusiones bizantinas, siembran dudas a la hora de intervenir sobre un determinado factor de riesgo.

Entre las actividades eficaces y que no se hacen en toda su extensión se encuentra, sin lugar a dudas el control de la hipertensión arterial, pero no entendido como una falta de control en general. Actualmente, con la aparición de los programas informáticos de gestión de la información clínica se constata la enorme variabilidad entre los distintos profesionales, demostrando que el factor médico tiene una influencia decisiva (presentación datos de un trabajo pendiente de publicar).

Continuamente estamos gastando una gran cantidad de recursos en visitas continuas al médico y, sobre todo, al personal de enfermería para el control de los factores de riesgo sin unos objetivos claros y sin coordinación. De esta actividad tan extendida en medicina de familia, las pruebas disponibles de su eficacia son contradictorias. Sin embargo, cuando la intervención cardiovascular se aplica coordinadamente entre el médico y el personal de enfermería con programas de intervención conjunta de los diferentes factores de riesgo, sí que existen pruebas de su utilidad.

Por último, una guía para diferenciarse de otra plantea modificaciones que generan confusión y desconfianza. Así, se puede citar entre estos ejemplos las distintas tablas para calcular el riesgo publicadas en distintas zonas geográficas que pretenden dotar a la población española de peculiaridades propias; otras introducen variables, como el nivel social, de difícil aplicación práctica. También, dentro de esta bolsa de ineficacia en prevención cardiovascular se encontraría la discusión de si el diabético es o no un paciente de alto riesgo, cuando esta muy claro que al intervención reduciendo el colesterol o la presión arterial produce beneficios substanciales en este paciente.



URM MESA: Prioridades en prevención cardiovascular

Ponencia: Rehabilitación cardíaca en atención primaria

Bravo Navas JC

Médico de Familia. CS Carranque. Málaga

Los programas de rehabilitación cardíaca (Rh. C.), se enmarcan en la prevención terciaria. Se pueden definir como el conjunto de medidas multidisciplinarias dirigidas a mejorar la capacidad funcional del cardiópata susceptible, mediante; ejercicio físico, control de los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV), normalizar la situación psicológica del paciente, elevar el nivel de conocimiento sobre la enfermedad que padece, con el consiguiente cambio en los estilos de vida y colaborar en la reinserción socio-laboral.

La población prototipo a la que se dirige es la población infartada, aunque es extensible a pacientes con cualquier cardiopatía, incluso a pacientes sedentarios con factores de riesgo.

El desarrollo del proceso se realiza en III fases:

Fase I: intrahospitalaria, con movilización precoz y abordaje psicológico.

Fase II: los pacientes de alto o medio riesgo necesitan monitorización con telemetría, por lo que la realizan en el hospital y los de bajo riesgo en el centro de salud. Las actividades a realizar son ejercicio físico, técnicas de relajación y cambios en los estilos de vida

Fase III: se lleva a cabo desde que finaliza la II (8 semanas postinfarto) y duraría el resto de la vida.

Respecto a los beneficios que se obtienen con dichos programas destacan; la mejora en la capacidad física y psicológica, en el control de los FRCV, les facilita la incorporación laboral y aún más importante, llegan a disminuir la morbilidad, con el consiguiente ahorro económico, y la mortalidad en un 20%.

A lo largo de este tiempo, intervienen profesionales de distintas especialidades.

Nuestra unidad, que funciona desde 1998, se compone de 1 cardiólogo, 1 médico rehabilitador, 2 fisioterapeutas, 2 psicólogas, 2 enfermeros y 1 médico de familia. Ocasionalmente pueden intervenir otros profesionales, como nutricionistas, asistentes sociales etc... Por tanto, se trata de un equipo multidisciplinar donde el médico de A.P. es uno más dentro del engranaje del proceso.

La función del médico de A.P. es la de coordinar todo el trabajo extrahospitalario con especial dedicación al cambio en los estilos de vida y las actividades de la Fase III.

URM MESA: Costes psicológicos de la sociedad del bienestar

Ponencia: Psiquiatrización de la vida cotidiana

Ortiz Lobo A

Psiquiatra. Servicios de Salud Mental del Distrito Salamanca. Área 2. Madrid

En los últimos años se está produciendo una expansión sin precedentes de la medicina que ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas, es lo que se ha denominado medicalización¹⁻⁸. Esto conlleva el aumento de pruebas diagnósticas y tratamientos que muchas veces acaban produciendo más daños que beneficios. Esta expansión de la medicina, alcanza uno de sus máximos exponentes en el terreno de la salud mental.

La repercusión social más importante de esta psiquiatrización o psicologización de la vida cotidiana es que se está extendiendo la creencia de que la gente no puede enfrentar las vicisitudes de la vida sin una asistencia profesionalizada. Por otro lado se está produciendo un cambio cultural en el significado del dolor, el sufrimiento y la muerte. Estas ya no son experiencias esenciales con las que cada uno tiene que habérselas dentro de su sistema de significados ancestral sino que la nueva cultura médica lo ofrece como problemas evitables⁹.

Cuando indicamos una intervención psicoterapéutica o psicofarmacológica, exponemos al paciente a efectos beneficiosos pero también indeseables¹⁰. La calidad de las intervenciones en todo caso solo asegura que las cosas se hacen bien, pero no evita los efectos adversos de las cosas bien hechas. Cuando indicamos tratamiento a un paciente con malestar, que no presenta un trastorno mental, implícitamente le desresponsabilizamos de sus conductas y emociones que pasamos a gestionar nosotros. Tratar el malestar no va a comportar más salud porque esta no depende básicamente de la asistencia y tampoco supone menos “enfermedad” porque buena parte de los problemas atendidos no tienen solución psicológica ni psiquiátrica¹¹. Por último, nos guste o no, los profesionales somos

responsables de gestionar los limitados recursos asistenciales de nuestro Sistema Nacional de Salud y tenemos que considerar qué pacientes necesitan mucho, quiénes menos y quiénes nada. La clave estaría en saber si ante el problema humano que tenemos delante vamos a obtener mejores resultados considerándolo una enfermedad a tratar que si no fuera visto como tal¹.

En este contexto, es importante reconsiderar y reivindicar la indicación de no tratamiento, que tiene elementos terapéuticos, ya que de alguna forma modifica la visión que tiene el paciente de sí mismo. El problema de la narrativa del paciente es considerarse “enfermo” y así, signos y síntomas de la normalidad los vive como algo patológico. En otras ocasiones, el sujeto no se considera como enfermo, pero presenta creencias y expectativas erróneas en torno a lo que puede obtener de recibir un tratamiento. Lo que buscamos en cualquier caso, es una nueva interpretación de sus síntomas, de sus expectativas. Considerar la indicación de no tratamiento como una intervención psicoterapéutica, además, le permite al profesional ver al paciente como alguien que necesita ayuda (para entender que no es un enfermo y no precisa tratamiento) y no como un usuario equivocado y al que hay que comunicarle el alta del servicio en un trámite burocrático. Probablemente esto le permitirá al paciente sentirse comprendido en su sufrimiento y no expulsado sin más del servicio sanitario y al profesional sentirse más cómodo con la intervención. Todo esto exige unas técnicas de entrevista y una estrategia particulares, pero lamentablemente estos aspectos se descuidan habitualmente en la formación de los médicos. Aunque la indicación de no tratamiento es una intervención frecuente, con relevancia clínica y que precisa del manejo de habilidades psicoterapéuticas no deja de ser llamativo que haya sido tan poco evaluada y dignificada¹².

Pero además de los importantes aspectos técnicos, esta intervención exige que seamos más críticos con nuestras herramientas terapéuticas, que podamos ser más humildes y no exigirnos siempre “diagnosticar y tratar” si no ser capaces de movernos mejor en la incertidumbre y poder “esperar y ver”. Algo nada fácil cuando la sociedad actual atribuye a la medicina y a los médicos una extraordinaria omnipotencia que nos puede llevar a morir de éxito.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión Clínica y Sanitaria. Verano 2003 pp.47-53.
2. Gervas J, Pérez Fernandez M. El auge de las enfermedades imaginarias (editorial). FMC. 2006; 13: 109-111.
3. Moynihan R, Smith R. Too much medicine? (editorial). BMJ. 2002; 324:859-860.
4. Moncrieff J Psychiatric imperialism: the medicalisation of modern living. <http://www.critpsynet.freeuk.com/sound.htm>
5. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ. 2002; 324: 886-891.
6. Ortiz Lobo A, Mata Ruiz I. Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. Átopos. 2004; 2:15-22. http://www.atopos.es/pdf_03/yaesprimavera.pdf
7. Ortiz Lobo A. Los profesionales de salud mental y el tratamiento del malestar. Átopos 2008;7:26-34 http://www.atopos.es/pdf_07/Los-profesionales-de-salud-mental.pdf
8. Ortiz Lobo A, González González R, Rodríguez Salvanés F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. Aten Primaria. 2006; 38:563-9
9. Illich I. Nemesis médica. Barcelona: Barral; 1975.
10. Aranaz JM et al. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. Gac Sanit. 2006; 20 (supl 1):41-47.
11. Segura A. Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante. Gac Sanit. 1999; 13: 218-225.
12. Ortiz Lobo A, Murcia García L. La indicación de no tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. En: Trastornos mentales comunes: manual de orientación. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios; 2009.

URM MESA: Costes psicológicos de la sociedad del bienestar

Ponencia: Uso racional de la evidencia en el tratamiento de la ansiedad y depresión

Valmisa Gómez de Lara EJ

Psiquiatra. Director UGC Salud Mental. Hospital Universitario Puerto Real (Cádiz)

Los trastornos depresivos y de ansiedad constituyen una importante carga social y económica ya que se asocian con importantes niveles de incapacidad y con un impacto en el bienestar personal y en las relaciones interpersonales. Son una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria, su curso es recurrente y con tendencia a la cronicidad si no se interviene con tratamientos eficaces.

La atención mental basada en la evidencia se está convirtiendo en un elemento imprescindible para la reorientación de calidad de los servicios públicos de Salud en Salud Mental, que tienen la obligación de proporcionar tratamientos eficaces y disminuir la tendencia secular a una exagerada variabilidad en la práctica clínica en este campo de la Salud.

La evidencia en la investigación en Salud Mental es complicada por la heterogeneidad diagnóstica de los ensayos y la subjetividad en sus evaluaciones pero aunque la evidencia científica en Salud Mental puede ser criticada por ser insuficiente, existen en realidad escasas alternativas. Un enfoque sobre la calidad ayuda a asegurar que los recursos se utilizan de manera adecuada, que los tratamientos se emplean los conocimientos científicos más recientes y ayuda a asegurar que las personas con trastornos mentales reciben los cuidados que necesitan.

En la actualidad, la revisión crítica de diversas guías clínicas para el diagnóstico y tratamiento de la depresión y ansiedad en Atención Primaria es fundamental para responder a los interrogantes más frecuentes que el médico se realiza en su consulta diariamente:

· ¿Cuáles son los síntomas nucleares para identificar un trastorno depresivo y / ansioso?

· ¿En qué pacientes hay que investigar especialmente el riesgo de depresión y / o ansiedad?

· ¿Cuándo hay evidencias de que el tratamiento farmacológico puede ser efectivo?

· ¿Cómo se han de tratar los diferentes cuadros clínicos según gravedad?

· ¿Qué fármacos son de primera línea para el tratamiento de la depresión?

El tratamiento de la depresión y la ansiedad ha presentado un extraordinario desarrollo en los últimos años. Las mejorías de los nuevos fármacos no son tan concluyentes, como cabría esperar, cuando se revisan las evidencias disponibles y son crecientes los ensayos rigurosos de análisis de eficacia de determinadas intervenciones psicoterapéuticas manualizadas.

Los trastornos depresivos y ansiosos son un amplio y heterogéneo grupo de diagnósticos. En la práctica, es dudoso si la severidad de una enfermedad depresiva y / o ansiosa puede definirse de una forma realista en base a contar síntomas aislados pero las guías clínicas al menos establecen niveles de gravedad relacionados con tratamientos definidos.

Por último, no sólo tenemos que revisar los diversos tratamientos eficaces en el tratamiento de la depresión y ansiedad. En el Sistema Sanitario Público, el éxito de las intervenciones está determinado por los modelos de atención, continuidad asistencial y cooperación interniveles. Así en la literatura científica hay bibliografía médica que habla de que la calidad de la asistencia

médica está relacionada con la calidad de las interrelaciones. En concreto se ha identificado que los cuidados colaborativos son efectivos habiendo suficiente evidencia que demuestra que existe beneficio significativo de que los cuidados colaborativos son mejores que los cuidados convencionales en la depresión.

BIBLIOGRAFIA

1. Hofmann SG and Smits JA. . Journal of Clinical Psychiatry. 2008; 69:621-32.
2. Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, Sewitch M, Belzile E, Ciampi A. Recognition of depression by non-psychiatric physicians—a systematic literature review and meta-analysis. Journal of General Internal Medicine. 2008; 23:25-36.
3. Anderson IM, Ferrier IN, Baldwin RC, Cowen RJ, Howard L, Lewis G et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines (PDF). August 2008.
4. Bauer M, Bschor T, Pfennig A, Whybrow PC, Angst J, et al. World federation of societies of biological psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders in primary care (PDF). World Journal of Biological Psychiatry. 2007; 8:67-104.
5. Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. BMJ. 2005;330:839-842.
6. Craven MA, Bland R. Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. Can J Psychiatry. 2006;51:7S-72S.
7. MSC. Guía Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria; 2008.
8. NICE guideline: Depression: Management of depression in primary and secondary care (PDF). (06 Dec 2004).
9. NICE: Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety: review of Technology Appraisal 51(PDF). (22 Feb 2006).

URM MESA: Costes psicológicos de la sociedad del bienestar

Ponencia: Topografía cerebral de las emociones. Implicaciones para el uso de psicofármacos

Gibert Rahola J

Catedrático de Farmacología. Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz

La sintomatología (y posiblemente la etiopatogenia) de las enfermedades mentales coincide con alteraciones funcionales, neuroanatómicas y citoarquitectónicas del cerebro, que pueden estar determinadas por factores hereditarios (genéticos) y que sufren la influencia de factores externos (sociales, familiares, etc.). Cuando nos referimos a una disfunción de un área concreta, muchas veces desconocemos cual es su función normal. En el caso de la esquizofrenia, una de sus características es la hipofrontalidad, pero muchos clínicos no tienen claro cual es la función del córtex prefrontal.

Hemos de entender que el SNC es un conjunto jerárquico de neuronas que reciben información, la procesan y emiten respuestas somáticas, psicosomáticas o psíquicas. El sistema nervioso es el responsable de la organización y coordinación del funcionamiento de nuestro organismo, mientras que la mente es un conjunto de funciones (percepción, coordinación motora y motivación) y se llevan a cabo en el encéfalo que procesa la información. Para que todo ello ocurra, es necesaria la existencia en el SNC de centros y áreas especializados, que se han identificado tanto anatómica como funcionalmente (córtex, tálamo, hipotálamo, hipocampo, amígdala, etc.).

Nos ocuparemos de las funciones de las estructuras que tienen mayor relevancia en las enfermedades mentales y en la acción de los psicofármacos. La corteza es la parte externa del cerebro está dividida en cuatro lóbulos. Frontal, parietal, occipital y temporal. Está encargada de controlar el movimiento, las experiencias conscientes y las experiencias cognoscitivas más elevadas. La corteza prefrontal corresponde a

la tercera parte del área cortical y, aunque no forma parte del sistema límbico, tiene un importantísimo papel en la génesis y expresión de la afectividad debido a sus importantes conexiones con el tálamo, amígdala y otras estructuras subcorticales. Cualquier tipo de alteración de esta estructura tiene una compleja implicación comportamental.

Casi toda la información sensorial que llega al córtex se procesa previamente en el tálamo, considerándose el filtro sensorial por excelencia, además de ser una estación importante en las vías del dolor.

El sistema límbico comprende una serie de estructuras del cerebro anterior, corticales y subcorticales, conectadas anatómicamente y con una función común dirigida a la supervivencia del organismo. Dentro del sistema límbico destacaremos al hipocampo, implicado en la memoria contextual y su implicación en la depresión, la amígdala, relacionada con las emociones, especialmente con los procesos de ansiedad y al hipotálamo comportamental y su relación con la agresividad.

El área tegmental ventral y el núcleo accumbens tienen gran relevancia en todos los procesos motivacionales así como en las adicciones, siendo áreas fundamentalmente dopaminérgicas.

RESUMEN: se describen las funciones de las áreas cerebrales más importantes relacionadas con la etiopatogenia de las enfermedades mentales (córtex, córtex prefrontal, tálamo, hipocampo, amígdala, hipocampo comportamental, área tegmental ventral y núcleo accumbens) y su relación con la acción de los psicofármacos.

MESA: URM Uso racional de la evidencia en el abordaje de la osteoporosis

Ponencia: Herramientas para la detección precoz de la osteoporosis en atención primaria

Lendínez de la Cruz JM

Médico de Familia. Centro de Salud de Puerto Real (Cádiz)

La osteoporosis es una enfermedad esquelética generalizada caracterizada por baja masa y deterioro de la micro arquitectura óseas, con el consecuente incremento de la fragilidad del hueso y de la susceptibilidad de fractura. Aunque el diagnóstico recae en la cuantificación de la densidad mineral ósea (DMO), indicador principal de la resistencia ósea, la relevancia clínica se debe a la morbimortalidad derivada de las fracturas que origina (osteoporóticas o por fragilidad). La Organización Mundial de la Salud ha establecido el diagnóstico de osteoporosis basándose en la DMO expresada como T-score: ≤ 2.5 SD.

La medida de la DMO varía ampliamente según la técnica utilizada y la localización anatómica y, en la predicción de fracturas por fragilidad, tiene elevada especificidad pero baja sensibilidad (inferior al 50%), hasta un 70% de las fracturas por fragilidad se produce en personas sin criterios densitométricos de osteoporosis.

Se recomienda la determinación de la DMO mediante absorciometría de rayos X de doble energía (DXA) central (cadera y columna).

Además de la edad, se han identificado una serie de factores de riesgo clínico significativos e independientes de la DMO entre los que destacan la historia de fractura por fragilidad previa, índice de masa corporal (IMC) bajo, historia familiar de fractura de cadera, uso prolongado de corticoides orales o historia de artritis reumatoide. El uso conjunto de factores de riesgo con la DMO y la edad mejora la sensibilidad de la predicción de fractura sin detrimento de la especificidad. Aunque el tratamiento farmacológico ha demostrado eficacia en la prevención de fracturas en población de alto riesgo (NNT de 72 y 24 del tratamiento durante dos años con ácido alendrónico para prevenir una fractura vertebral y una fractura de cadera respectivamente), la duración óptima del tratamiento no está establecida.

La detección de la osteoporosis plantea varios interrogantes al Médico de Familia ¿Qué estrategia utilizar? ¿Cómo valorar el riesgo de fractura por fragilidad? ¿A quién se le debe solicitar DMO?

Las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias coinciden en desaconsejar el cribado poblacional densitométrico (Motivado en parte por su baja sensibilidad de la DMO) ni de la detección de riesgo alto de fractura por fragilidad, sino la estrategia de detección de caso ante el antecedente de fractura por fragilidad o la presencia de factores de riesgo clínico.

La OMS ha elaborado una herramienta denominada FRAX® para calcular el riesgo absoluto de fractura a los 10 años, basada en modelos individuales, combina e integra factores clínicos de riesgo con la densidad mineral ósea (DMO) del cuello femoral. Desarrollada a partir del estudio de grupos poblacionales de Europa, América del Norte, Asia y Australia y disponible en Internet. La National Osteoporosis Guideline Group han elaborado una guía (guía nogg) en la que se aplican los resultados obtenidos con FRAX® a umbrales (de clasificación del riesgo de fractura por fragilidad y de intervención farmacológica) adaptados a la población y al Sistema de Salud del Reino Unido.

En España, hasta la obtención de umbrales propios, lo más razonable es seguir la recomendaciones de los grupos de expertos del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS), en actividades preventivas en la mujer, que recomiendan basar la decisión de iniciar un tratamiento farmacológico preventivo en función del riesgo absoluto de fractura, aconsejando realizar densitometría cuando, en función de la edad y los factores de riesgo, los resultados de la densitometría supongan una estimación del riesgo absoluto de fractura en los siguientes años que justifique la intervención farmacológica preventiva.

MESA: URM Uso racional de la evidencia en el abordaje de la osteoporosis

Ponencia: Estrategias terapéuticas en la osteoporosis postmenopáusica

Chozas Candanedo N

Reumatólogo. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario "Puerta del Mar". Cádiz

La osteoporosis es una enfermedad cada vez más prevalente entre las mujeres postmenopáusicas, en las que incrementa el riesgo de padecer fracturas. Las más frecuentes de éstas: vertebral, cadera y antebrazo están asociadas a una morbilidad y mortalidad especialmente elevadas en ese grupo de población. Debido a estas implicaciones sanitarias, el objetivo primordial del tratamiento de la osteoporosis es prevenir las fracturas. Para ello debemos disminuir o parar la pérdida ósea, mantener la fuerza de los huesos y minimizar o eliminar los factores de riesgo de las fracturas. En éste último aspecto, la aparición de índices que valoran y cuantifican de forma porcentual, el riesgo de fractura, intenta facilitar la decisión del clínico en cuanto a la conveniencia de iniciar o no, un tratamiento farma-cológico. La evaluación de los factores de riesgo de la osteoporosis en la mujer postmenopáusica requiere una historia familiar y personal, un exa-

men físico y exámenes complementarios encaminados a descartar patología primaria causante del proceso. Los factores de riesgo más importantes para la osteoporosis postmenopáusica incluyen la edad avanzada, factores genéticos, estilo de vida, delgadez y estado postmenopáusico. Los factores de riesgo más comunes para padecer una fractura osteoporótica son, la edad avanzada, la baja densidad ósea (medida por DXA) y la presencia de fractura previa.

El manejo comprende actitudes no farmacológicas (dieta correcta, ejercicio físico, abandono de hábitos tóxicos, prevención de caídas). Con respecto al tratamiento farmacológico, en la actualidad los Servicios Sanitarios tienen aprobado, en esta indicación, el uso de bifosfonatos, moduladores selectivos de los receptores estrogénicos, ranelato de estroncio, hormona paratiroidea y calcitonina.



MESA: URM Uso racional de la evidencia en el abordaje de la osteoporosis**Ponencia:** URM Los "números" en el tratamiento de la osteoporosis

Domínguez Camacho JC

Farmacéutico de Atención Primaria. Distrito Sanitario Sevilla

Perspectiva: se resumen las mejores evidencias disponibles para la prevención de fracturas por fragilidad. La variable resultado a evaluar es fractura. La osteoporosis densitométrica se considera, desde esta perspectiva, como un factor de riesgo. Las fracturas de cadera (FC) constituyen el tipo de fracturas por fragilidad que suponen mayor pérdida de calidad de vida y mayor carga asistencial para los servicios de salud.

Objetivo: Revisar las evidencias sobre los cuatro parámetros que conforman un uso racional del medicamento: eficacia, seguridad, costes y preferencias del paciente.

Evidencias sobre eficacia:

Diversas intervenciones demuestran reducir el riesgo de caídas en ancianos, entre ellas colecalciferol + calcio (RR=0.78), y varias no farmacológicas como Tai Chi (RR=0.51), programa de fortalecimiento muscular (RR=0.8), modificación de riesgos en el hogar (RR=0.66), o retirada de medicación psicotrópica (RR=0.34). Algunos autores consideran que el riesgo de caídas es el factor de riesgo más vulnerable. Colecalciferol más calcio disminuye el riesgo de FC principalmente en mayores de 80, con menores niveles de vitamina D, menor ingesta de calcio e institucionalizados. Tres bifosfonatos también demuestran disminuir la incidencia de FC, en población anciana, con osteoporosis densitométrica y riesgo alto (varios factores de riesgo). Ningún otro fármaco ha demostrado, en ensayos clínicos en población general, disminuir la incidencia de FC de manera clínica ni estadísticamente significativa.

(TABLA 1)

Otros bifosfonatos (etidronico, ibandronico), calcitonina, raloxifeno, ranelato de estroncio, teriparatida y hormona paratiroidea recombinante, si bien no demuestran eficacia sobre cadera, sí disminuyen el riesgo de fracturas vertebrales morfométricas, en población de alto riesgo.

Puede ser interesante contrastar los NNT de los bifosfonatos para prevenir FC, con los NNH de fármacos que se asocian a osteoporosis y FC:

- NNT de alendronato a los 3 años = 90
- NNH de IBP 3 años = 84
- NNH de antidepresivos ISRS a 3 años = 41
- NNH de glitazonas en mujeres a 3 años = 37

Evidencias sobre seguridad:

La THS se asocia a incrementos de cancer de mama y accidentes cerebrovasculares, y no se recomienda en esta indicación.

Si bien los bifosfonatos no están exentos de reacciones adversas graves (osteonecrosis mandibular), ninguna otra alternativa (salvo colecalciferol) lo está, ni parece tener una mejor relación beneficio / riesgo.

Evidencias sobre costes:

Calcio y vitamina D es económico y seguro.

Alendrónico empieza a ser coste-efectivos cuando se usan en personas de alto riesgo (básicamente si fractura previa y osteoporosis densitométrica) (NICE).

Según otro análisis internacional, en España, un tratamiento con bifosfonatos durante 5 años es eficiente en pacientes de 70 años sólo si su riesgo basal a 10 años de FC es > 15%.

El tratamiento en pacientes con “osteopenia” no es coste-efectivo.

Evidencias sobre preferencias de pacientes:

Si a los usuarios se les explicaran los beneficios reales del tratamiento farmacológico, sólo entre el 74% y el 34% optarían por iniciar éste.

Los pacientes prefieren los bifosfonatos a la aplicación subcutanea de PTH. Entre los bifosfonatos, la forma preferida es infusión intravenosa anual.

Conclusiones: tratar con alendronato como PA, añadido a colecalciferol y calcio, es moderadamente eficaz en la prevención de fracturas por fragilidad en personal de muy alto riesgo.

TABLA 1

Tratamientos eficaces frente a placebo en la prevención de fracturas de cadera				
TRATAMIENTO	FRACTURA DE CADERA		FRACTURA VERTEBRAL	
	RRR	NIVEL DE EVIDENCIA	RRR	NIVEL DE EVIDENCIA
Vitamina D + Calcio	21%	Moderada	NS	Baja/Muy Baja
THS	30%	Alta	33%	Alta/Moderada
Alendronico	38%	Alta/Moderada	45%	Alta/Moderada
Risedrónico	27%	Moderada/Baja	39%	Moderada/Baja
Zoledrónico	38%	Alta/Moderada	70%	Alta/Moderada

Adaptado de NICE, revisión sistemática, 2008.

MESA: Diabesidad, la epidemia del siglo XXI

Ponencia: Epidemiología y factores de riesgo

Garrido Redondo N, en representación del Grupo de Diabetes SAMFyC

Médico de Familia. ZBS de Úbeda, consultorio Úbeda Este (Jaén). Miembro del Grupo de Diabetes SAMFyC

Debido a los malos hábitos de vida actuales, relacionados con una inapropiada y excesiva alimentación así como con el sedentarismo y falta de ejercicio en una sociedad que busca cada vez más la comodidad como un fin en si mismo y que practica el ejercicio desde una butaca, la obesidad es la consecuencia inmediata de estos malos estilos de vida y subsiguientemente, en una gran proporción, la diabetes. Por tanto, podemos considerar a ambas como auténticas epidemias del siglo XXI.

Concretamente en nuestra Comunidad, según el estudio DORICA, el 18% de los hombres y el 20% de las mujeres son obesos (IMC > 30). Pero aparte del problema estético y de sobrecarga mecánica para las articulaciones, la importancia del sobrepeso y obesidad en la salud está relacionada con el incremento de mortalidad cardiovascular que conlleva, mucho más agravada porque en países occidentales el 90% de los casos de Diabetes tipo 2 se relacionan con aumento de peso. Otros estudios correlacionan la ganancia de peso con aumento de riesgo coronario y lo cuantifican para ganancias de 1 Kg, incrementándose el riesgo en un 3% para los hombres y casi un 6% para mujeres.

Igualmente hay estudios que prueban el beneficio de la pérdida de peso de un 5% o 10% del peso actual sobre los principales factores de riesgo cardiovascular, como la HbA1c, Presión arterial, Colesterol total, Colesterol HDL y triglicéridos. Igualmente hay estudios que demuestran que una pérdida de peso pequeña aumenta la expectativa de vida de los diabéticos tipo 2 en una cuantía apreciable. La revisión de Jung nos demuestra los beneficios de una pérdida de peso moderada (entre 7-10 %) y nos especifica resultados finales, como la disminución del riesgo de padecer diabetes en > 50%, disminuir la glucemia en ayunas entre un 30-50 %, disminuir la TA sistólica y diastólica en

10 mmHg, disminuir la mortalidad global en un 20-25 % así como la mortalidad por eventos cardiovasculares en un 40-50 %. Con esto llegamos a saber la importancia tanto de la ganancia como de la pérdida de peso en el devenir futuro de nuestros pacientes obesos y diabéticos.

Por tanto, llegamos a la conclusión que Diabetes y Obesidad son epidemias íntimamente relacionadas entre sí que pueden llegar a poner en jaque a los Sistemas Sanitarios mundiales más solventes. No podemos olvidar las cifras más que preocupantes de sobrepeso y obesidad infantiles relacionadas, igualmente, con una alimentación hipercalórica y con hábitos de ocio basados en la inmovilidad como nexo común.

En el paciente diabético con sobrepeso u obesidad es más laborioso conseguir la adherencia al tratamiento, afectando claramente a su bienestar psicológico, pues la resistencia a la insulina tan ligada al exceso de peso hace más difícil conseguir los objetivos glucémicos. Por el contrario, una modesta pérdida de peso mejora significativamente la resistencia a la insulina y, por tanto, el control glucémico y el perfil cardiovascular global típico del paciente diabético.

En definitiva, a pesar de los datos preocupantes y las perspectivas poco halagüeñas de futuro no hemos de olvidar y enfatizar continuamente a nuestros pacientes y concienciarnos a nosotros mismos como agentes de salud privilegiados en el contacto continuo con las personas con diabetes y obesidad que los beneficios de la pérdida de peso son incuestionables para mejorar el perfil cardiovascular y aumentar la esperanza de vida, no tanto en cantidad como en calidad, evitando las secuelas terribles e invalidantes de los eventos cardiovasculares que tanto afectan a la persona y al entorno familiar más cercano.

MESA: Diabetes, la epidemia del siglo XXI

Ponencia: Nuevas alternativas terapéuticas basadas en el sistema de las incretinas

Ávila Lachica L¹, Gómez García M²C², en representación del grupo de diabetes de SAMFyC

¹ Médico de Familia titular de la ZBS Axarquía Oeste, Consultorio de Almachar, Almachar (Málaga). Coordinador del grupo de diabetes SAMFyC

² Médico de Familia titular de la ZBS Velez Norte. Velez Málaga (Málaga)

La diabetes es una de los principales problemas de salud al que nos enfrentamos los médicos de familia y su prevalencia según todos los indicios continuará en aumento en los próximos años debido a los hábitos de vida poco saludables que tenemos hoy en día. La actualización en el tratamiento de la diabetes es fundamental para el médico de familia, y el conocimiento de los mecanismos de acción de cada fármaco conducirá a un tratamiento más adecuado, especialmente en terapia combinada donde debemos buscar las asociaciones más sinérgicas.

Afortunadamente, están apareciendo nuevos fármacos cuya principal aportación es una nueva vía de actuación que se une a las que teníamos anteriormente. Frente a los mecanismos de actuación de las sulfonilureas (SU) y glinidas que son fundamentalmente insulino secretores, se unió la inhibición de las alfa glucosidases que retrasaba la absorción de glucosa a nivel intestinal, y sobre todo los dos grupos de fármacos que actúan sobre el mecanismo fisiopatológico de la diabetes tipo 2, los insulino-sensibilizadores metformina y glitazonas (GLi).

Frente a todos estos mecanismos bien conocidos por todos, desde hace poco mas de un año contamos con dos nuevos grupos de fármacos que actúan por un doble mecanismo de acción, son por un lado insulino-secretores y a su vez frenan la secreción de glucagón por lo que disminuyen la insulino-resistencia. Todo esto lo hacen con la salvedad de hacerlo de forma glucosa dependiente, por lo que no producen hipoglucemias como lo hacen las SU ni producen retenciones de líquidos como las GLi.

La acción de estos fármacos esta mediada por las incretinas, péptidos secretados a nivel de las células L intestinales, que actúan sobre las células alfa pancreáticas frenando la secreción de glucagón y sobre las células beta aumentando la secreción de insulina. Este efecto conocido como efecto incretina y conocido desde hace años, se basa en la observación de que la administración de glucosa por vía oral produce un incremento mucho mayor de la secreción de insulina y frena mas la secreción de glucagón que si administramos la misma cantidad de glucosa por vía intravenosa, efecto mediado por dos péptidos, el GIP y el GLP-1

Los fármacos con efecto incretina que conocemos actualmente pertenecen a dos grupos, fármacos inhibidores de la DPP-4 que actúan inhibiendo el enzima que degrada las incretinas secretadas fisiológicamente y los incretinomiméticos, análogos de las incretinas, de los cuales actualmente tenemos comercializados el exenatide y próximamente saldrá al mercado el liraglutide. La principal desventaja de estos fármacos es que se administran por vía subcutánea, el exenatide además dos veces al día, mientras que liraglutide será una sola inyección diaria. Su principal ventaja es que no producen hipoglucemias, por lo que son fármacos más seguros que las SU, al menos a corto plazo, y otra gran ventaja es que producen pérdida de peso, lo que en la mayoría de los pacientes diabéticos tipo 2 supone una gran ventaja.

Por todo esto es imprescindible para el medico de familia una actualización continua de los tratamientos disponibles.

MESA: La lectura crítica como auditoría de la evidencia científica

Ponencia: Fuentes de información biomédica en la red. Actualización

Gutiérrez-Ibarluzea I¹, Galnares-Cordero L²

¹ Doctor en biología. Responsable del Área de disseminación y nuevas tecnologías. Osteba. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco

² Documentalista. Osteba. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco

La literatura biomédica que se basa en la producción científica ha ido evolucionando de manera paralela a los avances tecnológicos. Éstos le han permitido adaptarse de manera más o menos precisa a las necesidades de los usuarios. Así surgieron inicialmente los libros como paradigma del conocimiento, posteriormente las revistas científicas con patrones que respondían a los esquemas clásicos de investigación. Las circunstancias permitieron que se acumulara el conocimiento en bases de datos de almacenamiento y consulta local para a posteriori pasar a poderse ser consultadas desde diferentes espacios o incluso desde diferentes puntos geográficos. Hoy en día los avances tecnológicos permiten adaptarse al usuario de la información y sus necesidades. Así, si uno de los pasos principales y claves en los estudios dirigidos a la mejora de la práctica médica es poder plantear un problema con los términos y en el contexto que mejor se ajusten al problema clínico en cuestión, es decir, la concepción de una “pregunta clínica específica”. Esto debiera ser posible cuando nos dirigimos a la búsqueda de información hacia la mejor evidencia disponible que, combinada con la información de la condición a estudio del paciente y sus preferencias, permita tomar decisiones orientadas al resultado clínico esperable. Por otro lado, es claro y más aún cuando el conocimiento científico se ha incrementado exponencialmente y cuando los pacientes han adoptado una posición más activa en la toma de decisiones, que los clínicos necesitan respuestas rápidas a sus preguntas, sin tener que analizar ni revisar la información de manera exhaustiva. Para ello, y gracias a las nuevas opciones tecnológicas se han desarrollado varios recursos de

información con la intención de poner a disposición del clínico los estudios y la evidencia más relevantes, adaptándose a sus necesidades.

Inicialmente, la posibilidad de encontrar lo que se busca, en forma rápida y eficiente, depende en gran medida de una adecuada selección del recurso a emplear. En cuanto al ámbito clínico, existen tres tipos de recursos que nos permiten responder al tipo de preguntas que en él se plantean: bases de datos generales (Embase, Medline, IME, Lilacs, CINAHL,...), metabuscadores (Tripdatabase o SumSearch) y bases de datos de investigación secundaria, revisiones sistemáticas meta-análisis, guías de práctica clínica (Cochrane Library, Nacional Guidelines ClearingHouse, Joanna Briggs,...).

Pero las editoriales y proveedores de información se han dado cuenta de la necesidad de obtener una respuesta aún más rápida, exacta y accesible en la consulta médica, y han desarrollado otra serie de herramientas de información y gestores para facilitar la localización de información al clínico (UpToDate, Dynamed, BestPractice, Clin-eguide, etc.). Estos se basan en el formato de las iniciativas CATs (Critical Appraisal Topics) que provienen de grupos de clínicos que responden a preguntas clínicas bajo metodología MBE y que comparten sus hallazgos de evidencia con otros clínicos (CATcrawler, PeDRO,...). El concepto PICO (Paciente, Intervención, Comparación y Outcomes o Resultados) introducido en la búsqueda de información y la información condensada o estructurada sobre la base de dichas preguntas PICO es lo que se ofrece al profesional con variantes diferentes, pero

siempre intentando acercarse a la respuesta individualizada sobre un paciente y una condición concretas.

Estos productos que cuentan con la ventaja de la inmediatez y la concreción frente a las búsquedas clásicas en bases generalistas, cuentan con

la desventaja en algunos casos de desconocer realmente el origen de la información y es por ello que deben ser tomados con cautela. Contrastar las informaciones y consultar con expertos en manejo de la información biomédica parece crucial para aprovecharse de estas opciones que se nos presentan.



MESA: La lectura crítica como auditoría de la evidencia científica

Ponencia: ¿Se puede enseñar lectura crítica sin efectos adversos?

Martín Mateos A

Jefe de Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. Coordinador de CASPE Andalucía

Se exponen las características pedagógicas que caracteriza a los Talleres CASP de Lectura crítica y Búsqueda de la evidencia.

CASP (Critical Appraisal Skills Programme) es un programa que se creó en el Institute of Health Sciences de Oxford (Universidad de Oxford y NHS R&D), que estaba orientado a enseñar a los “decidores” del Servicio Inglés de Salud a adquirir las habilidades necesarias para incorporar la evidencia en sus decisiones. Es un programa que no tiene una orientación exclusivamente médica, sino que está también orientado hacia otros profesionales o grupos de personas. CASP colabora con el centro para la medicina Basada en la Evidencia (Centre for evidence Based Medicine) de la Universidad de Oxford.

En España existe una red CASP (CASP España - CASPe) con múltiples nodos distribuidos por el territorio y una sede coordinadora ubicada en Alicante.

Desde sus comienzos CASP ha trabajado fundamentalmente en dos de las habilidades precisas para la MBE, justamente aquellas en constituyen puntos críticos en la práctica de MBE y en la construcción de conocimiento para la MBE.

1.- La lectura crítica orientada a la actuación.

2.- Búsqueda de la evidencia.

La primera característica pedagógica que caracteriza a CASP es que hace una aproximación a la docencia «no paternalista», con vocación a que sea lo más horizontal posible, y que el conocimiento no vaya exclusivamente del profe-

sor hacia los demás, sino que exista un área común en la que el conocimiento se comparte por muchas personas que son capaces de reflexionar y de hacer crecer el conocimiento conjuntamente.

La segunda característica, es que trabaja a partir de escenarios concretos (enseñanza basada en problemas) preferiblemente surgidos e ideados en el centro o en el hospital donde se hace el taller; por tanto, son cuestiones que responden a alguna de sus preocupaciones. Esto es particularmente importante para mejorar el problema de la «motivación».

La tercera característica tiene que ver con la “dosis” de epidemiología clínica que hay que saber para hacer medicina basada en la evidencia. El problema es encontrar la dosis óptima de epidemiología clínica que permita el progresar gradualmente hacia la Medicina y cuidados de salud Basados en la Evidencia.

Hay que evitar que los clínicos piensen “exige un gran esfuerzo y con el tiempo que puedo dedicarle yo nunca voy a llegar a ese nivel”. Hay que conseguir evitar la habitual enseñanza de la epidemiología clínica a los clínicos, en dosis letales o al menos en dosis tóxicas; dosis que no mejoran la práctica e impiden vuelvan a tener ilusión con la epidemiología clínica.

Por tanto, la dosis que propone CASP debe oscilar entre esa dosis letal que provoca muchas retiradas y una dosis homeopática, que sería una dosis superficial casi de anuncio o folleto. Éste realmente es un problema para el que no se puede ofrecer una solución concreta, sino un procedimiento: Evitar hacer una estimación fija de los

contenidos y hacer una estimación «ad hoc» del nivel y aspiraciones de los participantes, de modo que podamos rebajar o subir las dosis en función de esto, y sabiendo siempre que esto es el inicio de un trabajo a plazo largo.

La cuarta característica de CASP es que usa técnicas de enseñanza en pequeños grupos, complementado con sesiones de síntesis general. Finalmente usamos estrategias de refuerzo y recuerdo.

Con estas características deseamos conseguir que el proceso de aprendizaje sea divertido y participativo, evitando el agotamiento y los “efectos adversos”

Los valores de CASP, también se traducen en la organización. Es una organización abierta y participativa; trabaja a partir de grupos locales, que son quienes organizan los talleres, ayudados por la coordinación central o la coordinación autonómica.



Comunicaciones Orales
Comunicaciones tipo Póster
Proyectos de Investigación



COMUNICACIÓN ORAL

Efectividad en las estrategias de cribado de demencia recomendadas en el entorno del Servicio Andaluz de Salud

Carnero Pardo C¹, Espejo Martínez B², Espinosa García M³, López Alcalde S⁴, Sáez Zea C⁴, Vílchez Carrillo C⁵

¹ Jefe de Sección de Neurología. Servicio de Neurología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. FIDYAN Neurocenter

² MIR de Neurología. Servicio de Neurología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada

³ Neuropsicóloga. Servicio de Neurología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves. FIDYAN Neurocenter. Universidad de Granada

⁴ Neuropsicólogo. Servicio de Neurología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

⁵ Facultativo Especialista de Área de Neurología. Servicio de Neurología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Título: efectividad de las estrategias de cribado de demencia recomendadas en el entorno del servicio andaluz de salud.

Objetivo: Evaluar la efectividad de las estrategias de cribado de demencia basadas en el Mini-Mental y el Mini Examen Cognoscitivo (MEC) recomendadas en el proceso Demencia y en el programa DIRAYA y compararlas con estrategias basadas en dos nuevos test de cribado aplicables a analfabetos y libres de influencias educativas (Fototest y Eurotest).

Diseño: Estudio Fase III de evaluación de pruebas diagnósticas

Emplazamiento: 4 Centros de Salud del Distrito Metropolitano de Granada.

Población y muestra: Pacientes en los que se plantea la sospecha de demencia en Atención Primaria; se han incluido de forma prospectiva y sistemática 152 sujetos,

Intervenciones: Diagnóstico “gold standard” consensuado por dos investigadores tras estudio clínico, cognitivo, conductual y funcional, según criterios de demencia DSM-IVR. Un in-

vestigador independiente y cegado con respecto al anterior estudio y diagnóstico aplicó de forma cronometrada las estrategias de cribado. La efectividad se estimó mediante el coeficiente Kappa (k) de concordancia diagnóstica y la tasa de aciertos diagnósticos (AD) con sus respectivos errores estándar.

Resultados: La efectividad del cribado usando Mini-Mental ($k=0.31\pm0.06$, $AD=0.61\pm0.05$), MEC-30 ($k=0.48\pm0.08$, $AD=0.73\pm0.04$) y MEC-35 ($k=0.48\pm0.08$, $AD=0.79\pm0.04$) es significativamente inferior a la proporcionada por Fototest ($k=0.72\pm0.1$, $AD=0.86\pm0.03$) y Eurotest ($k=0.71\pm0.1$, $AD=0.86\pm0.04$). El Fototest requiere mucho menos tiempo (2.8 ± 0.8 min) que el MMSE/MEC (5.5 ± 1.6 min) y el Eurotest (7.3 ± 2.0 min) lo que lo hace más eficiente.

Conclusiones: Las estrategias de cribado recomendadas en el entorno del SAS son menos efectivas que otras estrategias basadas en el Fototest y Eurotest, instrumentos creados y desarrollados en Andalucía.

Financiación: AETS PI06/90034

Palabras clave: Demencia, Test breves, Cribado

Resultados	MMSE	MEC-30	MEC-35	Eurotest	Fototest
$k\pm ee$	0.31 ± 0.06	0.48 ± 0.08	0.48 ± 0.08	0.71 ± 0.1	0.72 ± 0.1
$AD\pm ee$	0.61 ± 0.05	0.73 ± 0.04	0.79 ± 0.04	0.86 ± 0.04	0.86 ± 0.03
Tiempo (min)	5.5 ± 1.6	5.5 ± 1.6	5.5 ± 1.6	7.3 ± 2.0	2.8 ± 0.8

COMUNICACIÓN ORAL

Patrones de deterioro en una cohorte de ancianos frágiles

Acero Guasch N¹, Valverde Vallejo P², Conesa Pareja M¹, Muñoz Cobos F³, Bordallo Aragón R⁴, Vega Gutierrez P⁵

¹ Médica Residente de MFyC. CS El Palo. Málaga

² Médica Residente de MFyC. CS Rincón de la Victoria. Málaga

³ Médica de Familia. CS El Palo. Málaga

⁴ Médica de Familia. Servicio de Urgencias Hospital Provincial San Juan de Dios. Málaga

⁵ Médica de Familia. Málaga

Título: Patrones de deterioro en una cohorte de ancianos frágiles.

Objetivos: Describir patrones evolutivos de modificación de funcionalidad en mayores de 65 años y determinar factores relacionados.

Diseño: longitudinal. Cohorte dinámica sin grupo control.

Emplazamiento: centro salud urbano.

Población y muestra: Pacientes mayores de 65 años pertenecientes a un cupo, con criterios de fragilidad, atendidos en consulta y/o domicilio entre Marzo 2003-Diciembre 2008 (N=201)

Intervenciones: Mediciones de: Edad, sexo, incapacidad en domicilio, patología origen deterioro, puntuaciones sucesivas escalas de Barthel, Lawton y Pfeiffer, Barthel previo al éxitus. Variable dependiente: patrón evolutivo Barthel (descendente/no descendente; oscilante/no oscilante). Análisis bivariante: test Chi² -variables cualitativas, t-student comparación de medias y coeficiente correlación Pearson -variables cuantitativas. Nivel significación 0.05. Análisis multivariante: modelo de regresión logística.

Resultados: Edad media 85 años (83.5-86.5), hombres 33.8% (27.3-40.4), mujeres 66.2 % (59.6 – 72.7), incapacitados 55.9%(48.9-62.9), patología que ocasiona deterioro: osteomuscular 36.3% (28.8-43.8), disneizante 26.1% (19.2-33.9), demencias 17.2% (11.3-23.1), neurológicas 15.3% (9.7-20.9), cáncer 32.5% (25.2-39.8), trastorno mental 1.9% (-0.2-4.1). Puntuaciones medias iniciales: Barthel 77.8 (77.1-81.6), Lawton 4.14 (3.7- 4.6), Pfeiffer 3.41 (2.9- 3.9). Patrón: descendente 27.8 % (19.3-36.2), oscilante 66.7% (57.8-75.6), estable 5.6% (1.2-9.9). Correlación significativa entre puntuaciones de escalas. No relación entre tipo de patrón y: sexo, incapacidad, exitus, patología, puntuaciones iniciales Barthel, Lawton y Pfeiffer. Diferencia significativa en patrones de deterioro entre sí a partir de tercera determinación del Barthel. No se obtiene modelo multivariante significativo.

Conclusiones: El patrón de deterioro en mayores frágiles más frecuente es oscilante. Las patologías más frecuentemente implicadas en deterioro son osteomuscular y disneizante. No se encuentra relación entre variables analizadas y patrones de deterioro.

Palabras Clave: Fragile Elderly (Anciano Frágil), Global Geriatric Assesment (Valoración Geriátrica Integral), Primary Care (Atención Primaria).

COMUNICACIÓN ORAL

Validez de las pruebas de función renal usadas en la detección de nefropatía en diabéticos tipo 2 en atención primaria

Pérez Milena A¹, Ruiz Ramos JA², Viñolo López M³C³, Osuna Díaz M¹, Escudero Garzás R¹

¹Médico de Familia. Centro de Salud El Valle (Jaén)

²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle (Jaén)

³Médico Residente de Nefrología. Hospital Ciudad de Jaén

Título: Validez de las pruebas de función renal usadas en la detección de nefropatía en diabéticos tipo 2 en Atención Primaria.

Objetivos: Conocer la validez de las pruebas complementarias aconsejadas en el proceso de Diabetes Mellitus 2 para la detección de nefropatía inicial en Atención Primaria.

Diseño: Estudio descriptivo de asociación cruzada.

Emplazamiento: Zona básica de salud urbana.

Población y muestra: Muestreo sistemático de diabéticos tipo 2 sin patología renal conocida.

Intervenciones: Se recoge de su historial del último año: edad, sexo, HbA1c, creatinina plasmática, cociente albúmina / creatinina en orina (A / Co), aclaramiento de creatinina (fórmula de Cockcroft-Gault). La fórmula MDRD para el aclaramiento de creatinina se considera *estándar de oro* (no disponible en la historia digital).

Resultados: Se estudian 106 pacientes, edad media de 64.3 años $\pm$ 1.4, 54% varones, HbA1c

7.4 $\pm$ 0.7. 76% tenían realizadas algún tipo de prueba renal: A / Co 3.3 $\pm$ 1.2, Cockcroft 78.7 $\pm$ 4.1, MDRD 71.6 $\pm$ 2.4. La sospecha de nefropatía varía según la prueba realizada: 2% (A / Co), 34% (Cockcroft-Gault) y 25% (MDRD). Un 23% de pacientes con normoalbuminuria presentan un MDRD patológico. Existe con la fórmula de Cockcroft un 7% de falsos negativos y un 13% de falsos positivos comparándolo con el MDRD. No existe concordancia entre los valores de A / C y MDRD (coeficiente de correlación intraclass 0.05, $p=0.36$; y correlación de Pearson $p=0.65$); sin embargo, existe una buena concordancia entre Cockcroft y MDRD (coeficiente de correlación intraclass 0.82, $p<0.001$; y correlación de Pearson $p<0.001$).

Conclusiones: Pese a estar recomendada, la A / Co parece infraestimar la presencia de nefropatía en diabéticos tipo 2 asintomáticos. Sería aconsejable por tanto aplicar siempre la fórmula de Cockcroft en todas las revisiones periódicas de estos pacientes, dado que se relaciona mejor con el *gold standard*.

Palabras clave: diabetes mellitus, nefropatía, aclaramiento de creatinina

COMUNICACIÓN ORAL

Atribuciones causales de los profesionales sanitarios a los “encuentros difíciles” en la consulta

Santana Gallego MJ¹, Atienza Martín FJ¹, Revuelta Pérez F², Bermúdez Jiménez R¹, Lozano Cano MJ¹, Romero Ruiz B¹

¹ Médico CS Adoratrices (Distrito Sanitario Huelva-costas)

² Psicólogo, departamento de psicología (Universidad de Huelva)

Título: atribuciones causales de los profesionales sanitarios a los “encuentros difíciles” en la consulta.

Objetivo: Estudiar las atribuciones causales en la génesis de los “encuentros difíciles” que realizan los profesionales sanitarios.

Diseño: estudio cualitativo.

Emplazamiento: atención primaria (AP) en dos provincias de Andalucía.

Población y muestra: 84 profesionales médicos y enfermeras.

Intervención: Realización de encuesta con pregunta abierta sobre las atribuciones causales de los encuentros difíciles y datos demográficos y laborales.

Resultados: Estudiamos 84 encuestas de profesionales, 85,7% médicos, 52,4% mujeres, de edad media 45,7 años (DS: 6,3), con una media de 180,9 meses de trabajo en AP (DS 90,9), el 61,9% con contrato fijo y el 59,5 % trabajando en municipios de más de 25.000 habitantes. El

10,7% piensa que tiene muchos encuentros difíciles.

A juicio de los profesionales, la problemática del paciente es el origen de los encuentros difíciles para el 86,9% de ellos, los problemas en la relación paciente-profesional para el 16,7% y los problemas organizativos para el 6%.

El análisis bivariable entre las atribuciones causales de los encuentros difíciles y las características demográfico-laborales de los profesionales (edad, sexo, tipo de profesional, tipo de contrato, tiempo trabajado y tamaño del municipio de trabajo), no muestra ninguna diferencia.

Conclusiones: Los problemas del paciente a nivel personal o social son para los profesionales la principal causa de la producción de “encuentros difíciles”. Llama la atención el bajo porcentaje de respuestas (16,7%) que relacionan estos encuentros con una relación asistencial disfuncional.

Palabras clave: Clinical relationship (relación clínica), Difficult encounter (encuentros difíciles), Primary Care (atención primaria).

COMUNICACIÓN ORAL

Intervención de medicina familiar frente al bullying: programa de educación para la salud (EPS) en el marco sistémico familiar-escolar

Lupiani Giménez M¹, Gala León FJ², Lupiani Giménez S³, Barreto Romaní M^aC⁴, Bernalte Benazet A⁵, Miret García M^a T⁶

¹Profesora Doctora Titular de la E.U. de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz. Grupo Investigador CTS-386-PAI

²Catedrático de la E.U. de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz. Investigador Responsable del Grupo Investigador CTS-386-PAI

³Médico, Centro de Salud La Merced (Cádiz)

⁴Enfermera, Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz)

⁵Profesor Doctor Titular de la E.U. de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz. Grupo Investigador CTS-386-PAI

⁶Antropóloga de la Salud. Grupo Investigador CTS-386-PAI

Título: Intervención de Medicina Familiar frente al Bullying: Programa de Educación para la Salud (EpS) en el marco sistémico familiar-escolar.

La Medicina Familiar debe adaptarse al surgimiento y reconocimiento social de nuevas patologías como es el caso del Bullying. Hartos de violencia de género o juvenil, nos exigimos una Intervención evidenciada, como es la Prevención con EpS.

Objetivo: Aplicar / evaluar un Programa de EpS para el Bullying en el marco familiar-escolar.

Método: Siguiendo modelos evidenciados para Cambio de Actitudes: "PIDICE" (Costa y López), "KAP" (O'Neill), Programas de EpS de Gala, Lupiani et al... diseñamos un Programa Informativo / Formativo desde los 10 años, cara al alumno (10 horas y coste mínimo), con sus modelos naturales de identificación: compañeros, padres y profesores.

Con 10 pasos, utiliza la Escala AVE (Autoevaluación de Violencia Escolar), aplicándose por el Equipo de Medicina Familiar con la AMPA y Tutores, utilizando Sociogramas, Confrontación Cognitiva, Comunicación Persuasiva, Role-Playing y sistemas de seguimiento / control (test-retest).

Resultados: El Programa posee Validez de Constructo siguiendo a otros de nuestro Equipo ya validados (Drogas, Trastornos Alimentarios, Embarazo Indeseado, Prejuicios, Adicción al móvil...).

Discusión: Dada la importancia del Bullying y de una intervención al respecto, un programa de EpS ad hoc, sencillo y en el marco escolar-familiar es de utilidad clínica y oportunidad indudables.

Conclusión: La validación / protocolización del Programa dota a la Medicina Familiar de una herramienta útil para una prevención eficaz ante un fenómeno de tal calado que, es recomendable para su utilización generalizada. Así, la Medicina Familiar se mantiene en primera línea ofreciendo a la Sociedad Atención evidenciada proveyéndola de herramientas de Prevención y Promoción de Salud.

Palabras clave: Bullying and adolescent violence (Bullying y violencia adolescente). Health education and bullying (Educación para la Salud frente al Bullying). Prevention of bullying in family medicine (Prevención del Bullying en la Medicina de Familia).

COMUNICACIÓN ORAL

Anticoagulación oral en atención primaria. Caminando hacia la efectividad

De Los Riscos Mateos EM^{a1}, Ruedas Larrubia RP², González Ranea JC², Almagro Martín-Lomeña V¹, Agrela Torres SL¹, Camuña Salido AR²

¹ Médicos de Familia del Centro de Salud Trinidad (Distrito Sanitario Málaga)

² Médico Residente de 4ª año de MFyC del Centro de Salud Trinidad (Distrito Sanitario Málaga). Unidad Docente de MFyC de Málaga

Título: anticoagulación oral en atención primaria. Caminando hacia la efectividad.

Objetivos: Evaluar perfil del paciente, evolución en el tiempo y aproximación a parámetros de efectividad del programa tratamiento anticoagulante oral (TAO).

Detectar oportunidades de mejora en calidad del programa.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y comparativo. Centro de Salud urbano. Tres periodos anuales: 2006, 2007 y 2008. Población 234 pacientes del programa TAO, 3 muestras aleatorias sistemáticas y representativas de 14 cupos (N= 70,70 y 64) Fuente: Historia salud digital DIRAYA. Variables cuali-cuantitativas y criterios explícitos-normativos. Estadística descriptiva (Z de proporciones).

Resultados: Sin diferencias significativas en tres años sucesivos: 56% mujer. 72 años. 100% acenocumarol. Rango INR 2-3 en 87.5%. Un control / mes / paciente y 50% controles en rango.

Diagnóstico: Fibrilación auricular (FA) 71, 64 y 64% (años 2006, 2007 y 2008), prótesis valvular 11,4, 12 y 17%, ACV y otros 16, 10 y 18%.

4.5% no registro de rango en periodos. Registro miligramos acenocumarol 70% en 2007 y 90% en 2008. En 2008 se constata media de 12 semanas consecutivas con rango estable y dosis media de 14 mg / semana.

Conclusiones: Perfil predominante: paciente de 72 años con FA con acenocumarol. No diferencias significativas en controles ni salidas de rango por edad, sexo ni tiempo de seguimiento. Son mejoras del programa detectadas en 3 sucesivas evaluaciones alto registro de rango, diagnóstico y dosis en mgrs.

Buscando la efectividad clínica de nuestra práctica, hemos medido tiempo consecutivo con rango estable y dosis administradas para ello. Propuesta de mejora para futuro: registro motivos de salida de rango.

Palabras clave: Anticoagulantes (Anticoagulant drugs), Calidad (Quality), Efectividad (Effectiveness).

COMUNICACIÓN ORAL

Resultados en salud y adecuación terapéutica de pacientes con EPOC en centros de atención primaria

Barnestein Fonseca M^aP¹, Vidal España F², Leiva Fernández F³, Leiva Fernández J⁴, Carrión de la Fuente M^aT³, Prados Torres JD⁴

¹ Bióloga investigadora, Unidad docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Málaga. Distrito Sanitario Málaga

² Socióloga investigadora, Unidad docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Málaga. Distrito Sanitario Málaga

³ Médica de Familia, Unidad docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Málaga. Distrito Sanitario Málaga

⁴ Médico de Familia, Unidad docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Málaga. Distrito Sanitario Málaga

Título: Resultados en Salud y Adecuación Terapéutica de pacientes con EPOC en Centros de Atención Primaria.

Objetivo: Analizar los resultados en salud de pacientes con EPOC y la adecuación terapéutica a las recomendaciones SEPAR y GOLD.

Material y Método:

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: 5 Centros de Salud.

Población y Muestra: 195 pacientes diagnosticados de EPOC pertenecientes a las zonas básicas.

Intervenciones y mediciones: Variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel estudios, estado civil), Índice Masa Corporal (IMC), hábito tabáquico, comorbilidad, tratamientos prescritos para la EPOC, resultados en salud (espirometría), calidad de vida (cuestionario respiratorio St George).

Resultados: Edad: 69.59 años (IC 95% 68.29 – 70.89), 93.8% hombres, 85.4% nivel cultural bajo, 92.8% fumadores [(23.6% persiste hábito, media

de 17.52 cig / día (IC 95%, 14.34-20.7). Comorbilidad: hipertensión arterial (40%), patología osteoarticular (28.7%), Diabetes Mellita (23.1%), 1.41 reagudizaciones al año (IC 95%, 1-1.8); 43% de visitas al centro debidas a EPOC. Espirometría forzada: FEV1=56.86% (DE: 18.85%), predominio patrón mixto (62.5%) y estadio leve-moderado (80.7%). Calidad de vida: afectación moderada [44.96 (IC95%:42.46-47.46) escala total]. Prescripción farmacológica: 93.3% anticolinérgicos y 86.2% beta-2adrenérgicos; 89.6% terapia combinada [predominio combinación 3 grupos (46.6%)]. El 28.64% y 38.54% de las prescripciones no se adaptan a las recomendaciones SEPAR y GOLD, respectivamente; motivo principal: excesiva prescripción en EPOC leve, que representa entre un 85 y un 95% de la no adecuación.

Conclusiones: Los pacientes con EPOC atendidos en centros de salud presentan afectación moderada en estado funcional y calidad de vida. Inadecuación terapéutica a guías por alta prescripción farmacológica en EPOC leve.

Palabra clave: COPD (EPOC), health outcomes (resultados en salud), therapeutic adequacy (adecuación terapéutica).

COMUNICACIÓN ORAL

Prevalencia de enfermedad arterial periférica subclínica en pacientes con un primer evento cardiovascular mayor. Importancia en AP

Mas Ruiz L¹, López Montes A², Almedros Vilchez N¹, Rincón Rodríguez F³, Padial Reyes I⁴, Poveda Gómez F⁵

¹ MIR MFyC CS Arroyo de la Miel. Benalmádena (Málaga)

² MIR MFyC CS Las Lagunas. Mijas (Málaga)

³ MIR MFyC CS Las Albarizas. Marbella (Málaga)

⁴ Médico Atención Primaria. CS Las Lagunas. Mijas (Málaga)

⁵ Médico Internista/Hospital Costa del Sol. Distrito Costa del Sol. Málaga

Título: prevalencia de enfermedad arterial periférica subclínica en pacientes con un primer evento cardiovascular mayor. Importancia en atención primaria.

Objetivo: Estudio de prevalencia de enfermedad arterial periférica (EAP) en pacientes ingresados en un Hospital Comarcal por un evento cardiovascular mayor.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Hospital Costa del Sol (Marbella).

Población y muestra: se recogieron 100 pacientes ingresados por primer evento cardiovascular mayor que cumplían criterios de inclusión (>18 años, ingreso por ICTUS, SCA o Insuficiencia Cardíaca, ausencia de ingresos o documentación previa de enfermedad cardiovascular) y exclusión (embarazadas, tratamiento con RT, QT o intervención quirúrgica en último mes, enfermedad de elevada co-morbilidad como tumoral o infecciosa en el momento de la inclusión, VIH,... presencia de enfermedad cerebrovascular, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca o EAP previa, IRC relacionada con DM o HTA) establecidos.

Intervención: investigamos la prevalencia EAP oculta mediante índice tobillo-brazo (ITB) en la muestra descrita.

Resultados: De las 100 personas, 56 ingresaron por ICTUS, 4 con ICC y 40 por SCA; de los cuales, 62 eran varones. La edad media $67,41 \pm 12,7$ años. Al estudiar existencia de EAP, 53 presentaban un ITB < 0,9, de los cuales 5 presentan EAP grave (ITB < 0,4) y 48 EAP leve-moderada (ITB = 0,4-0,9). Ninguno tenía diagnóstico previo de EAP.

Conclusiones: El ITB es prueba no invasiva de gran utilidad como predictor de RCV y como método diagnóstico de EAP; de fácil manejo tanto a nivel hospitalario como desde Atención Primaria. En nuestro estudio existe alta prevalencia de EAP subclínica. La búsqueda de EAP es de gran utilidad porque pasa desapercibida en la valoración clínica convencional, conlleva un peor pronóstico y afecta a pacientes que requerirían una modificación más agresiva de sus FRCV.

Palabras Claves: prevalence, peripheral arterial disease, primare care (prevalencia, enfermedad arterial periférica, atención primaria)

COMUNICACIÓN ORAL

Inadecuación de terapia antiagregante en prevención primaria

Lopez Montes A¹, Mas Ruiz L², Almedros Vílchez N², Rincón Rodríguez F³, Padial Reyes I⁴, Poveda Gómez F⁵

¹ MIR MFyC. CS Las Lagunas. Mijas. Málaga

² MIR MFyC. CS Arroyo de la Miel. Benalmádena. Málaga

³ MIR MFyC. CS Las Albarizas. Marbella. Málaga

⁴ Médica Atención Primaria. CS Las Lagunas. Mijas. Málaga

⁵ Médico Internista. Hospital Costa del Sol. Distrito Costa del Sol. Málaga

Título: inadecuación de terapia antiagregante en prevención primaria.

Objetivo: Estudio sobre prevalencia y adecuación de tratamiento con antiagregantes plaquetarios en pacientes ingresados por un evento cardiovascular mayor y ausencia de documentación clínica previa indicativa de enfermedad cardiovascular (ECV).

Diseño: estudio descriptivo transversal

Emplazamiento: Hospital Costa del Sol (Marbella).

Población y muestra: se recopilaron 100 pacientes ingresados por primer evento cardiovascular mayor y que cumplían criterios de inclusión (adultos >18 años, ingreso por ICTUS, Síndrome Coronario Agudo (SCA) o Insuficiencia Cardíaca (IC), ausencia de ingresos o documentación previa indicativa de ECV) y exclusión (embarazadas, estar en tratamiento con RT, QT o intervención quirúrgica en último mes, enfermedad de elevada comorbilidad como enfermedad tumoral, enfermedad infecciosa en el momento de la inclusión, VIH,... presencia de enfermedad cerebrovascular, cardiopatía isquémica, IC o EAP previa, IRC relacionada con DM o HTA) establecidos.

Intervención: descriptivo transversal en pacientes ingresados por primer evento cardiovascular para evaluar prevalencia y adecuación de terapia antitrombótica en prevención primaria y secundaria.

Resultados: Se ingresaron 100 pacientes; 40 por SCA, 4 por IC y los 56 por ICTUS. La edad media fue $67,41 \pm 12,7$ años; de los cuales, 62 eran varones. Sólo 16 estaban tratados con antiagregantes. Durante su estancia se diagnosticaron 53 de EAP subclínica (ITB <0.9), recibiendo previamente antiagregación 8 (15%). 31 eran diabéticos, estableciéndose diagnóstico durante el ingreso en 20 casos (39,2 %). Los diabéticos fueron mayores de 40 años pero sólo 8 (26%) estaban previamente con antiagregantes. 7 habían sido diagnosticados de FA de los cuales 3 estaban antiagregados y uno anticoagulado. Al alta tuvieron diagnóstico de FA 15.

Conclusiones: A pesar de la evidencia sobre el papel de los antiagregantes plaquetarios en el fenómeno trombótico, observamos su infrautilización en nuestra población de estudio.

Palabras Clave: prevalence, antiagregación, primary prevention (prevalencia, antiagregación, prevención primaria).

COMUNICACIÓN ORAL

Estudio cualitativo sobre las motivaciones de los adolescentes para el consumo de alcohol

Pérez Milena A¹, Redondo Olmedilla M², Mesa Gallardo I³, Jiménez Pulido I⁴, Martínez Fernández M^aL⁵, Pérez Milena R⁶

¹ Médico de Familia. Centro de Salud El Valle (Jaén). Coordinador del Grupo de Trabajo del Adolescente de SAMFyC

² Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle (Jaén)

³ Médico de Familia. Centro de Salud Bollullos del Condado (Huelva). Grupo de Trabajo del Adolescente de SAMFyC

⁴ Médico de Familia. Coordinadora de Investigación y Gestión del Conocimiento del Distrito Jaén Nordeste (Úbeda, Jaén). Grupo de Trabajo del Adolescente de SAMFyC

⁵ Licenciada en Historia. Jefatura de estudios del Instituto de Educación Secundaria Jabalcuz (Jaén). Grupo de Trabajo del Adolescente de SAMFyC

⁶ Licenciado en Psicología. Departamento de Orientación del Instituto Villanueva del Mar (La Herradura, Granada). Grupo de Trabajo del Adolescente de SAMFyC

Título: Estudio cualitativo sobre las motivaciones de los adolescentes para el consumo de alcohol.

Objetivos: Conocer las motivaciones (actitudes, creencias y experiencias) de los adolescentes para el inicio y mantenimiento del consumo de alcohol.

Diseño: Metodología cualitativa, método interpretativo para identificar motivos de los adolescentes ante el consumo de alcohol. Técnicas conversacionales (grupos focales, 6-8 adolescentes) registradas mediante video grabación.

Emplazamiento: Instituto urbano, clase media.

Población y muestra: Adolescentes de 12 a 18 años. Muestreo intencional estratificado por niveles educativos (edad como criterio homogeneidad; sexo/consumo como criterios heterogeneidad).

Intervenciones: Proceso de análisis: codificación, triangulación de categorías y obtención/verificación de resultados.

Resultados: 42 adolescentes, 6 grupos (54% varones, 12-18 años). Primeras experiencias en fa-

milia, consumo paterno asociado a reuniones/fiestas, normalizando excesos puntuales. Ambivalencia en la educación paterna: alcohol como sinónimo de aceptación en el mundo adulto y educación “por omisión”. El instituto marca el inicio del consumo en el grupo de iguales asociado a momentos de ocio, sobre todo nocturno. Supone autoafirmación, status destacado entre pares (refuerza rol masculino), acto de rebeldía contra la autoridad e independencia en búsqueda de nuevas experiencias. Se imitan los patrones de adultos jóvenes (universitarios). Alta accesibilidad para su compra. La información que retienen es impactante y agresiva pero poco motivadora. Indiferencia y desconocimiento sobre los riesgos, sin relación con otras drogas. El consumo en fin de semana no es lesivo y la adicción es controlable dentro de unos límites marcados por entorno/edad. Preocupan síntomas inmediatos (borrachera) y problemas legales para conducir. Solo la influencia de sus iguales es un motivo para dejar de beber.

Conclusiones: La intervención sobre alcohol en adolescentes debe incorporar sus motivaciones para lograr una mayor eficiencia.

Palabras clave: Adolescente. Motivación. Alcohol. Grupo focal. Estudio cualitativo.

COMUNICACIÓN ORAL

Análisis del programa de detección precoz de retinopatía diabética en atención primaria

Ruiz Moruno J¹, Redondo Sánchez J¹, Ramírez Campos MJ², De Dios Ruiz AM², Linares Ramírez MC², Expósito Molina M³

¹Médico de familia, ²Residente de medicina familiar y comunitaria, ³Técnico informático. Centro de Salud Fuensanta y Centro de Salud Lucano. Córdoba

Título: análisis del programa de detección precoz de retinopatía diabética en atención primaria.

Objetivos: 1.-Valoración de la retinografías solicitadas dentro del programa detección precoz de retinopatía diabética. 2.-Conocer su utilidad y concordancia diagnóstica.

Diseño: Estudio descriptivo transversal

Emplazamiento: Dos centros de salud urbanos.

Participantes: Valoración de 329 retinografías realizadas durante un año a pacientes diabéticos incluidos en el programa de detección precoz de la retinopatía diabética.

Mediciones principales: Se recogieron las variables de edad, sexo, años de evolución de la diabetes, médicos de familia que realizan la primera lectura, diagnóstico del médico de familia y diagnóstico del oftalmólogo. Análisis de frecuencias, índice de correlación simple. Los datos se procesaron en SPSS versión 12.0.

Resultados: De las 329 retinografías estudiadas, el 55.6% eran hombres. La edad de 64 ± 11 años. Los profesionales solicitaron una media de 9.8 ± 6 retinografías. Los 21 médicos de familia diagnosticaron 83 retinopatías diabéticas (25%), 16 no

diabéticas (4.9%), 15 no valorables (4.6%) y 215 retinografías normales (65.3%). Del total de pruebas derivadas, 53 (48.2%) fueron confirmadas como patológicas. El oftalmólogo confirmó 45 (56%) retinopatías diabéticas: 35 no proliferativa leve-moderada, 2 graves y 16 otros hallazgos patológicos. La edad media de los pacientes con retinopatía fue de 66.45, con una media de 12.6 de años de diagnóstico de su diabetes.

Conclusiones:

- El uso de la retinografía fue irregular entre los profesionales.
- Se derivaron un tercio de las pruebas realizadas, con sospecha de retinopatía diabética.
- El índice de concordancia entre médico de familia y oftalmólogo fue bajo.
- Un alto porcentaje de pruebas derivadas no se confirmaron como retinopatías diabéticas.
- Creemos necesario el seguimiento de los indicadores y mantener la formación periódica de los profesionales,

Palabras clave: Retinografía, diabetes mellitus, médicos de familia.

COMUNICACIÓN ORAL

Repercusión laboral de la situación de embarazo en mujeres de un centro de salud periurbano

Márquez Calzada C¹, Castro Cabello C², Villafuerte Fernández I², de la Pisa Latorre L³, Rufo Romero A², Pascual de la Pisa B¹

¹Unidad de Investigación del DSAP Aljarafe

²CS Camas

³CS Santiponce

Título: Repercusión laboral de la situación de embarazo en mujeres de un centro de salud periurbano.

Objetivos: Analizar el impacto de la situación de embarazo de la mujer trabajadora en su ámbito laboral y su repercusión en variables materno-fetales.

Método: Estudio de cohortes en Zona Básica de Salud (ZBS). Cohorte 1(C1): 354 embarazadas trabajadoras. Cohorte 2(C2): 140 embarazadas no trabajadoras. Cohorte control (CC): 150 trabajadoras no embarazadas pareadas por edad con las cohortes 1 y 2.

Muestreo consecutivo en consulta de embarazo (C1 y C2); muestreo sistemático aleatorio de mujeres en edad fértil de ZBS (CC). Entrevista estructurada en consulta (C1 y C2) y telefónica (CC).

Variables dependientes: Problemas planteados en el trabajo, ansiedad según escala de Hamilton, tipo de parto, peso neonatal.

Análisis: Descriptivo y bivariante.

Resultados: C1: el 25,4% presentaron problemas laborales relacionados con el embarazo (PLRE) que en un 59,8% implicaron la pérdida del empleo. Los PLRE se relacionan con edad, estudios, ocupación, entidad y tipo de contrato ($p<0,05$).

El 80% de las mujeres con parto pretérmino y trabajadoras en “restauración, personales, protección y vendedoras de los comercios” tuvieron problemas laborales. El 75% de sus hijos tuvieron un peso inferior a los 2500gr ($p<0,05$).

La ansiedad se asocia en el primer trimestre de gestación a trabajadoras sin contrato o con jornada completa ($p=0,028$ y $0,046$), en el segundo las trabajadoras con PRLE presentan mas ansiedad ($p=0,001$).

Conclusiones: La situación laboral de la mujer se modifica con el embarazo, y afecta más a las trabajadoras con contratos precarios y en desventaja social.

Palabras clave: Pregnancy outcome, Work, Primary Health Care.

COMUNICACIÓN ORAL

Prevalencia del Síndrome Metabólico Gestacional en atención primaria. Influencia en el desarrollo de diabetes y riesgo cardiovascular a corto plazo en la madre

Márquez Calzada C¹, Albert Ros X², Leiva Fernández F³, Bailón Muñoz E⁴, Rufo Romero A¹, Pascual de la Pisa B¹

¹ Distrito Sanitario AP Aljarafe. Sevilla

² CS Montcada. Valencia

³ UDMFyC Málaga

⁴ UDMFyC Granada

Título: Prevalencia del Síndrome Metabólico Gestacional en Atención Primaria. Influencia en el desarrollo de diabetes y riesgo cardiovascular a corto plazo en la madre.

Objetivos: Determinar la prevalencia del Síndrome Metabólico Gestacional (SMG) durante el tercer trimestre de embarazo y evaluar la presencia de Metabolismo Alterado a la Glucosa y obesidad tras el parto en mujeres con esta entidad.

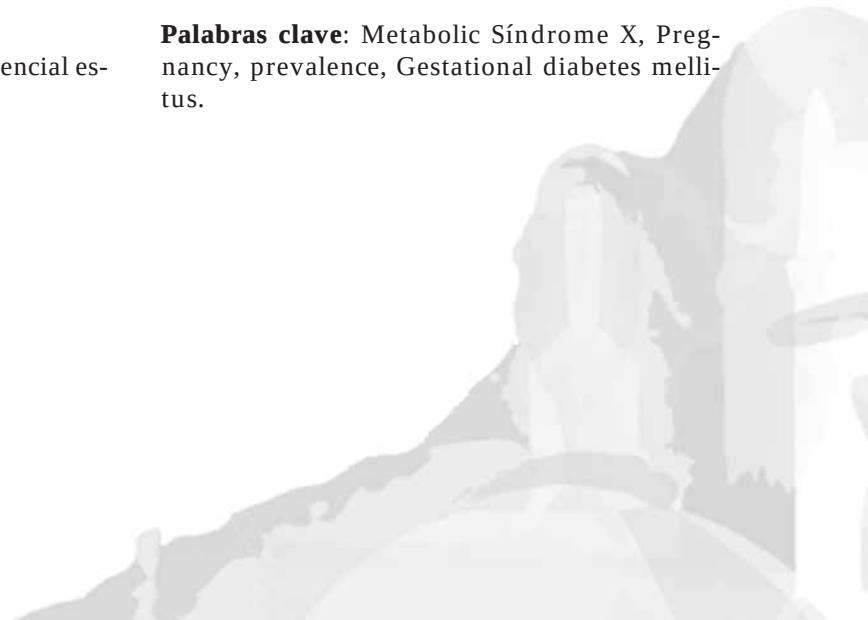
Métodos: Fase 1: Descriptivo transversal. Fase 2: Cohortes. Sujetos: mujeres entre 32-36 semanas de gestación, excluyendo diabetes pregestacional, hipertensión o dislipemia y diabetes gestacional (DG) diagnosticada durante el primer trimestre. Muestreo consecutivo. Mediciones: edad, IMC pregestacional, perfil lipídico, tensión arterial, test de tolerancia oral a la glucosa de 100gr en el tercer trimestre y test de 75gr tras el parto.

Fuente de información: entrevista presencial estructurada.

Resultados: Fase 1: 733 mujeres. Edad media: 29,71 años. La prevalencia DG fue del 11,6% y de Tolerancia Alterada Glucosa Gestacional (TAGG) 5,9%. El SMG fue diagnosticado en el 7,9% de la muestra. La edad se relacionó con el diagnóstico de SMG ($p=0,003$). Fase 2: 377 mujeres. 39 presentaron SMG (10,34%). La edad media fue 34,21 años en el grupo con SMG y 30,29 años en el grupo sin SMG ($p<0,05$). DG, macrosomía y malformaciones fetales fueron más frecuentes en el grupo con SMG ($p<0,005$). Tras el parto: la incidencia de TAGG fue 1,9%, obesidad 28,4% siendo más frecuente en la cohorte con SMG ($p<0,005$).

Conclusiones: La prevalencia de SMG en el tercer trimestre es 7,9%; La presencia de SMG puede ser un factor predictivo de Metabolismo Alterado a la Glucosa y obesidad. Recomendamos confirmar esta relación con muestra mayor y estudios monitorizados a largo plazo.

Palabras clave: Metabolic Síndrome X, Pregnancy, prevalence, Gestational diabetes mellitus.



COMUNICACIÓN ORAL

Análisis de las nuevas retinopatías diabéticas diagnosticadas en el año 2008

Guerrero García FJ, Bonillo García MA, Montoro Ruiz R, Moreno García M, Sevilla Martín FJ, Puertas Tamayo A

CS Gran Capitán. Granada

Título: análisis de las nuevas retinopatías diabéticas diagnosticadas en el año 2008.

Objetivo: Analizar las retinopatías diabéticas diagnosticadas de novo en el año 2008 en una UGC urbana.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Unidad de Gestión Clínica Gran Capitán. Distrito Sanitario Granada.

Población y muestra: Pacientes diagnosticados de retinopatía diabética diagnosticada de novo en 2008, a través del Plan Integral de Diabetes.

Resultados: Existen 49 nuevos diagnósticos de RD, 53,06% varones y 46,94% mujeres, con una edad media de 67,55 años (68,35 para hombres y 66,65 para mujeres). El tiempo medio de diagnóstico de la DM es de 3,55 años. La media de HbA1c es de 8,45 mg/dl (9,03 en hombres y 7,84 en mujeres), no encontrándose registrada en el 12,24 %

de los pacientes. Un 8,16 % tienen registro de nefropatía diabética. Un 57,14 % de los pacientes diabéticos no retinopatía diabética de novo son hipertensos. Con relación al tratamiento un 8,16% está en tratamiento con metformina solamente, un 10,20 % con sulfonilureas solamente, un 36,69% con metformina y sulfonilureas, un 16,33% con insulina en monoterapia, un 14,29% con insulina y metformina, un 8,16 % con insulina, metformina y sulfonilureas, un 2,04% con Acarbosa o Miglitol, un 4,09% con Glitazonas, un 4,09% con Gliptinas, un 4,09% con Glinidas.

Conclusiones: La RD se diagnostica en pacientes de más de 65 años, con al menos más de 3,5 años de evolución, con mal control metabólico, y que en un alto porcentaje están tratados con metformina, sulfonilurea y/o insulina.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, Type 2 (Diabetes Mellitas tipo 2), Diabetic Retinopathy (Retinopatía diabética), Diabetes Complications (Complicaciones de la diabetes).

COMUNICACIÓN ORAL

Concordancia en la interpretación de retinografías entre el médico de familia y el oftalmólogo, en las que el primero ha descartado retinopatía diabética

Mora Jurado A¹, González Gallego MC¹, Gamarra Santacruz MV¹, Román Torres, M^aP², Pedregal González M³, Calvo Lozano J⁴

¹ Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega (Huelva)

² Residente de Oftalmología. Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva)

³ Médico de Familia. Técnico de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Huelva

⁴ Médico de Familia. CS Molino de la Vega (Huelva)

Título: Concordancia en la interpretación de retinografías entre el médico de familia y el oftalmólogo, en las que el primero ha descartado Retinopatía Diabética.

Objetivos: Verificar que en las retinografías en las que el médico de familia ha descartado Retinopatía Diabética no existen lesiones de esta enfermedad, a través de una segunda lectura por el oftalmólogo.

Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Ámbito: centro de salud urbano.

Población: retinografías de ojos de pacientes diabéticos tipo 2 incluidos en el Programa Integral de Diabetes, realizadas durante 2007-2008, en las que se ha descartado Retinopatía Diabética.

Muestra: cálculo con proporción de desacuerdo del 15%, precisión del 5%, confianza del 95% (n = 196 ojos).

Variables: Ausencia o no de retinopatía, sexo, edad, fumador, Índice de Masa Corporal (IMC), HbA1c, tiempo de evolución de la diabetes (TED), existencia de nefropatía y tratamiento antidiabético.

Métodos de evaluación: acuerdo porcentual entre la lectura realizada por el médico de familia y el oftalmólogo. Análisis descriptivo de variables cuantitativas (media y desviación típica (DT)) y cualitativas (proporciones). Intervalos de confianza al 95%.

Resultados: 8 retinografías no fueron valorables (4,1%) y en 2 existían lesiones de retinopatía diabética leve (1%) (Acuerdo porcentual del 98,9% (IC 95,78-99,81)). En su mayoría los pacientes fueron mujeres (51%), con edad media de 60 años (DT 0,81), IMC 29,17 (DT 0,42), no fumadores (84,8%), TED 9,68 años (DT 0,69), HbA1c 6,89 (DT 0,13), sin nefropatía (95,2%) y en tratamiento con antidiabéticos orales (58,2%).

Conclusiones: Las diferencias encontradas no fueron consideradas clínicamente relevantes por lo que consideramos el Plan Integral de Diabetes una herramienta muy válida para el diagnóstico precoz de Retinopatía Diabética. Consideramos necesario definir los criterios de "retinografía no valorable" debido a la discordancia encontrada.

Palabras clave: diabetes mellitus type 2 (diabetes mellitus tipo 2), diabetic retinopathy (retinopatía diabética), primary health care (atención primaria).

COMUNICACIÓN ORAL

Adecuación de la prescripción de estatinas en atención primaria: estudio multicéntrico

Valenzuela López MI¹, Martín Moreno P², Sanchez Zafra A², López Cintas R¹, Hernández Blanco E¹, Sánchez Mariscal MD²

¹CS Salvador Caballero (Granada)

²CS Almanjáyar (Granada)

Título: Adecuación de la prescripción de estatinas en Atención Primaria: estudio multicéntrico.

Objetivos: 1. Describir el perfil de pacientes que reciben estatinas, su copatología y factores de riesgo cardiovascular (FRCV), y su grado de control de éstos. 2. Analizar la adecuación de la prescripción de estatinas como prevención cardiovascular primaria y secundaria.

Metodología: estudio descriptivo transversal que incluye pacientes de 3 centros de salud que consumieron estatinas entre enero-junio 2008.

Resultados: se estudiaron 485 pacientes (44% varones, 56% mujeres), edad media 65 años (DE 11,24). La distribución de FRCV fue: fumadores 26%, HTA 70%, DM 43%. Un 33% padecían alguna enfermedad cardiovascular. En todos los

casos la simvastatina fue la más utilizada. En prevención primaria un 46,8% tenían calculado el RCV (valor medio de 14), distribuyéndose los pacientes en RCV bajo (31%), moderado (40%) y alto (29%). En prevención secundaria, el 52% de los pacientes tenían LDL<100 (objetivo de control). En el caso de pacientes diabéticos, sólo un 36% tenían calculado el RCV, y existía enfermedad cardiovascular en el 43%; el 45% presentaban un buen control lipídico (LDL<100); la cifra de HbAc fue de 7,6% (DE 1,5).

Conclusiones: Sólo la mitad de los pacientes en prevención primaria tenía calculado el RCV, por tanto, desconocemos si la prescripción se hizo de forma adecuada. En prevención secundaria y en diabetes el 50% de los casos presentaba un buen control, con cifras LDL<100.

Palabras clave: dislipemia, estatinas, riesgo cardiovascular.

COMUNICACIÓN ORAL

Análisis motivos consulta por tipos de demanda a médicos de familia en Atención Primaria en zona urbana

Montoro Ruiz R¹; Moreno García M², Guerrero García FJ¹, Bonillo García MA¹, Sevilla Martín FJ², Puertas Tamayo A²

¹ Médico de Familia. U.G.C. Gran Capitán. Distrito Sanitario Granada

² Médico MIR. UGC Gran Capitán. Distrito Sanitario Granada

Título: Análisis motivos consulta por tipos de demanda a médicos de familia en Atención Primaria en zona urbana.

Objetivo: Analizar tipo de demanda en las consultas de médicos de familia (MF) de 6 Centros de Salud (C.S.) de un Distrito Urbano.

Diseño: Estudio observacional transversal prospectivo multicéntrico.

Emplazamiento: Distrito Granada, consultas de MF de Granada.

Población y muestra: Población urbana 254.274 pacientes, 15 C.S. y 170 M.F, seleccionados de manera aleatoria 29 MF, de 6 C.S.: suman 43.769 pacientes (17,21% total). Se han incluido mayores 14 años, con/sin cita, que demandan, valorados en consulta, telefónicamente, domicilio o urgencias, un día seleccionado de Abril 2009.

Intervenciones: Recogida, por el propio profesional en una planilla administrada previa explicación a los participantes, del motivo principal de consulta de todos los pacientes que acuden a las consultas seleccionadas. Se analiza sexo, motivo principal y tipo de consulta según metodología de Casajuana (previsible y no previsible

y sus variedades asistencial y administrativa) lugar asistencia, actividad docente y turno trabajo. Se rechazan los motivos en los que no aparece señalado o aparece más de uno.

Resultados: Pacientes analizados 952 sobre media de 5565 consultas/ día abril 2008 (17,11%), un 65.23% mujeres. Demandas en consultas docentes: 62.07%. Demandas turno tarde 25.42%. Demandas citadas: 90.54%. Demanda asistencial (no administrativa) total: 67.64%; en citados: 68.13%. Demanda administrativa Total: 32.63%; en citados: 31.87%. Demanda para recetas: total: 24.18%; en citados: 23,74%, no citados: 28.40%.

Conclusiones: Las demandas burocráticas son una carga importante en la actividad del MF

Las demandas administrativas suponen un tercio del total de las consultas. Siendo similar en citados y no citados.

Una de cada cuatro consultas del estudio es solo para recetas, aumentando el porcentaje en los no citados a casi una de cada tres.

Palabras clave: Health Planning, Primary Health Care, Practice Management.

COMUNICACIÓN ORAL

Interrupción voluntaria del embarazo. Perfil de las usuarias, en una Zona Básica de Salud urbana

López Téllez A¹, Fernández Maldonado I², Prados Torres P², Río Ruiz J³, Ramos Calle V⁴, Mendoza Pérez AM⁴

¹ Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta Blanca. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta Blanca. Málaga

³ Trabajadora Social. CS Puerta Blanca. Málaga

⁴ Alumna de Trabajo Social. CS Puerta Blanca. Málaga

Título: Interrupción Voluntaria del Embarazo. Perfil de las usuarias, en una Zona Básica de Salud urbana.

Objetivos: Conocer el perfil de las mujeres solicitantes de interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Valorar si tras la IVE acuden al programa de Planificación Familiar (PF) y utilizan un método anticonceptivo seguro.

Material y método: Diseño: Descriptivo transversal.

Ámbito: Centro de Salud urbano.

Sujetos: Todas las mujeres de nuestra ZBS que solicitaron IVE durante el período 2002-2006 (n=159).

Mediciones: Registramos variables sociodemográficas y clínicas relacionadas. Tras la IVE se citaron para seguimiento por el programa de PF.

Análisis estadístico descriptivo.

Se obtuvo autorización del CEI del Distrito Sanitario.

Resultados: Se tramitaron 159 solicitudes de IVE; con una tendencia creciente (de 28 en el año 2002, a 40 en 2006). La edad media era 26,3 años (IC95%:25,2-27,4), rango de 14-42 años; el 11,3% (IC95%:6,4-16,2) eran menores de edad. El 70% tenían estudios secundarios. El 46,5% trabajaban y un 13% eran estudiantes. El 23% (IC 95%: 16,5-29,5) eran inmigrantes. El 64% tenían pareja estable y el 48% tenían hijos. El 31% no utilizaban métodos anticonceptivos; el 53% utilizaban preservativos y el 15% anticonceptivos hormonales. La edad gestacional media era de 6,9 semanas (IC95%:6,6-7,2). El motivo alegado en todos los casos fue riesgo para la salud materna. El 22% (IC95%:15,6-28,4) eran reincidentes. Tras la IVE acudieron al programa de PF el 50%; y siguieron un método seguro el 32%.

Conclusiones: El perfil de nuestras pacientes es similar al aportado por las estadísticas agregadas del MSC. Debemos promover el uso adecuado de métodos anticonceptivos seguros y mejorar el seguimiento post-IVE en el programa de PF.

Palabras clave: abortion, abortion legal, induced abortion.

COMUNICACIÓN ORAL

Validación de un test subjetivo para el diagnóstico de la neuropatía diabética

Pérez Barroso A, Fernández-Távora Pérez V, Rodríguez Dujat Des Allimes M, Ortega Carpio A, Pardo Álvarez J, Camacho Garrido J

CS El Torrejón (Huelva)

Título: validación de un test subjetivo para el diagnóstico de la neuropatía diabética.

Objetivo: La Neuropatía Diabética es una patología frecuente y limitante, diagnosticada habitualmente mediante Monofilamento de Semmes-Winstein. Pretendemos validar en nuestra población el test subjetivo para la detección de Neuropatía Diabética de la Universidad de Texas (TSPN).

Metodología: Estudio observacional descriptivo de validación de pruebas diagnósticas realizado en un Centro de Salud urbano. Incluimos 77 diabéticos tipo 2 de >5 años de evolución con tratamiento farmacológico, sin deterioro cognitivo ni neurológico grave. A todos los pacientes se les determinó a ciegas por diferentes observadores la sensibilidad mediante monofilamento en los 6 puntos habituales y contestaron las preguntas del test, considerándose patológica respectivamente la anestesia en un punto ó una respuesta afirmativa a una de las 4 preguntas: ¿Nota sus pies entumecidos? ¿Nota hormigueo como si una corriente eléctrica atravesara

sus pies? ¿Nota en sus pies como si estuvieran corriendo insectos? ¿Nota en sus pies sensación de quemazón?

Resultados: La prevalencia de ND es 19.48%(IC 95%:11.66-30.40) mostrándose predictoras las variables edad media ($p=0.01$) y años de evolución ($p=0.02$). El TSPN tiene: sensibilidad del 80%(IC95%:51.37-94.69); especificidad 85.48%(IC95%:73.72-92.75); VPP 57.14%(IC95%:34.44-77.41); VPN 94.64%(IC95%:84.20-98.61); CP+ 5.51 (IC95%:2.86-10.60); CP- 0.23 (IC95%:0.08-0.64). Índice Kappa 0.57 (IC95%:0.35-0.78).

Conclusiones: Encontramos una aceptable sensibilidad y especificidad del TSPN para el screening de neuropatía diabética, lo que valida la recomendación de pasar anualmente el test a los diabéticos, realizando el monofilamento solo para confirmar.

Palabras Claves: Diabetes Mellitus, Type 2 (Diabetes Mellitas tipo 2), Diabetic Neuropathy (Neuropatía diabética), Validation Studies (Estudios de Validación).

Características de la población (n=77)	
Edad (media±DE)	67.35±10.75
Sexo, n°(%)	
Varones	23(30%)
Mujeres	54(70%)
Tiempo de evolución DM(media±DE)	13.11±7.16
Tratamiento n°(%)	
ADO	50(64.9%)
Insulina	11(14.3%)
ADO+Insulina	16(20.8%)

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Serotipos más frecuentes del virus del papiloma humano (HPV), en una consulta de dermatología

Salado Natera MI¹, Carrasco Gutiérrez V², Fernández Natera A²

¹CS Rodríguez Arias (Cádiz)

²Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (Distrito Bahía de Cádiz-La Janda)

Título: Serotipos más frecuentes del virus del papiloma humano (HPV), en una consulta de dermatología.

Objetivos: Describir los serotipos más frecuentes de HPV detectados en las verrugas genitales.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal. Se revisó las historias de los pacientes con verrugas genitales durante el período 2004-2008, obteniéndose un tamaño muestral de 75 pacientes con verrugas genitales HPV positivas y se analizó el serotipo de cada verruga.

Resultados: De los 75 pacientes el 81.3% fueron hombres y el 18.7% mujeres. La edad media fue de 24.2 años. El 9.3% de las verrugas fueron no tipificables. El 47.6% serotipo 6, el 23% serotipo 11, el 4.6% serotipo 16, el 3.48% serotipo 84 y 2, el 2.32% el serotipo 58, y el 1.16% los serotipos 74, 59, 40, 39 y 13. El 17.33% de los pacientes

tenía n 2 serotipos distintos y el 2.66% presentaron 3 serotipos distintos.

Conclusiones: El mayor porcentaje de pacientes estudiados son hombres debido a que las mujeres acuden a consultas de Diagnóstico Precoz en ginecología. El mayor porcentaje de serotipos detectados fueron para el 6 y 11 con el 70.6%, correspondiendo éstos a serotipos de bajo riesgo coincidiendo con las cifras encontradas en otros estudios. Los serotipos de moderado y alto riesgo para el desarrollo de neoplasias fueron el 16, 58, 59, 39 y 40 con un porcentaje del 10.4%. Hay que hacer hincapié en la prevención, promover hábitos de vida saludables, educación sexual y vacunación contra el HPV ya que el 10.4% de los pacientes estudiados tienen un serotipo de moderado o alto riesgo.

Palabras clave: human papillomavirus (virus del papiloma humano), condyloma acuminata (condiloma acuminado), genital warts (verrugas genitales).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Incontinencia urinaria: mujeres mayores de treinta años atendidas en un centro de salud urbano

López Torres G¹, Hernández Carmona A², Martín Tapia A³, Salueña Baquedano B⁴, Solana Moreno M⁵, Osorio Martos C⁶

¹ Médica de Familia. CS Cartuja. Granada

² Médica de Familia. ZBS Villacarrillo. Jaén

³ Médico de Familia. ZBS Palencia

⁴ Médica de Familia. Hospital de Guadix (Granada)

⁵ Médica de Familia. Distrito Granada

⁶ Médica de Familia. CS Almanjáyar. Granada

Título: incontinencia urinaria: mujeres mayores de treinta años atendidas en un centro de salud urbano.

Objetivo: Estimar prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres mayores de 30 años. Conocer perfil diagnóstico y terapéutico. Comprobar grado de adherencia al tratamiento.

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Población y Muestra: Mujeres mayores de 30 años que consultan en centro de salud por cualquier motivo. Excluyendo mujeres con ITU, embarazadas, y mujeres con deterioro cognitivo. Partiendo de una prevalencia del 23% de IU en mujeres españolas, confianza del 95% y precisión del 4% calculamos un tamaño muestral N=425.

Intervenciones: Se pasará el cuestionario ICIQ-SF, cuestionario IU-4, y Cuestionario de salud King's. Se recogen variables, como frecuencia, cantidad de las pérdidas; tratamiento tipo y adherencia; impacto en vida social, laboral, emo-

cional. Comparamos variables mediante: T de Student, c2, y test de análisis de la varianza.

Resultados: En 425 mujeres, 35'1% refirió tener pérdidas alguna vez, de ellas, un 10'6% presentaban pérdidas de una vez por semana y 8'7% varias veces al día. Por estratos etarios, observamos un pico en la década de los 70 (56%, p<0,000). Un 26'9% presentaban pérdida con el esfuerzo físico, y 21'9% presentaban síntomas de urgencia. Sólo 2 estaban en tratamiento farmacológico, 15 con rehabilitador. El impacto que les supone se refleja por ejemplo en: 39'52% lleva siempre compresas para mantenerse seca, 14'09% tiene cuidado con el líquido que bebe, y 14'67% se siente siempre incómoda con los demás.

Conclusiones: Prevalencia elevada, siendo significativa ya desde la década de los 30. Justificando una mayor inversión de tiempo y medios en diagnóstico y tratamiento. Haciendo hincapié en la formación de los médicos en este campo.

Palabras clave: (female urinary incontinence) Incontinencia urinaria en la mujer, (treatment urinary incontinence) Tratamiento de la incontinencia urinaria, (quality of life) Calidad de vida.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Modifica Receta XXI la frecuentación y la presión asistencial?

Berchíd Débdi M¹, Delgado Martínez R²

¹ Médico de Familia. Centro de Salud Virgen de Gavellar, UGC de Úbeda (Jaén)

² Médico de Familia. Centro de Salud Úbeda Este. UGC de Úbeda (Jaén)

Título: ¿Modifica Receta XXI la frecuentación y la presión asistencial?

Objetivos: Evaluar si la Receta XXI (RXXI) modifica o no la frecuentación y la presión asistencial.

Material y método: Estudio evaluativo comparando los indicadores de frecuentación y presión asistencial antes y después de la implantación de R XXI, siendo ésta el factor de intervención que se evalúa. El ámbito es nuestra UGC con 19 médicos. RXXI se implantó en junio de 2006.

Criterios de inclusión: Cupos sin cambios estructurales, ni de titularidad, con agendas abiertas y prescripciones en RXXI = 35% en el último año. Se incluyen siete cupos (M: 1.586, DT: 27,06). Se definen dos periodos a estudiar: Antes de RXXI: mayo 2005 a mayo 2006, (n: 492) y un año después: mayo 2007 a mayo 2008), (n: 495) .

Variables: frecuentación y presión asistencial que son las magnitudes más relevantes en la bibliografía. Se analizan las agendas Diraya de los cupos incluidos y se estudia el comporta-

miento de la demanda asistencial en los dos periodos. Análisis estadístico mediante test "T de Student" para muestras relacionadas

Resultados: La prescripción por RXXI en nuestro estudio fue de M: 43,41% (DT: 8,38). La presión asistencial previa a RXXI fue M: 49,94 (DT: 10,56) y la frecuentación M: 8,1 (DT: 1,7). En el periodo posterior, la presión asistencial fue M: 50,55 (DT: 10,45) y la frecuentación de M: 7,8 (DT: 1,53). La diferencia de la presión asistencial, no es estadísticamente significativa ($p > 0.05$) y sí lo es la diferencia observada en la frecuentación ($p < 0.05$).

Conclusiones: RXXI sí disminuye la frecuentación de las consultas, pero no modifica la presión asistencial. En 240 días laborables al año, ganamos 20 minutos de agenda a la semana con un 43,41% de prescripción por RXXI. Estamos lejos del estándar de frecuentación definido para Andalucía en 6 visitas/persona/año.

Palabras clave: demanda asistencial, receta electrónica, frecuentación.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Variables sociodemográficas en pacientes que acuden a los servicios de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias

López Torres G¹, Hernández Carmona A², Rodríguez García A³, Ramírez Zafra L⁴, Rupérez Larrea M⁵, Novo Martín JJ⁶

¹ Médico de Familia. CS Cartuja y DCCU (Granada)

² Médico de Familia. ZBS Villacarrillo (Jaén)

³ Diplomada en Enfermería. Hospital Universitario Virgen de las Nieves y DCCU (Granada)

⁴ Diplomada en Enfermería, Hospital Motril y DCCU (Granada)

⁵ Residente Medicina de Familia. CS Cartuja (Granada)

⁶ Médico de Familia. ZBS Cambil (Jaén)

Título: variables sociodemográficas en pacientes que acuden a los servicios de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias.

Objetivo: Estudio de pacientes que acuden a urgencias hospitalarias (UH) y extrahospitalarias (UE), describiendo sus características demográficas según motivos de consulta y lugar de asistencia.

Diseño: Descriptivo Transversal.

Emplazamiento: Servicios de Urgencias Hospitalarias y Extrahospitalarias. Centro de salud.

Población y muestra: Seleccionamos a la muestra mediante muestreo aleatorio de pacientes que consultaron por cualquier motivo en urgencias. Recogemos 148 pacientes mayores de 18 años.

Intervenciones: Por entrevista personal apuntamos: edad, sexo, motivo de consulta y visita previa a su médico en Atención Primaria (hiper-frecuentador > 7 visitas/año). En Urgencias se hace triage e informe final con alta, derivación a otro nivel (UE), ingreso ó paso a ob-

servación (UH), que también apuntamos. Analizamos variables mediante test Chi-2 y exacto de Fisher.

Resultados: Recogemos 89 pacientes en UH y 59 UE, 62 (42%) varones, 86 (58%) mujeres, 76(51%) > 50 años, no consultaron a su médico previamente 87 (59%) sin diferencias significativas. La mayoría consulta por procesos agudos (PA), siendo las urgencias no demorables (UND) más frecuentes en UH y procesos no urgentes (PNU) más frecuentes en UE (p=0.000). De los 44 pacientes hiperfrecuentadores, 35 (79%) eligieron UH (p=0.002). Sólo 9 (15%) de los pacientes de la UE se derivaron al hospital, se ingresan 15 (17%) de los pacientes de UH y pasan a Observación 32 (36%).

Conclusiones: En ambas urgencias se asisten mayoritariamente PA, siendo más frecuentes PNU en UE y UND en UH, haciendo el propio paciente la selección. Los pacientes hiperfrecuentadores acuden más a menudo a la UH.

Palabras clave: (urgency) urgencias, (hospital) hospital, (patient) paciente.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Las demandas de un dispositivo móvil, una realidad

Fernando Fuentes F¹, Crespo González MC¹, Rodríguez González MJ², Castro Rios AM¹, Martínez Villegas I¹, Gilabert García-Pelayo E²

¹ Enfermero. Dispositivo de apoyo al Distrito Cádiz-Bahía La Janda

² Médico de Familia. Dispositivo de apoyo al Distrito Cádiz-Bahía La Janda

Título: las demandas de un dispositivo móvil, una realidad.

Objetivos: Analizar demandas atendidas por equipo móvil de un dispositivo de apoyo de un distrito sanitario de atención primaria (DSAP) y su distribución por zonas.

Diseño: Estudio descriptivo enero-diciembre 2008.

Emplazamiento: Se ha realizado en un dispositivo móvil de apoyo de un DSAP.

Población y muestra: Pacientes que demandaron a través del centro coordinador asistencia médica de un dispositivo móvil por presentar patología perteneciente a prioridad 1,2, 3 ó 4.

Intervenciones: Recogimos y medimos variables de historias clínicas: edad, sexo, prioridad dada por centro coordinador (1: Emergencias. 2: Urgencias no demorables. 3: Urgencias demorables. 4: Avisos domiciliarios), tramo horario (mañana: 7:00 - 14:55h; vespertinas: 15:00 - 22:55h; noche: 23:00 - 6:55h) y zona a la que pertenece (norte, sur, centro, costa oeste, otras poblaciones no incluidas en el área de referencia e instituciones: penitenciarias, residencia de ancianos, hogares

internamiento menores, enfermos psiquiátricos, mujeres maltratadas.)

Resultados: Atendimos 2970 asistencias. 46% tenían edades entre 60- 95 años, los mayores de 75 años presentaban mayor porcentaje con un 27,68% del total. Fueron hombres 47,88%. Por la mañana 39,97%, por la tarde 39,60% y 20,07% por la noche. Prioridades 2: 59,93%, prioridades 1:25,15%, prioridades 3:8,08% y 4:2,12%. 25,39% avisos zona Sur, 23,80% zona norte, 22,66% zona centro, 8,18% instituciones, 7,17% costa oeste. 4,58% otras poblaciones.

Conclusiones: Es elevado el número de asistencias atendidas por el dispositivo. El perfil del usuario corresponde adultos mayores de 60 años, siendo mayor la incidencia en mayores de 75 años. En el sexo no hay diferencias. El tramo horario de mayor incidencia es diurno, descendiendo por la noche. Las prioridades atendidas fueron mayoritariamente 2, seguida de prioridades 1. Con la zona no hay mucha diferencia. Importante el número de demandas que atendemos solicitadas por las instituciones.

Palabras clave: Primary health care (Atención Primaria), Emergencias (urgencias), Disease (enfermedades).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Violencia de género en un servicio de urgencias de atención primaria

Palacio Millán S¹, Castro Ríos AM², Martínez Villegas I², Rodríguez González MJ¹, Crespo González MC², Fuentes Vázquez F²

¹ Médico de Familia. Dispositivo de apoyo al Distrito Cádiz-Bahía La Janda

² Enfermero. Dispositivo de apoyo al Distrito Cádiz-Bahía La Janda

Título: violencia de género en un servicio de urgencias de atención primaria.

Objetivos: Analizar las agresiones por maltrato enviadas al juzgado por un dispositivo de apoyo de un distrito sanitario de atención primaria.

Diseño: Estudio transversal de enero a diciembre de 2008.

Emplazamiento: Se ha llevado a cabo en un dispositivo de apoyo a un Distrito sanitario de Atención primaria.

Población y muestra: Pacientes atendidos en dicho dispositivo por presentar agresiones.

Intervenciones: De los partes de lesiones enviados al juzgado por maltrato y de las historias clínicas recogimos y medimos las variables edad, sexo, nacionalidad, tipo de agresor, presencia policial, localización de lesiones, tipo de lesiones y franja horaria.

Resultados: Encontramos 285 partes, de ellos 26 por maltrato. El 88.46% (23) eran mujeres edad media 30 años, 1 era inmigrante. Hombres 11.54%

(3), con edad media 27 años. El agresor fue en el 50% (13) el novio, en el 26.9% (7) el marido, la expareja 19.23% (5) y otros familiares 3.84% (1). Acude acompañado por la policía 69.23% (18). El 57.69% (15) de las lesiones se localizaron en cabeza, cara y cuello, 23.07% (6) en tronco, 50% (13) en miembros y 38.46% presentaban lesiones asociadas. 73.07% (19) son contusiones, 26.9% erosiones, 19.23% (5) maltrato psicológico y 3.84% (1) heridas que precisan sutura. 50% (13) acudieron en horario nocturno, 42.3% (11) por la tarde y 7.68% (2) por la mañana.

Conclusiones: El perfil es mujer española de 30 años agredida por su pareja actual que acude al servicio de urgencias por la noche, acompañadas un elevado número por la policía y presentando la mayoría contusiones en cabeza, cara, cuello y miembros. Un número importante también acude por maltrato psicológico. ¿Se podría prevenir algunos casos desde una consulta de atención primaria? Importancia de la relación del médico de familia con sus pacientes.

Palabras clave: Aggression (Agresión). Primary health care (Atención Primaria). Injury report (Parte de lesiones).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) aún un reto para la atención primaria

Gilabert García-Pelayo E¹, Rodríguez González MJ², Martínez Villegas I³, Palacio Millán S⁴, Lavería Gómez JT⁴, Castro Ríos AM³

¹ Médico de Familia. Dispositivo de apoyo al Distrito Cádiz-Bahía La Janda

² Médico de Familia. Dispositivo de apoyo al Distrito Cádiz-Bahía La Janda

³ Enfermero. Dispositivo de apoyo al Distrito Cádiz-Bahía La Janda

⁴ Médico de Familia. Dispositivo de apoyo al Distrito Cádiz-Bahía La Janda

Título: Las Enfermedades de declaración obligatoria (EDO) aún un reto para la atención primaria.

Objetivos: Describir población atendida por enfermedades de declaración obligatoria (EDO) en centros de salud (CS) y servicios de urgencias (SU) de una zona básica de un Distrito sanitario de atención primaria (DSAP).

Diseño: Estudio transversal durante 1 año.

Emplazamiento: Se ha realizado en un dispositivo de apoyo de un DSAP.

Población y Muestra: Pacientes que acudieron al CS o SU por presentar síntomas de alguna de las EDO.

Intervenciones: Recogimos, medimos variables de historias clínicas: edad, sexo, tipo de EDO, EDO declaradas, derivación (CS, SU), nacionalidad.

Resultados: Tipos de EDO 60, declarados 16%. Encontramos 300 casos. Gripe 225, hepatitis víricas otras 8, hepatitis A 6, hepatitis B 1, hepatitis C 4. Hipotiroidismos 15, 1 sífilis, 1 tubercu-

losis, 1 herpes genital, 39 varicela. Gripe: 53% varones edad media 22 años. Hepatitis 58% en varones. Hepatitis víricas otras edad media en mujeres 49 años y 24 hombres, en A la edad en ambos sexos 25, en B varón 50 años y en C 67 años en hombre y 50 años en mujer. Hipotiroidismo 93% mujeres, edad 34 años hombre y 48 mujeres. Sífilis mujer 36 años, tuberculosis varón 70 años, herpes genital mujer 17 años. Varicela el 62% en varones- edad media 7 años, en mujeres 38%- edad media 10 años. Recogidos en CS 99%, un caso de varicela en urgencias. Hubo 5 extranjeros: 80% varones. Uno sífilis, uno varicela y tres gripe.

Conclusiones: Es escaso el número de EDO declaradas. El mayor número de enfermedades declaradas son gripes, seguida de varicela. Siendo ligeramente en ambas más frecuente en varones, adultos jóvenes en el caso de la gripe y de niños en varicela. La mayoría fueron recogidas en CS. Un escaso porcentaje eran extranjeros. ¿Lo estamos haciendo bien desde la atención primaria?

Palabras clave: Primary health Care (Atención Primaria), Disease notification (Enfermedades de declaración), Emergencies (Urgencias).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Adolescentes y postcoital, ¿educación sanitaria fallida?

Martínez Villegas I¹, Sobrino González M², Crespo González MC³, Moret Díaz B³, Fuentes Vázquez F¹, Gilabert García-Pelayo E²

¹ Enfermero. Dispositivo de apoyo al Distrito Cádiz-Bahía La Janda

² Médico de Familia. Dispositivo de apoyo al Distrito Cádiz-Bahía La Janda

³ Enfermera. Dispositivo de apoyo al Distrito Cádiz-Bahía La Janda

Título: Adolescentes y postcoital, ¿educación sanitaria fallida?

Objetivos: Analizar el perfil de las pacientes adolescentes que solicitaron la pastilla postcoital (PP) a través de un dispositivo de apoyo de un distrito sanitario de atención primaria.

Diseño: Estudio transversal del 1 de enero al 31 de diciembre 2008.

Emplazamiento: En un dispositivo de apoyo de un distrito sanitario de atención primaria.

Población y muestra: Pacientes adolescentes que solicitaron la PP en un dispositivo de apoyo de un distrito sanitario de atención primaria.

Intervenciones: De las historias clínicas recogimos y medimos las variables edad, uso anterior de la anticoncepción postcoital, anticoncepción habitual, motivo de la solicitud, actuación terapéutica y causa de no prescripción.

Resultados: Solicitaron 423 mujeres la PP siendo el 31,67% (134 mujeres) adolescentes entre

14 y 19 años. De las adolescentes la edad de mayor incidencia se sitúa entre los 18 y 19 años 67,15% (90), el 11,18% (15) era menor de 15 años. El 97,014% (130) recibieron gratuitamente la pastilla postcoital. El 58,94%(79) era la primera vez que refería usarla, mientras que el 41,044%(55) repetían. El 83,58%(112) usaban preservativos y acuden por rotura del mismo, mientras que 6,71% (9) refieren no usar ningún medio anticonceptivo. El 80,58% (108) acuden en las primeras 24 horas tras el coito.

Conclusiones: Perfil adolescente entre 14 y 19 años que usa el preservativo en sus relaciones como método anticonceptivo y acude al servicio de urgencias por rotura del mismo en las primeras 24 horas tras el coito. Llama la atención que un elevado número de adolescentes sean reincidentes en el uso de la PP ¿Qué es lo que está fallando en Planificación familiar?

Palabras clave: Adolescent (Adolescente). Postcoital contraceptives (Pastilla postcoital), Emergencies (Urgencias).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¡Vengo por la píldora!

Martínez Villegas I¹, Fuentes Vazquez F¹, Gilabert García-Pelayo E², Palacio Millán S², Sobrino González M², Castro Ríos AM¹

¹ Enfermero. Dispositivo de apoyo al Distrito Cádiz-Bahía La Janda

² Médico de Familia. Dispositivo de apoyo al Distrito Cádiz-Bahía La Janda

Título: ¡vengo por la píldora!

Objetivos: Analizar el perfil de las usuarias que solicitan la pastilla postcoital (PP) a través de un dispositivo de apoyo de un distrito sanitario de atención primaria (DSAP).

Diseño: Estudio transversal de septiembre 2007 a septiembre 2008

Emplazamiento: Dispositivo de apoyo de un DSAP.

Población y muestra: Pacientes que solicitaron la PP en un DSAP.

Intervenciones: De las historias clínicas recogimos y medimos las variables: edad, uso anterior de PP, anticoncepción habitual, motivo de la solicitud, actuación terapéutica, causa de no prescripción y gasto sanitario.

Resultados: Del total de las asistencias atendidas por el médico (15280), solicitaron la PP 435 (2,85%). El tramo de edad de mayor incidencia 56,31% (245) comprende desde los 17 a 24 años, el 5,96% (26) eran menor de 16 años. Recibieron

gratuitamente la PP 95,17% (414). El 55,86%(243) era la primera vez que referían usarla, 44,13%(192) repetían. Usaban preservativos 82,98%(361) y acudían por su rotura, mientras el 7,81% (34) referían no usar ningún medio anticonceptivo. No se les administró la PP a 21 mujeres, el 76% (16) por presentar mínimo riesgo y el 24% (5) por motivos éticos del médico. El gasto por este motivo fue 7866 euros.

Conclusiones: El perfil es una mujer entre 17 y 24 años que usa el preservativo en sus relaciones como método anticonceptivo. Acude al servicio de urgencias por rotura del preservativo. Casi la mitad de las usuarias ya la habían utilizado alguna vez. Llama la atención que este motivo de consulta ocupe el 2'85% de la demanda medica total del servicio de urgencias y el elevado porcentaje que acude por rotura de preservativo. Podríamos reducir el gasto sanitario por este motivo, con más educación de planificación familiar.

Palabras clave: Primary health care (Atención Primaria), Postcoital contraceptives (Pastilla postcoital), Emergencies (Urgencias).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Criterios de derivación a una unidad de suelo pélvico y epidemiología de la incontinencia urinaria en la población adulta

Salado Natera MI¹, Carrasco Gutiérrez V², Fernández Natera A², Madurga Patuel B³

¹CS Rodríguez Arias (Cádiz)

²Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (Distrito Bahía de Cádiz-La Janda)

³Unidad de Suelo Pélvico Hospital Puerta del Mar (Cádiz)

Título: Criterios de derivación a una Unidad de Suelo Pélvico y epidemiología de la incontinencia urinaria en la población adulta.

Objetivos: Describir los criterios de derivación a una Unidad de Suelo Pélvico y conocer la epidemiología de la incontinencia urinaria en nuestra población adulta.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal. Se revisaron las historias de pacientes de una Unidad de Suelo Pélvico de nuestra área sanitaria, obteniéndose un tamaño muestral de 300 pacientes. Se analizaron las siguientes características: sexo, edad, índice de masa corporal (IMC), promedio de años con sintomatología miccional, número de partos, presencia de cistocele, rectocele y prolapso de la cúpula vesical.

Resultados: Los criterios de derivación a una unidad de suelo pélvico son: prolapso genital sintomático y que se desee intervenir quirúrgicamente, incontinencia de urgencia que no responda al tratamiento médico y rehabilitador du-

rante 3 meses, incontinencia de esfuerzo que no mejora con tratamiento rehabilitador durante 6 meses, sospecha de disfunción de vaciado vesical.

La prevalencia de incontinencia urinaria fue del 23%. El 94% fueron mujeres y el 6% hombres. La edad media fue 53.6 años. IMC medio fue 30,24 kg/m², el promedio de años con sintomatología miccional fue 6,86 años, el número medio de partos fue 2,19. Un 31% tenía un cistocele grado I, un 9.1% un rectocele y un 5.5% un prolapso de la cúpula vesical.

Conclusiones: La incontinencia urinaria es una patología de la edad madura, con elevada prevalencia que constituye un problema médico y social, con tendencia creciente debido al envejecimiento de la población. Es importante que en Atención primaria se conozcan los criterios de derivación a una Unidad de Suelo Pélvico.

Palabras clave: urinary incontinence (incontinencia urinaria), pelvis floor (suelo pélvico), urinary tract symptoms (síntomas del tracto urinario).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación de la utilización de métodos anticonceptivos en atención primaria

López Torres G¹, Osorio Martos C², Novo Martín JJ³, Hernández Carmona A⁴, García Iglesias Y², de los Ríos Álvarez AM^{a1}

¹ Médico de familia – C.S. Cartuja, Granada

² Médico de familia – C.S. Almanjaya, Granada

³ Médico de familia – Z.B.S Cambil, Jaén

⁴ Médico de familia – Z.B.S Villacarrillo, Jaén

Título: evaluación de la utilización de métodos anticonceptivos en atención primaria.

Objetivo: Evaluar el uso de métodos anticonceptivos en la consulta de Atención Primaria (AP) así como las causas de cambios de métodos y abandonos.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: En centro de salud, consultas a demanda y programada de AP.

Población y muestra: Entrevista aleatoria a 139 mujeres (89>25años y 53<25) en edad fértil mediante cuestionario sobre su historia de Planificación Familiar (PF)

Intervenciones: Recogemos datos sobre asistencia al programa de PF, método anticonceptivo actual, abandonos, métodos utilizados previos, interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y uso de anticoncepción de emergencia (PPC). La distribución de las variables se compara mediante test Chi-cuadrado y test exacto de Fisher

Resultados: En las mujeres > 25 años, el 70% estaba incluida en PPF (p=0,013)(IC: 4,5-4,07). Se encuentran diferencias significativas en el uso de preservativo masculino (p=0,027) (IC:1,9-37,5), anillo vaginal y parches hormonales (p=0,009) (IC: 1,1-23) mayor en ≤ 25 años. Abandonaron el método que usaban el 71% de las > 25 años (p=0,008) (IC: 5,7-41,8), sin diferencias significativas en los motivos (fallos, efectos secundarios, deseo de la paciente) entre ambos grupos de edad. No hay diferencias en el porcentaje de IVE. La PPC se usó más en ≤ 25 años (p=0,0001) (IC: 18,4-51,2).

Conclusiones: Las mujeres ≤ 25 años acuden menos al PPF, realizando actividades de PF no controladas, utilizando más PPC. Las mujeres > 25 años cambian con mayor frecuencia de método anticonceptivo. Es necesario aumentar los esfuerzos de captación del PPF

Palabras clave: Contraceptive (anticoncepción), Primary Care (Atención Primaria), Methods family planning (Métodos de planificación familiar).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Perfil sociodemográfico de las solicitantes de una interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

Bernal Bernal R¹, Ruiz López MJ², Jaen Olasolo J³, Gallardo Díaz JC⁴, Montero Fernandez D⁵, Chica Gallardo P⁶

¹ Médico. CS Chipiona (Cádiz)

² Matrona. CS Chipiona. Cadiz

³ Radioncólogo del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz

⁴ Médico y Director del C.S. de Chipiona. Cádiz

⁵ Enfermero de Enlace del C.S. de Chipiona. Cadiz

⁶ Trabajadora Social del C.S. de Chipiona. Cádiz

Título: perfil sociodemográfico de las solicitantes de una interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Objetivos: Conocer las características sociodemográficas de las mujeres que deciden una IVE. Estudiar la Reiteración de IVE. Conocer su distribución en el municipio.

Diseño: Estudio Descriptivo Retrospectivo.

Emplazamiento: C.S. de Chipiona. Cádiz.

Población y muestra: Todas las mujeres (243) que solicitan IVE desde 1994-2008.

Intervenciones: Registro y análisis en una base de datos de todos las variables.

Resultados: Edad media 26 años (IC 95% 25-27), 67% solteras, 21% casadas, 10% separadas y 2% viudas. Sin estudios 43.6%, primarios 41%, medios 10.8%, universitarios 3.9%. Cuanto menor estudios mayor desempleo; del 50% sin estudios y 27% con primarios se dedican a tareas domésticas. El 14.3% habían tenido un IVE previo, el 3.8% dos y el 1.4% tres. El mé-

todo anticonceptivo utilizado en los meses previos: barrera 47%, ninguno 40.8% y hormonal 11.8%. El 47.6% no tenían hijos, el 22.6% uno, el 18.8% dos, el 5.8% tres, el 3.4% cuatro, el 0.5% cinco y el 1% siete. Estudiantes 26%, empleadas por cuenta ajena 26%, desempleadas 10%, profesional 1.9% y sus labores 35.6%. Los domicilios se distribuyen con mayor incidencia por tres Zonas de la ciudad. El 81% solicitan IVE por primera vez, 14% por segunda, 4% por tercera y 1% por cuarta vez. En casos de IVE previo predominan solteras (70%) y separadas (20%), las solteras en los casos de dos IVE previos con el 65% y en los casos de tres IVE previos las separadas en dos casos de tres. Los IVE no se incrementan con el número de hijos.

Conclusiones: Predominan IVE en mujeres solteras sin hijos. Presentan escasa formación. Mal uso o ausencia de métodos anticonceptivos. Se agrupan en barrios con nivel socioeconómico medio-bajo. Las políticas de planificación requieren reevaluarse.

Palabras clave: Embarazo, aborto, inducido. Pregnancy, induced, abortion.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Sentimientos que provocan en los profesionales sanitarios los “encuentros difíciles” en la consulta

Lozano Cano MJ¹, Atienza Martín FJ¹, Revuelta Pérez F², Romero Ruiz B¹, Santana Gallego MJ¹, Bermúdez Jiménez B¹

¹ Médicos. CS Adoratrices. Distrito Sanitario Huelva-Costa

² Psicólogo. Departamento de Psicología. Universidad de Huelva

Título: sentimientos que provocan en los profesionales sanitarios los “encuentros difíciles” en la consulta.

Objetivo: Estudiar los sentimientos que provocan los “encuentros difíciles” en los profesionales sanitarios.

Diseño: estudio cualitativo.

Emplazamiento: atención primaria (AP) en dos provincias de Andalucía.

Población y muestra: 84 profesionales médicos y enfermeras.

Intervención: Realización de encuesta con pregunta abierta sobre los sentimientos y datos demográficos y laborales.

Resultados: Estudiamos 84 encuestas de profesionales, 85,7% médicos, 52,4% mujeres, de edad media 45,7 años (DS: 6,3), con una media de 180,9 meses de trabajo en AP (DS 90,9), el 61,9% con contrato fijo y el 59,5 % trabajando en municipios de más de 25.000 habitantes.

Presentan sentimientos relacionados con la ansiedad el 52,4% de los profesionales, emociones negativas el 57,1%, sentimientos proyectados hacia el paciente el 36,9% y sentimientos de acción positiva el 25%. La emoción más sentida fue la ansiedad que aparece en el 29,8% de los profesionales. En el análisis bivalente entre sentimientos y datos demográficos y laborales solo encontramos diferencias con significación estadística en sentimientos relacionados con la ansiedad entre profesionales fijos frente a no fijos (61,5% vs 35,5%; $p < 0.05$), en emociones negativas entre los que trabajan en poblaciones > 25.000 habitantes frente a inferiores (68% vs 41,2%; $p < 0.05$) y en sentimientos de acción positiva entre menores de 40 años frente a mayores (10% vs 29,7%; $p < 0.05$).

Conclusiones: La ansiedad es la emoción mayoritaria. La mayor edad condiciona sentimientos más positivos y las emociones negativas son más frecuentes en áreas urbanas. Parece importante que los profesionales adquieran habilidades de control de la ansiedad.

Palabras Clave: Clinical relationship (relación clínica), Difficult encounter (encuentros difíciles), Primary Care (atención primaria).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Afrontamiento de los profesionales sanitarios ante los “encuentros difíciles” en la consulta

Romero Ruiz B¹, Atienza Martín FJ¹, Revuelta Pérez F², Bermúdez Jiménez B¹, Santana Gallego MJ¹, Lozano Cano MJ¹

¹ Médico. CS Adoratrices (Distrito Sanitario Huelva-Costa).

² Psicólogo. Departamento de Psicología (Universidad de Huelva)

Título: afrontamiento de los profesionales sanitarios ante los “encuentros difíciles” en la consulta.

Objetivos: Estudiar el tipo de afrontamiento que realizan y el que les gustaría realizar a los profesionales sanitarios ante los “encuentros difíciles”.

Diseño: estudio cualitativo.

Emplazamiento: atención primaria (AP) en dos provincias de Andalucía.

Población y muestra: 84 profesionales médicos y enfermeras.

Intervención: Realización de encuesta con pregunta abierta sobre los afrontamiento real e ideal y datos demográficos y laborales.

Resultados: Estudiamos 84 encuestas de profesionales, 85,7% médicos, 52,4% mujeres, de edad media 45,7 años (DS: 6,3), una media de 180,9 meses de trabajo en AP (DS 90,9), el 61,9% con contrato fijo y el 59,5 % trabajando en municipios de más de 25.000 habitantes. El 10,7% piensa que tiene muchos encuentros difíciles.

El afrontamiento con técnicas de abordaje biopsicosocial es desarrollado por el 83,3% de los profesionales, el 26,2% hablan de técnicas de autocontrol y el 6% reconocen abordajes de evitación.

El afrontamiento ideal para los profesionales consiste en técnicas de negociación para el 56% de los profesionales, técnicas de autocontrol para el 32,1%, apoyo externo para el 13,1% y evitación para el 11,9%.

El análisis bivalente entre los tipos de afrontamiento y las características demográfico-laborales (edad, sexo, tipo de profesional, tipo de contrato, tiempo trabajado y tamaño del municipio de trabajo) no muestra ninguna diferencia.

Conclusiones: Destaca la alta utilización de técnicas de entrevista clínica en el abordaje de los encuentros difíciles. En el abordaje ideal llama la atención un nada desdeñable porcentaje de profesionales que reclaman apoyo externo para la solución de estos encuentros.

Palabras clave: Clinical relationship (relación clínica); Difficult encounter (encuentros difíciles); Primary Care (atención primaria).



COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Tipología de los pacientes difíciles según la opinión de los profesionales sanitarios

Santana Gallego MJ¹, Atienza Martín FJ¹, Revuelta Pérez F², Lozano Cano MJ¹, Romero Ruiz B¹, Bermúdez Jiménez R¹

¹ Médicos. CS Adoratrices. Distrito Sanitario Huelva-Costa

² Psicólogo. Departamento de psicología. Universidad de Huelva

Título: tipología de los pacientes difíciles según la opinión de los profesionales sanitarios.

Objetivos: Estudiar la tipología o características principales de los pacientes implicados en “encuentros difíciles” en la opinión de los profesionales sanitarios.

Diseño: estudio cualitativo.

Emplazamiento: atención primaria (AP) en dos provincias andaluzas.

Población y muestra: 84 profesionales médicos y enfermeras.

Intervención: Realización de encuesta con pregunta abierta sobre características de los pacientes de encuentros difíciles y datos demográficos-laborales.

Resultados: Estudiamos 84 encuestas de profesionales, 85,7% médicos, 52,4% mujeres, de edad media 45,7 años (DS: 6,3), con una media de 180,9 meses de trabajo en AP (DS 90,9), el 61,9% con contrato fijo y el 59,5 % trabajando en municipios de más de 25.000 habitantes. El 10,7% piensa que tiene muchos encuentros difíciles.

El 70,2% de los profesionales atribuyen las encuentros difíciles a las características personales del paciente (agresividad, exigencia...), el 27,4% a características sociodemográficas (edad, sexo...), la problemática familiar es referida por el 9,5% de los profesionales y los problemas de salud mental por el 22,6%.

En el análisis bivariante se encontraron diferencias significativas ($p < 0.05$) entre hombres y mujeres en relación a la problemática familiar (2,5% vs 15,9 %) y la salud mental (32,5% vs 13,6 %); entre profesionales fijos frente a no fijos en problemática familiar (3,9% vs 18,8%); en tipo de profesional en problemas de salud mental (médicos 26,4% vs enfermeras 0%) y entre menores de 40 años frente a mayores en problemática familiar (25% vs 4,7%)

Conclusiones: Las características personales de tipo agresivo-exigente se identifican como la tipología más común en los encuentros difíciles.

Palabras Clave: Clinical relationship (relación clínica), Difficult encounter (encuentros difíciles), Primary Care (atención primaria).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Elección del mejor antibiótico en el tratamiento empírico de las infecciones urinarias: trienio comparativo

Rey Martín AE¹, Blanc Iribarren P³, Moreno Ortiz A², De los Riscos Mateos EM^{a1}, Padilla López M^{aC1}, Agrela Torres SL¹

¹ Médico de Familia del Centro de Salud Trinidad (Distrito Sanitario Málaga)

² Médico Residente de 4^a año de MFyC del Centro de Salud Trinidad (Distrito Sanitario Málaga). Unidad Docente de MFyC de Málaga

³ Microbióloga. Laboratorio del Hospital Regional Carlos Haya de Málaga

Título: elección del mejor antibiótico en el tratamiento empírico de las infecciones urinarias: trienio comparativo.

Objetivos: Objetivo principal: 1.- Conocer nuestro mapa microbiológico de las infecciones urinarias y perfiles de sensibilidad antimicrobiana. 2.- Compararlo con dos años anteriores. 3.- Elaborar recomendaciones de antibioterapia ajustadas a perfiles de sensibilidad actual.

Material y método: **Diseño:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. **Ámbito de estudio:** Centro de salud (C.S.) urbano. **Población a estudio:** 100% de urocultivos con resultado positivo solicitados desde el C.S. **Periodo de tiempo:** Enero-Diciembre años 2005, 2006 y 2008. Se obtiene mapa microbiológico y perfil de sensibilidades. **Fuente de información:** laboratorio de referencia, microbiología de Hospital Regional.

Resultados: 539 urocultivos positivos en año 2008. En 62% microorganismo causante Escherichia (E.) coli, frente 55% en 2006 y 53 % en 2005. Perfil de sensibilidades a antibióticos utilizados habitualmente vía oral en atención primaria (AP) para E. Coli referidos a este centro en los años 2005, 2006 y 2008 respectivamente: FOSFOMICINA 98%, 99% y 98.5%. AMOXICILINA-CLAVULANICO 91%, 91% y 88%.

CEFUROXIMA 87%, 90% y 93%. CIPROFLOXACINO 73%, 67% y 67%. AMOXICILINA 42%, 46% y 42%.

Conclusiones: Es frecuente en práctica clínica la indicación de antibioterapia empírica ante sospecha de infección urinaria. Cuando sea necesario hacerlo en nuestro centro de salud, es conveniente utilizar fosfomicina. Seguido de cefuroxima y amoxicilina-clavulánico, siendo este último más costo-eficiente.

Los perfiles de sensibilidad desde el 2005 a 2008 han sido: se mantiene fosfomicina, disminuye amoxicilina-clavulánico desde 91% a 88%, se incrementa cefuroxima desde 87% a 93%. Destaca ciprofloxacino mantenido en 20% menos de sensibilidad que el mejor antimicrobiano de los anteriores.

Al haberse mantenido el mismo antibiótico como el más sensible durante cuatro años (2005-2008) puede ser conveniente averiguar, al menos en una ocasión, cuál es el perfil de sensibilidades antimicrobianas de la infección urinaria en cualquier ámbito de trabajo.

Palabras clave: Infección urinaria (Urinary Tract Infection), Antibioterapia (anti-bacterial agents), empírica (empirical).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Relación entre las derivaciones a traumatología y la prescripción de determinadas moléculas

Navarro Cid FJ¹, Agrela Torres SL², Cruz-Conde de Boom R¹, Rodríguez Casimiro M^aC¹, Rey Martín AE², De los Riscos Mateos EM^{a2}

¹ Médico Residente de MFyC del Centro de Salud Trinidad (Distrito Sanitario Málaga). Unidad Docente de MFyC de Málaga

² Médicos de Familia del Centro de Salud Trinidad (Distrito Sanitario Málaga)

Título: relación entre las derivaciones a traumatología y la prescripción de determinadas moléculas.

Objetivos: Analizar la relación entre el perfil de derivación a Traumatología (T) de los médicos de familia (MF) de nuestro centro de salud (CS) y su perfil de prescripción, para las moléculas Condroitín Sulfato, Glucosamina, Pregabalina y Etoricoxib.

Material y Método: Estudio descriptivo retrospectivo, con variables cuantitativas discretas. Muestra: todas las derivaciones efectuadas a T, durante el año 2007 (N=1580) por los MF del CS y todas las prescripciones, medidas en dosis diarias definidas (DDD), de Condroitin Sulfato, Glucosamina, Pregabalina y Etoricoxib (N=77295), para este mismo periodo, por los mismos MF. Se ha analizado la desviación porcentual y se ha realizado un análisis de Correlación de Pearson.

Resultados: En todos los caso los MF que tenían un número de derivaciones a T superior a

la media del centro, tenían un número de prescripciones en DDD de las moléculas de estudio superiores a la media, con desviaciones para Condroitin Sulfato (86%), glucosamina (35%), Pregabalina (89%) y Etoricoxib (331%), respecto a la prescripción media de los MF que tenían un número de derivaciones a T inferior a la media del centro. El Índice de Pearson osciló entre 0,750 para Pregabalina y 0,542 para Glucosamina, con coeficientes de determinación entre 0,562 para Pregabalina y 0,294 para Glucosamina. La p fue significativa en todos los casos oscilando entre 0,002 para Condroitin sulfato y Pregabalina y 0,045 para la glucosamina.

Conclusiones: Parece existir una relación entre el porcentaje de derivaciones a T y la prescripción de los principios activos analizados en este estudio.

Palabras clave: interconsultation traumatology, prescription, relation.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Obesidad infantil en atención primaria. Estudio multicéntrico

Rey Martín AE¹, Moreno Ortiz A², González Pozo C³, Rizo Hoyos M³, Mancuso P², Sánchez Silvestre A¹

¹ Médico de Familia del Centro de Salud Trinidad (Distrito Sanitario Málaga)

² Médico Residente de 4ª año de MFyC del Centro de Salud Trinidad (Distrito Sanitario Málaga). Unidad Docente de MFyC de Málaga

³ Médico Residente de 4ª año de MFyC del Centro de Salud Mollina (Área Sanitaria Antequera). Unidad Docente de MFyC de Málaga

Título: obesidad infantil en atención primaria. Estudio multicéntrico.

Objetivos: Comprobación registro de datos antropométricos en historia clínica pediátrica y valoración grado de obesidad infantil.

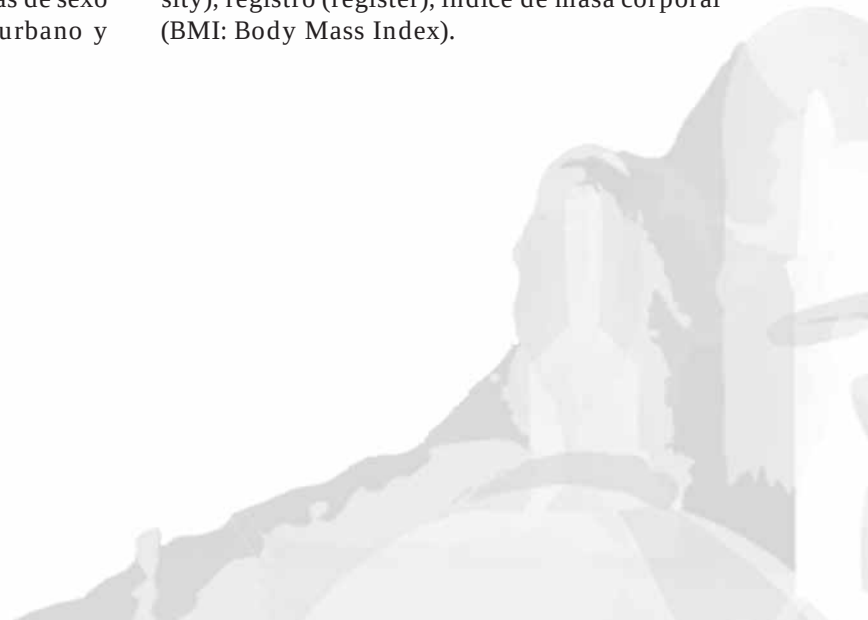
Material y método: Estudio epidemiológico observacional, transversal, retrospectivo sobre muestra de base poblacional. Incluidos niños de hasta 14 años con al menos una visita en 2007 a consulta pediátrica de dos centros de salud (CS): urbano y rural. Tamaño muestral 245, 152 CS urbano y 93 CS rural. Muestreo aleatorio y sistemático. Variables: talla, peso, índice de masa corporal (IMC), dieta, ejercicio físico, nivel socioeconómico de padres, lactancia materna, diabetes gestacional, comorbilidad, antecedentes familiares de sobrepeso y obesidad, programa niño sano. Fuente de datos: historia de salud digital DIRAYA

Resultados: No diferencias significativas de sexo y edad en niños de centro de salud urbano y

rural. Registro datos antropométricos en 76%, constando prioritariamente en programa de salud “niño sano”. Niños sin datos antropométricos 22,4% (54 niños), 14 CS rural y 34 CS urbano. De ellos, 34 > de 5 años y 17 > o iguales a 10 años. En CS rural 96% presentaron normopeso y 4% sobrepeso; en urbano 99% normopeso y 1% sobrepeso.

Conclusiones: Datos antropométricos recogidos aceptablemente en nuestros centros de salud, especialmente en menores de 5 años. Probablemente por la existencia del programa de salud “niño sano”. Mayores a esta edad, y especialmente, mayores de 10 años, no son habitualmente pesados y tallados en consulta a demanda. La mayoría de los niños >5 años presentan normopeso, aunque los mayores, en especial > de 10 años, presentan incremento del sobrepeso.

Palabras clave: Obesidad infantil (infant obesity); registro (register); índice de masa corporal (BMI: Body Mass Index).



COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Control del tratamiento anticoagulante oral en nuestro centro de salud

Garriguet López FJ¹, Zapata Pérez A², Martínez Pierres CP³, Expósito Ramos I⁴

¹ MIR de MFyC. Cuarto año. Centro de Salud de Úbeda. Jaén

² MIR de MFyC. Cuarto año. Centro de Salud de Úbeda. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda. Jaén

³ MIR de MFyC. Cuarto año. Centro de Salud de Úbeda Este. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda. Jaén

⁴ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Cuarto año. Hospital San Juan de la Cruz. Consultorio local de Rus. Jaén

Título: Control del tratamiento anticoagulante oral en nuestro centro de salud.

Objetivos: Conocer las características de la población, el grado de control terapéutico y las complicaciones de los pacientes anticoagulados con acenocumarol en nuestro centro de salud.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio: Centro de salud (CS) de Atención Primaria.

Población a estudio y criterios de selección: pacientes con registro de Tratamiento Anticoagulante Oral (TAO) con acenocumarol en historia individual informatizada y al menos tres controles de Razón Normalizada Internacional (INR) en nuestro CS durante el primer año de implantación del coagulómetro portátil (n = 268). Se excluyeron 22 pacientes.

Mediciones principales: Variables demográficas, indicación de TAO, controles, última INR, pacientes en rango (estricto o ampliado) en el último control, dosis semanal y complicaciones. Se realiza análisis descriptivo de los datos, obteniendo medias con desviación estándar (DE) y porcentajes.

Resultados: Prevalencia de TAO 11,42 por mil, con una media de 19,14 pacientes por médico. La edad media fue de 75,18 años (DE: 9,58), con un 54,9% de mujeres. Indicaciones de TAO más frecuentes: fibrilación auricular 57,5% y cardiopatías valvulares 15,3%. INR medio 2,49 (DE: 0,66). El 65,7% estaban en rango terapéutico estricto (22,8% Infratratados, 11,6% tratados en exceso) el 75 % en rango terapéutico ampliado (16% Infratratados, 9% tratados en exceso). Dosis media semanal de acenocumarol 14,45 miligramos (DE: 7,44). Hubo 0,74% de hemorragias graves, 5,57% de leves y 0,37% de trombosis retiniana.

Conclusiones: la mayoría de pacientes presenta un buen control de anticoagulación con escasa incidencia de complicaciones, permitiéndonos pensar que se garantiza la calidad de la anticoagulación en nuestro centro.

Palabras clave: Oral anticoagulants, Acenocumarol, Primary care. (Anticoagulación oral, Acenocumarol, Atención Primaria).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Patrón circadiano y diagnóstico de hipertensión clínica aislada en hipertensos de un centro de salud urbano

Bermúdez Jiménez R, Pastoriza Vilas JC, Atienza Martín FJ, Lozano Cano MJ, Santana Gallego MJ, Romero Ruiz B

Médicos. CS Adoratrices. Distrito Sanitario Huelva-Costa

Título: patrón circadiano y diagnóstico de hipertensión clínica aislada en hipertensos de un centro de salud urbano.

Objetivo: Estudiar la prevalencia de Hipertensión Clínica Aislada (HCA) entre pacientes a los que se realizó Monitorización Ambulatoria de Presión Arterial (MAPA) y evaluar la diferencia de presentación de los distintos patrones del ritmo circadiano de la presión arterial.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Participantes: Pacientes con sospecha de HCA.

Intervención: MAPA con un monitor Spacelabs 902007 durante 24 horas realizando mediciones cada 20 minutos durante el periodo de actividad y cada 30 minutos durante el periodo de descanso.

Mediciones:

- Confirmación diagnóstica de HCA siguiendo los criterios de la Guía Europea de Hipertensión de 2007.

- Patrón circadiano que presentan.

Evaluación estadística: Contraste de proporciones mediante la prueba Z.

Resultados: 73 MAPA válidas, por sospecha de HCA. La HCA se confirma en 51 casos (69.86%). El patrón circadiano fue:

	HCA	HTA	
Pac. Dipper	23 (54.90%)	7 (31.82%)	p<0,001
Pac. Non Dipper	20 (39.22%)	8 (36.36%)	NS
Pac. Extreme Dipper	6 (11.76%)	5 (22.73%)	p<0,001
Pac. Riser	2 (3.92%)	2 (9.09%)	NS

Pac.: pacientes

Conclusiones: La confirmación diagnóstica de HCA es elevada. Existe una mayor prevalencia de patrón Dipper en los pacientes con HCA y de Extreme Dipper en los que se diagnostica hipertensión estable, lo que puede estar en relación con sobretratamiento o con una cronoterapia deficiente.

Palabras Clave: Hipertensión (Hipertensión), Isolated Hipertensión (Hipertensión clínica aislada), Primary Care (Atención Primaria).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia de alteraciones del ritmo circadiano en hipertensos a los que se les realiza mapa en un centro de salud urbano

Bermúdez Jiménez R, Lozano Cano MJ, Romero Ruiz B, Santana Gallego MJ, Pastoriza Vilas JC, Atienza Martín FJ

Médicos. CS Adoratrices. Distrito Sanitario Huelva-Costa

Título: prevalencia de alteraciones del ritmo circadiano en hipertensos a los que se les realiza mapa en un centro de salud urbano.

Fundamento: Los patrones de ritmo circadiano caracterizados por una elevación nocturna de la Presión arterial (Riser) o por un descenso insuficiente (Non Dipper) se asocian a un peor pronóstico cardiovascular.

Objetivo: Analizar la prevalencia de los distintos patrones del ritmo circadiano (Riser, Non Dipper, Dipper y Extreme Dipper) en pacientes hipertensos tratados, a los que se les realiza Monitorización Ambulatoria de Presión Arterial (MAPA) en un centro de salud urbano.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Participantes: Hipertensos tratados.

Intervención: Monitorización Ambulatoria de Presión Arterial (MAPA) con un monitor Spacelabs 902007 durante 24 horas realizando mediciones cada 20 minutos durante el periodo de actividad y cada 30 minutos durante el periodo de descanso. Se clasifican los pacientes en función de su ritmo circadiano.

Mediciones:

- Estadística descriptiva: Porcentaje de presentación de patrones circadianos

- Estadística inferencial: Comparación con resultados nacionales del estudio CRONOPRES

Resultados: Se encuentran 145 MAPA válidas. La indicación de MAPA más frecuente fue la sospecha de hipertensión clínica aislada (50.34%). El patrón circadiano encontrado fue:

	CENTRO DE SALUD	CRONOPRES	
Pacientes Dipper:	57 (39.31%)	41%	NS
Pacientes Non Dipper:	52 (35.86%)	40%	NS
Pac. Extreme Dipper:	26 (17.93%)	7%	p<0,001
Pacientes Riser:	10 (6.90%)	13%	NS

Pac.: pacientes

Conclusiones: La prevalencia de pacientes extreme dipper es significativamente más elevada en nuestros pacientes lo que podría plantear la existencia de un sobretratamiento o con una cronoterapia deficiente en los mismos.

Palabras Clave: Hipertensión (Hipertensión), Circadian Rhythm (Ritmo circadiano), Primary Care (Atención Primaria).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Programa de salud: pido la cita... ¿Por qué no acudo?

Briones Barreiro M, Arrillaga Ocampo I

Médicos EBAP CS Las Lagunas en Mijas (Málaga)

Título: Programa de salud: pido la cita... ¿Por qué no acudo?

Objetivo: Conocer el grado de incumplimiento a citas en el programa de la mujer de un centro de salud e identificar sus causas.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal. Población urbana. Pacientes citadas en el Programa de la Mujer.

Conocer la tasa de incumplimiento: revisión de las listas de pacientes citadas durante 6 meses, de septiembre del 2007 a febrero de 2008.

Conocer el motivo de inasistencia: entrevista telefónica abierta, no estructurada, a todas las pacientes que no acudieron durante los meses de septiembre y octubre de 2008.

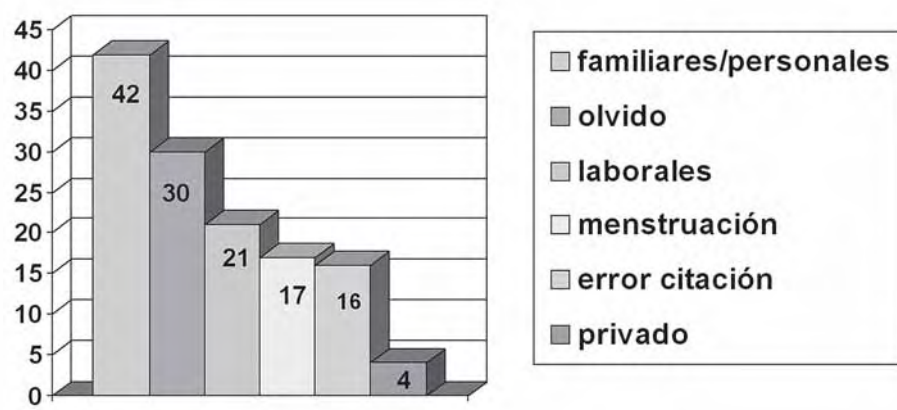
Resultados: Tasa de incumplimiento: Durante los 6 meses del periodo de estudio, se dieron 1.940 citas, acudieron 1276 mujeres, y faltaron 664. Incumplimiento del 35%.

Se realizó llamada telefónica a todas las mujeres que no habían acudido durante los meses de septiembre y octubre de 2008, cuyas tasas de incumplimiento fueron similares a las del periodo semestral estudiado, (septiembre 41.12%, octubre 34.54%). En total 245 mujeres no acudieron. Respondieron a la encuesta todas las pacientes que cogieron el teléfono 130.

Las pacientes refirieron distintos motivos: personales (viaje, enfermedad) 42, olvido 30, trabajo 21, regla 17, error en la citación 16, médico privado 4.

Conclusiones: Las pacientes que no acuden a las citas generan una pérdida de tiempo y de recursos, aumentando la demora en la consulta, y en su mayoría evitables o susceptibles de mejora: un teléfono para anular cita, recordatorios telefónicos e informando en admisión de criterios de inclusión y derivación al programa.

Palabras clave: Atención primaria, cita programada e incumplimiento.



COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Perfil de usuarias y motivo de demanda de la píldora postcoital de emergencia (PDD) en atención continuada en una zona básica de salud rural

Alonso García-Junceda M^aA¹, Pérez Linares M^aC¹, Suárez Álvarez O², Fernández García LA¹, Velasco M^aE², de Dios del Valle R³

¹ Médico de Familia de Centro de Salud, Navia (Principado de Asturias)

² Técnico de Salud y FEA Unidad de Calidad, Investigación y Salud Pública. Hospital de Jarrio, Área I, Principado de Asturias

³ Director Gerente de Área I, Principado de Asturias

Título: Perfil de usuarias y motivo de demanda de la píldora postcoital de emergencia (PDD) en atención continuada en una zona básica de salud rural.

Objetivos: Conocer las características de demanda y perfil de las usuarias de la PDD en atención continuada (AC) desde la entrada en vigor de la gratuidad.

Diseño: Estudio descriptivo y transversal. Se hizo análisis descriptivo (SPSS-15.0) con cálculo media y DE (variables cuantitativas), distribución porcentual de frecuencias (cualitativas) e IC95% para resultados más relevantes.

Emplazamiento: Centro de Salud de Navia, Área I, Principado de Asturias.

Población y muestra: Todas las usuarias de la PDD atendidas en AC (07/2005-07/2008).

Intervenciones: Recogida de datos: hojas de registro de AC y hojas de protocolo de PDD: fecha, día, edad, usuaria/desplazada, motivo de demanda, horas desde el coito de riesgo, uso previo de PDD.

Resultados: N=193 usuarias, edad: 23.3 años (DE:7.34). Un 66.3% (IC95%:59.39-73.24) de las usuarias atendidas en días festivos y un 73.6%(IC95%:67.09-80.05) eran de la zona básica de salud. Las usuarias acudieron tras 15,08 h desde el coito (DE: 11.93). El motivo más frecuente (85.9% IC95%:80.66-91.06) fue rotura o retención del preservativo. Un 43% (IC95%:35.75-50.25) utilizó la PDD anteriormente. Los días transcurridos desde la toma anterior fueron 603 (DE:734.52) prescribiéndose la PDD en el 100% de los casos (IC95%:99.74-100.25).

Conclusiones: El perfil de usuaria de PPD del estudio fue: mujer de 23 años, de la ZBS, que acude en festivo tras 15h del coito de riesgo. El motivo más frecuente fue la rotura/retención de preservativo, prescribiéndose al 100%. La entrada en vigor del protocolo de anticoncepción (1/07/05) supuso una mejora del registro, control y seguimiento de la PDD. Es necesario seguir investigando en el grupo de reincidentes para abordar posibles medidas de prevención.

Palabras clave: píldora postcoital, anticoncepción.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Obesidad infantil y sobrepeso: incidencia en nuestra zona básica de salud

Aguilar Iñigo C¹, Prosper Gisbert A¹, Camero Muñoz E¹, Muñoz Cabral A², Mampel Díaz C³

¹ *Pediatra CS San Benito. Jerez de la Frontera. (Cádiz)*

² *Médico CS San Benito. Jerez de la Frontera. (Cádiz)*

³ *Director CS San Benito. Jerez de la Frontera. (Cádiz)*

Título: obesidad infantil y sobrepeso: incidencia en nuestra zona básica de salud.

Objetivos: definir la incidencia de la obesidad infantil en nuestra zona, así como conocer los factores relacionados con el incremento de la misma (alimentarios y ejercicio físico). Mejorar la atención sanitaria de los niños con sobrepeso-obesidad.

Material y métodos: muestra al azar de 596 niños de edades comprendidas entre los 2 y los 12 años, excluyendo aquellos con patología conocida.

Hemos analizado peso, talla e IMC, definiendo sobrepeso aquellos con $IMC > P-85 < P-95$ para su edad y sexo; obesidad $IMC > P-95$ para su edad y sexo.

Realizada encuesta en la que valoramos hábitos alimentarios y sedentarismo-ejercicio físico.

Resultados: el porcentaje de obesidad-sobrepeso en nuestro estudio está por debajo de los resultados publicados en otros estudios realizados en nuestro país, siendo más frecuente en el sexo masculino en edades más precoces, e invirtiéndose a medida que nos acercamos a la adolescencia (más frecuente en niñas).

Observamos mayor relación obesidad-sedentarismo, que obesidad-hábitos alimentarios.

Conclusiones: Se recomienda la promoción de hábitos alimentarios saludables en nuestra población infantil en general (obeso y no obeso).

Información de la importancia del ejercicio físico para prevenir el aumento de obesidad infantil y de sus complicaciones a corto y largo plazo.

Palabras clave: Obesidad, infancia, hábitos alimentarios.



COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Perfil del paciente polimedicado en atención primaria: interacciones medicamentosas y necesidades de intervención

Montijano Carpio MA¹, Ramírez Picó A¹, Olmedo Macías J¹, Pérez Milena A²

¹ Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle (Jaén)

² Médico de Familia. Centro de Salud El Valle (Jaén)

Título: Perfil del paciente polimedicado en Atención Primaria: interacciones medicamentosas y necesidades de intervención.

Objetivos: Conocer el perfil del paciente polimedicado, las interacciones farmacológicas y las intervenciones a realizar.

Diseño: Estudio descriptivo de asociación cruzada.

Emplazamiento: Zona básica de salud urbana.

Población y muestra: Muestreo sistemático de pacientes mayores de 65 años con 10 ó más fármacos durante seis meses.

Intervenciones: Se revisan las historias clínicas del año 2008, recogiendo: edad, sexo, medicación, patologías, frecuentación sanitaria, derivaciones. Se valoran las intreracciones farmacológicas y las intervenciones a realizar mediante el programa Stockley Alertas.

Resultados: 340 pacientes (80% del total de polimedicados), edad media 79,6 años ($\pm$ EEM 0,6), 69% mujer. Presentan 5,5 ($\pm$ 0,2) enfermedades crónicas, toman 9,8 ($\pm$ 0,3) fármacos diferentes con 13,6 ($\pm$ 0,5) tomas de medicación diarias.

La frecuentación es de 8,1 ($\pm$ 0,5) visitas anuales en medicina y 7,3 ($\pm$ 0,8) en enfermería. Se hacen de media 1,4 ($\pm$ 0,2) derivaciones. Un 58% de las interacciones son graves, 15% moderadas y 28% leves / ausentes. Hay una media por paciente de 2,3 $\pm$ 0,2 interacciones graves, 1,7 $\pm$ 0,4 moderadas y 0,2 $\pm$ 0,1 leves. Intervenciones necesarias: informar 23%, monitorizar 32% y adaptar 20%, 25% sin necesidad de cambios. Los pacientes con interacciones graves tienen mayor número de enfermedades crónicas, toman más fármacos diferentes en más tomas diarias ($p < 0,05$ ANOVA). Consultan más en enfermería y precisan más cambios farmacológicos ($p < 0,05$ ANOVA). Los fármacos más utilizados en estos pacientes son antihipertensivos, antidepresivos y antiarrítmicos ($p < 0,05$ X^2), ansiolíticos y del aparato digestivo ($p < 0,005$ X^2) y acenocumarol ($p = 0,06$ X^2).

Conclusiones: El paciente polimedicado presenta un perfil propio, con un alto porcentaje de interacciones graves aunque sólo se requieren cambios en un 20%. La consulta de enfermería es un momento adecuado para la captación de este tipo de pacientes.

Palabras clave: polimedicado, iatrogenia, anciano.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

La trascendencia de la diabetes como factor de riesgo en la cardiopatía

Rodríguez González MJ¹, Benítez Rodríguez E², García González L³, García González FJ⁴, Oneto Otero J⁵, Lorenzo Peñuelas A⁶

¹ Médico de Familia. Dispositivo de apoyo al Distrito Cádiz-Bahía La Janda

² Servicio de Medicina Preventiva. H. U. Puerta del Mar de Cádiz

³ Médico de Familia. SAU Hospital de Jerez

⁴ Enfermero. Dispositivo de apoyo al Distrito Cádiz-Bahía La Janda

⁵ Especialista en Cardiología. Hospital de Jerez

⁶ Jefe de Servicio de Oncología. Hospital Universitario de Puerto Real

Título: la trascendencia de la diabetes como factor de riesgo en la cardiopatía.

Objetivos: Conocer la influencia de la Diabetes Mellitus (DM) en pacientes derivados de atención primaria a consulta de cardiología para estudio de cardiopatía.

Diseño: Estudio transversal durante 2 años.

Emplazamiento: Se ha realizado en el servicio de cardiología de un Hospital cuya población de referencia son 260000 habitantes.

Población y muestra: Pacientes atendidos en cardiología para estudio de cardiopatía (cardiopatía isquémica (CI), valvulopatía, insuficiencia cardiaca (IC) y arritmia).

Intervenciones: Se registraron de forma prospectiva mediante cuestionarios las variables: datos demográficos, factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) (hipertensión (HTA), diabetes (DM), hipercolesterolemia, tabaquismo y obesidad), patología y tratamiento.

Resultados: Fueron 185 pacientes, de estos el 49,2% eran diabéticos siendo 53,8% hombres, edad media 63 años (DE 9,6). Además 47,3% de

los diabéticos eran fumadores, 63,7% tenían hta, 54,9% hipercolesterolemia, 53,6% obesidad y 46,4% sobrepeso. Fueron diagnosticados de CI 69,2% de los diabéticos, 12,1% presentaron valvulopatía, 18,7% FRCV sin patología cardíaca, 14,3% IC y 7,7% fibrilación auricular. De los diabéticos con cardiopatía presentaban un colesterol total <200mg 54,8%, LDLc<100mg 28,8% y HDLc>45 18%. 59,1% de los pacientes diabéticos, hipertenso y con cardiopatía recibían B-Bloqueante, 56,8% antagonistas del Calcio, IECA 31,8%, diurético 36,4%, estatinas 60,5% y ácido acetil salicílico 79,5%.

Conclusiones: La diabetes es un Factor de riesgo asociado a cardiopatía en casi la mitad de nuestra población. La presencia de otros FRCV en esta población era elevada. La gran mayoría presentaba cardiopatía isquémica. Una escasa proporción de pacientes con cardiopatía cumple con los objetivos recomendados de lípidos plasmáticos. El empleo de fármacos recomendados con beneficio probado según evidencia científica podría mejorarse.

Palabras clave: Diabetes Mellitus (Diabetes Mellitus), Heart Disease (enfermedad cardíaca), Primary health care (Atención Primaria).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Estar informados de los hábitos de vida saludables, marca diferencia en el ámbito de la salud. Papel del médico de familia

García González L¹, Rodríguez González MJ², García González FJ³, Díaz Mengibar F¹, Benítez Rodríguez E⁴, Prieto Uceda M⁵

¹ Médico de Familia. SAU Hospital de Jerez

² Médico de Familia. Dispositivo de apoyo al Distrito sanitario Cádiz-Bahía la Janda

³ Enfermero. Dispositivo de apoyo al Distrito Cádiz-Bahía La Janda

⁴ Especialista en Medicina Preventiva. H. U. Puerta del Mar de Cádiz

⁵ Médico de Familia. Servicio de urgencias del Hospital de Vélez Málaga

Título: Estar informados de los hábitos de vida saludables, marca diferencia en el ámbito de la salud. Papel del médico de familia.

Objetivos: Identificar grado de información sobre hábitos de vida saludable. Determinar conocimiento y cumplimiento de estos.

Diseño: Estudio descriptivo primer trimestre 2009.

Emplazamiento: Se realizó en dispositivo de apoyo a distrito sanitario de atención primaria y Hospital.

Población y muestra: Seleccionamos dos grupos, profesionales del ámbito de la Salud y otro no relacionados con este. Criterios de exclusión entre 18 y 70 años.

Intervenciones: Medimos variables: personal sanitario / no sanitario (PS / PNS), edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), factores de riesgos cardiovasculares, conocimiento y cumplimiento de vida saludable, hábitos tóxicos y actividad física-deportiva. Recogidas mediante una encuesta.

Resultados: Fueron 160 usuarios, 51% PS y 48% PNS. 75,6% mujeres PS- edad media 45 años (DE 7,4); 60% mujeres PNS- edad media 43 años (11,9

DE) (p=0,043). IMC en PS 24,5 (3,49 DE), en PNS 24,9 (3,68DE) (p=0,55). Hipertensos 13,4% PS, 21,8% PNS (p=0,2); diabéticos 7,3% PS, 1,3% PNS (p=0,1); dislipémicos 18% PS, 7,7% PNS (p=0,06). Reconocían obesidad 13% PS, 6,4% PNS (p=0,18). Conocían hábitos saludables 94% PS, 91% PNS (p=0,5). Cumplían dieta equilibrada 66% PS, 60% PNS (p=0,7). Fumadores 33% PS y 28% PNS (p=0,6). Consumían alcohol 29% PS y 45% PNS (p=0,05). Realizan actividad física 67% PS y 77% PNS (p=0,2), actividad deportiva 55% PS y 64% PNS (p=0,2).

Conclusiones: Predomina en ambos grupos mujeres adultas jóvenes sin sobrepeso. Conocían los hábitos saludables aunque poco más de la mitad reconocía cumplir una dieta equilibrada. Predomina diabetes, dislipemia, obesidad y tabaquismo en sanitarios. Consumían más alcohol y realizaban más actividad física-deportiva en PNS. Deberíamos mejorar la información desde atención primaria en PS y PNS, puesto que refieren conocer pero no cumplen, es incluso peor el cumplimiento en PS que en PNS.

Palabras clave: Healthy habits (hábitos saludables), exercises (ejercicio), Primary health care (Atención primaria).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Patología leve en urgencias: la percepción del paciente

Bitaubé Mata C¹, Lopera Arroyo L¹, Estella García A², Paul Navarro F²

¹ Centro de Salud San Benito. Distrito Jerez Costa Noroeste.

² SCCU Hospital del SAS de Jerez

Título: patología leve en urgencias: la percepción del paciente.

Objetivos: los motivos de consulta en Urgencias se clasifican en 4 niveles según la gravedad; el nivel 4 corresponde a Urgencias no objetivables.

Objetivos: describir las características de los enfermos que consultan por patología leve, y analizar las causas por las que acuden a Urgencias hospitalaria.

Material y métodos:

Diseño: estudio descriptivo en Urgencias de un hospital de 2º nivel.

Población de estudio: enfermos clasificados en triaje como niveles 4 durante 3 días elegidos al azar.

Análisis estadístico: mediante el programa SPSS 15.

Método: Se realizó una encuesta a la salida de la consulta de Urgencias.

Resultados: 100 enfermos fueron entrevistados: 43 hombres y 57 mujeres. La edad media fue 42

años. El 17% tenía patología crónica. Un 18% había consultado en Urgencias tres o más veces en el último año.

Un 16% consideraba su motivo grave, 49% moderado y 35% leve. Un 29% desconocía el nombre de su médico y un 7% su centro de salud. Un 56% acudió a Urgencias directamente sin consultar previamente en su centro de salud. El 89% está satisfecho con la atención recibida; lo que menos les ha gustado ha sido el tiempo de espera.

Conclusiones:

- El perfil del enfermo con patología leve es adulto de edad media sin antecedentes médicos de interés.
- La mayoría de los enfermos tenía una percepción de gravedad distinta a la asignada en triaje.
- Más de la mitad no consultó previamente en su centro de salud y aproximadamente un tercio de los enfermos no conoce a su médico de atención primaria.

Palabras clave: patología (pathology), urgencias (urgency), paciente (patient).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Grado de implantación del portafolio entre los residentes de medicina familiar

Torío Durantez J¹, Valverde Bolívar FJ², Cozar García I², Moreno Corredor A²

¹ Médico de familia. Delegación Provincial de Salud

² Médico de familia. Unidad Docente de Medicina de Familia, Jaén

Título: Grado de implantación del portafolio entre los residentes de medicina familiar

Objetivo: conocer el grado de implantación del portafolio entre los residentes de medicina familiar y comunitaria (MFyC)

Diseño: estudio descriptivo transversal mediante encuesta

Emplazamiento: Unidad Docente Provincial de MFyC.

Población y muestra: 70 médicos residentes de primer, segundo y tercer año.

Variables: datos sociodemográficos y laborales, tareas e informes de autorreflexión incluidos en el portafolio, utilización de la guía de competencias y periodicidad de los encuentros tutor-residente. Se efectuó análisis descriptivo de los datos.

Resultados: la mayoría de las tareas son realizadas e incluidas en el portafolio, especialmente aquellas incorporadas hace tiempo: caso clínico con abordaje integral (100%), agenda formativa en entrevista que incluye videograbación (95%), sesiones clínicas (100%), búsqueda bibliográfica

sistematizada (95%), protocolo de investigación (96%). Menor frecuencia presentan aquellas más novedosas, como el incidente crítico (40 a 55% según año de residencia) o el tema evaluado críticamente (64%).

Tras la tarea, el 75% de los residentes analiza las competencias adquiridas y las áreas de mejora, pero el informe de autorreflexión sólo se incorpora en el 50% de los casos; los residentes de primer año lo incluyen con más frecuencia. La guía de competencias es mayoritariamente utilizada en el primer año (78%), y algo menos en el segundo y tercero (65%). El 40% de los residentes mantienen encuentros programados con su tutor, pero en la mitad de los casos no se incorporan al libro del especialista en formación.

Conclusiones: el grado de implantación del portafolio es alto, si bien es preciso aumentar los informes de autorreflexión y los encuentros programados tutor-residente.

Palabras clave: Family Practice / education (medicina de familia / educación); Education, Medical, Continuing / methods (métodos de educación médica continuada); Questionnaires (cuestionarios).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Efectividad y factibilidad de la implantación del cribado de retinopatía diabética en atención primaria

Soler Sánchez M, Fenández-Tavora Pérez V, Ortega Carpio A, Ballesterro Cano JA, Rodríguez Dujat Des Allimes M, Pérez Barroso A

CS El Torrejón. Huelva

Título: Efectividad y factibilidad de la implantación del cribado de retinopatía diabética en atención primaria.

Objetivo: Evaluar los resultados y factibilidad de la implantación del cribado de Retinopatía Diabética (RD) en diabéticos tipo-II.

Metodología: Estudio descriptivo longitudinal “antes–después” sin grupo control. Centro de Salud Urbano. Variable principal: pacientes con RD tras cribado masivo mediante Retinografía. Variables secundarias: Retinografías realizadas y causas de no realización. Recogida de datos prospectiva (Marzo-2006 Diciembre-2008). Análisis descriptivo de medidas de tendencia central; la comparación de variables se realizó mediante Chi-cuadrado y t-student.

Resultados: Al principio del estudio existían 108 diabéticos (7,3%) de los cuales el 90% no se habían estudiado la retina en los últimos 5 años; 3% presentaban RD y 7% situación domiciliaria. Actualmente hay 116 DM (7,8%); se han incorpora-

do 28 diabéticos al cupo, ha habido 3 traslados y 17 exitus, realizándose 102 Retinografías. No encontramos diferencias significativas entre ambas poblaciones de diabéticos. Persisten un 4% sin Retinografía, 1% sin Retinografía por no consentimiento, 7% con Retinografía no valorable, 8% en situación domiciliaria, 52% sin RD y 28% con RD. El 51,2% de las RD detectadas es leve, 33,3% moderada y 15,2% severa o proliferativa.

Conclusiones: La prevalencia de RD tras cribado masivo es del 28% (IC95%:20,1-36,2), nueve veces más que la prevalencia inicial conocida, y solo en la mitad de los casos leve. Un 16% de la población no es candidata por opacidad de medios, falta de colaboración, situación domiciliaria o no consentimiento. El 56% persiste en el programa bianual de cribado que obligaría a efectuar Retinografía anual a la mitad en ausencia de factores de riesgo, lo que supone unas 32 RG por cupo (IC95%:20-36).

Palabras clave: Diabetic Retinopathy (Retinopatía Diabética), Screening (Cribado).



COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación de la calidad de registro en diraya dentro del programa de embarazo, parto y puerperio en un centro de salud urbano

Pendón Fernández S

Médico de Familia. Área Sanitaria Axarquía. Málaga

Título: Evaluación de la calidad de registro en DIRAYA dentro del programa de embarazo, parto y puerperio en un centro de salud urbano.

Objetivo: Evaluar si se está registrando correctamente dentro del programa diraya, el seguimiento en consulta de Atención Primaria de las embarazadas en un centro de salud urbano andaluz.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: Centro de Salud de Nerja, Málaga.

Población y muestra: Mujeres embarazadas atendidas en el centro entre noviembre 2008 y febrero 2009. Se estudiaron 88 historias clínicas.

Intervención: Se estudiaron seis criterios, basándonos en el Proceso asistencial Integrado de Embarazo. Se consideraron unos estándares de calidad basándonos en la evidencia científica disponible.

Resultados: Únicamente el criterio de captación de la embarazada antes de la semana 12 se cumple (95,45%). Los otros cinco criterios quedan bastante lejos de los estándares establecidos, especialmente aquellos que hacen referencia a la coordinación entre niveles asistenciales (hospital y laboratorio): Registro del resultado de O'Sullivan 62,5%), Registro de TA, peso y latido fetal (89,5%), realización de urocultivo en primer trimestre (57,9%), registro de grupo Rh (66,5%) y realización de Exudado vaginorectal (60,2%). No existe uniformidad en los profesionales a la hora de registrar los datos dentro del programa Diaria.

Conclusiones: En la actualidad se debe mejorar el registro dentro del programa Diraya en el seguimiento de las embarazadas. Debemos encontrar los mecanismos que fomenten el correcto uso de este programa, así como la coordinación entre los diferentes profesionales de cara a mejorar el registro en la Historia clínica digital.

Palabras clave: Pregnancy, guarantee, quality.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Educación maternal en una unidad de gestión clínica rural

Delgado Pérez MP¹, Olmo Navas MM², López Fernández D³, Pérez García MD³, García García E¹, Moreno Martos HM⁴

¹ Médico de Familia, UCG Alto Andarax. Almería

² Médico de Familia, UCG Alcazaba. Almería

³ DUE, UCG Alto Andarax. Almería

⁴ Médica de Familia, Unidad Docente MFyC. Distrito Sanitario Almería

Título: educación maternal en una unidad de gestión clínica rural.

Objetivos: Describir perfil de embarazadas controladas en Unidad de Gestión Clínica rural.

Conocer grado de aceptación, opinión, satisfacción y repercusión de Educación Maternal (EM).

Detectar diferencias en lactancia, demanda en consulta médica / pediátrica entre las que realizan EM y no realizan.

Diseño: Estudio observacional descriptivo

Emplazamiento: Atención Primaria (AP).

Población y muestra: 94 mujeres embarazadas controladas en AP con fecha de parto Enero-Diciembre 2008.

Intervenciones y variables: Encuesta de satisfacción valorando: V.demográficas (edad, e. civil, estudios, trabajo, nacionalidad), V. gineco-obstétricas (nº hijos, abortos, embarazo buscado [si/no], captación precoz [si/no], tipo parto, eventualidad durante parto), EM (si/no): repercusión (decisión epidural, control psicológico, respiraciones, autocuidados, cuidados RN, lactancia). Visitas Médico / pediatra en tres primeros meses.

Análisis estadístico: Descriptivo: v.cualitativas: frecuencias; v.cuantitativas: media, desviación estándar (DE), intervalos confianza.

Chi cuadrado: v.cualitativas, t student: v.cuantitativas.

Resultados: 82 mujeres (12 pérdidas: 6 abortos) edad media 30 DS:5; 88% casadas, 11% solteras, 88% españolas, 44% estudios primarios, 27% superiores, 12% sin estudios, 54% trabajan, 39% 1º embarazo, 43% más dos hijos, 29% antecedente aborto. 83% embarazo buscado, 96% captación precoz, 63% parto espontáneo, 63% epidural, 62% ninguna eventualidad, 79% visita puerperal. Mujeres con 1º embarazo hacen más EM (50% / 27% $p < 0,037$). El 51% realiza EM, motivo más frecuente de noEM: trabajo (38%), cuidado hijos (27%). 86% asisten a mayoría de sesiones, sesión más interesante cuidados RN (36%). 82% mejor control psicológico, 75% ayuda respiración, 78% no ayuda a decidir epidural, 70% ayuda a autocuidados, 97% ayuda cuidados RN. 92% están satisfechas.

No hay diferencias entre EM/no EM: lactancia mas de 3 meses (50% EM/50% noEM), no consulta médica (51% EM/ 49% noEM); no consulta pediátrica (56% EM/ 43% noEM).

Conclusiones: Mujer joven casada española con estudios, la mayoría trabaja fuera y no es su 1º embarazo, es embarazo buscado, se captan precozmente.

La mitad realizan EM, ayudándole al control psicológico, respiraciones, autocuidados y cuidados del RN.

No hay diferencias en cuanto a lactancia, visita al médico / pediatra.

Palabras clave: maternal education (educación maternal), lactation (lactancia), primary care (atención primaria).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Estudio de los accidentes de tráfico atendidos por un Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU)

Sánchez García B¹, Ariza Marín F², Rodríguez García JM³, Sánchez Galera A², Payares Cordero MP¹, Rodríguez Torres M⁴

¹ Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pinillo Chico. El Puerto de Santa María (Cádiz)

² Enfermera. DCCU. El Puerto de Santa María (Cádiz)

³ Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. DCCU. El Puerto de Santa María (Cádiz)

⁴ Médico. DCCU. El Puerto de Santa María (Cádiz)

Título: Estudio de los accidentes de tráfico atendidos por un Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU).

Objetivos: Conocer la estadística de los accidentes de tráfico atendidos por un DCCU durante el año 2008.

Diseño: Estudio observacional descriptivo y retrospectivo.

Emplazamiento: Población general implicada en accidente de tráfico.

Población y muestra: Pacientes heridos en accidentes de tráfico en El Puerto de Santa María, atendidos por un DCCU durante el año 2008.

Intervenciones: Revisión de las historias pertenecientes a accidentes de tráfico atendidos por un DCCU en el Puerto de Santa María durante el año 2008.

Resultados: Se revisaron 230 historias, resultante de 183 accidentes de tráfico, de ellas 143 correspondían a hombres (62%) y 87 a mujeres (38%).

Del total de heridos, 26 (11.4%) cumplían criterios de politraumatizados, siendo 19 (73%) hombres y 7 (27%) mujeres.

El mes con más heridos fue Mayo 32(14%) y el jueves el día de la semana con más siniestros 31(17%). El horario diurno (de 8:00 a 20:00) fue donde tuvo lugar el mayor número de heridos 173 (76%).

Con respecto a la gravedad de los accidentes, en el tramo diurno se produjeron 18 heridos graves (un 10% del total de los heridos diurnos) y 8 fueron heridos graves en el tramo nocturno (un 14% del total de los heridos nocturnos).

Conclusiones: A pesar de esperar un aumento de la siniestralidad en los meses de verano y en los fines de semana, cuando la población aumenta en esta área sanitaria, observamos que el mes de Mayo y los jueves es cuando se producen más accidentes.

También resaltar un mayor índice de accidentes en la población masculina. Aunque la mayoría de los accidentes se producen de día, es durante la noche donde tiene lugar los más graves.

Palabras clave: Traffic accidents (accidents de tráfico), injury severity score (grados de severidad), polytrauma (politraumatizado).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¡Me quiero morir!

Sánchez García B¹, Ariza Marín F², Rodríguez García JM³, Payares Cordero MP¹, Rodríguez Torres M⁴, Sánchez Galera A²

¹ Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pinillo Chico. El Puerto de Santa María (Cádiz)

² Enfermera. DCCU. El Puerto de Santa María (Cádiz)

³ Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. DCCU. El Puerto de Santa María (Cádiz)

⁴ Médico. DCCU. El Puerto de Santa María (Cádiz)

Título: ¡Me quiero morir!

Objetivos: Conocer las características de los intentos de autolisis atendidos por un Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) durante el año 2008.

Diseño: Estudio observacional descriptivo y retrospectivo.

Emplazamiento: Población general con intento de autolisis.

Población y muestra: Pacientes con intento de autolisis o consumación del mismo atendidos por un DCCU en El Puerto de Santa María durante el año 2008.

Intervenciones: Revisión de las historias pertenecientes a intentos de autolisis atendidos por un DCCU en el Puerto de Santa María durante el año 2008.

Resultados: Se revisaron 53 historias de intentos de autolisis, de ellas 20 eran hombres (38%) y 33 mujeres (62%).

En el horario diurno (de 8:00 a 20:00) hubo 35 casos (66%).

De ellos, 32 injirieron benzodiacepinas (BZD) (57%), 7 consumieron otros productos (12 %), 6

utilizaron objetos cortantes (11%), 3 se ahorcaron (5%), 3 se arrojaron contra un vehículo (5%), 2 utilizaron lejía (4%), 2 inhalaron gas (4%), 1 se precipitó (2%). En 3 casos utilizaron combinación de los anteriores métodos (6%).

Estratificados por edad: entre 15 - 24 años, 6 casos (11%), de 25 - 34 años, 10 atendidos (19%), entre 35 - 44 años, 15 pacientes (28%), de 45 - 54 años, 13 casos (25%), en mayores de 55 años hubo 9 sucesos (17%).

Dos consiguieron su fin (4%): una mujer ahorcándose y un hombre arrojándose contra un vehículo.

Conclusiones: La población femenina realiza más intentos de autolisis, siendo la toma de BZD el método más utilizado (mediación prescrita por un facultativo).

La población entre los 35 y 54 años es la más afectada, por ello deberemos prestar más atención para detectar alteración del estado de ánimo en este grupo de pacientes.

Palabras clave: Attempted suicide (intento de autolisis), benzodiazepines (benzodiacepinas), emergency medical services (servicio de urgencias médicas).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Relación del mecanismo de accidente de tráfico con el politraumatizado (PTM)

Sánchez García B¹, Rodríguez García JM², Ariza Marín F⁴, Rodríguez Torres M³, Sánchez Galera A⁴, Payares Cordero MP¹

¹ Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pinillo Chico. El Puerto de Santa María (Cádiz)

² Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. DCCU. El Puerto de Santa María (Cádiz)

³ Médico. DCCU. El Puerto de Santa María (Cádiz)

⁴ Enfermera. DCCU. El Puerto de Santa María (Cádiz)

Título: Relación del mecanismo de accidente de tráfico con el politraumatizado (PTM).

Objetivo: Conocer las características (tipo de vehículo implicado, uso del casco, pacientes politraumatizados) de los accidentes de tráfico que son atendidos por un Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) en El Puerto de Santa María durante el año 2008.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: Población general implicada en accidente de tráfico.

Población y muestra: Pacientes heridos en accidentes de tráfico en El Puerto de Santa María, atendidos por un DCCU durante el año 2008.

Intervenciones: Revisión de las historias pertenecientes a accidentes de tráfico atendidos por un DCCU en el Puerto de Santa María durante el año 2008.

Resultados: De los 183 accidentes de tráfico, con 230 heridos resultantes, en 57 (31%) de ellos es-

tuvo implicado un turismo. En 104 casos (57%) fueron motos las implicadas, 91 de ellos iban con casco (87.5%) y 13 (12.5%) transitaban sin el mismo. En bicicleta circulaban 2 (1%) y 20 (11%) fueron peatones atropellados.

Destacar que 26 eran PTM, de los cuales 4 iban en un turismo (15%), 9 en moto con casco (35%), 3 sin casco (11%), 9 fueron atropellados (35%) y 1 circulaba en bicicleta (4%).

Respecto al total de accidentados en moto con PTM, tenemos que el 10% circulaba con casco y el 23% no lo llevaba.

Conclusiones: A la vista de los resultados podemos afirmar que los conductores de motos son más susceptible de sufrir un PTM que los que van en turismo, no hace falta decir que los que no llevan casco tiene más riesgo de PTM. Las personas más desprotegidas son los peatones que sufren atropello, y es donde tuvo lugar el único fallecido en el año 2008.

Palabras clave: Motorcycle (motocicleta), automobile (coche), polytrauma (politraumatizado).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia y concordancia de las derivaciones de atención primaria a consultas especializadas de digestivo de un hospital comarcal

López García-Ramos L¹, Morenas Gallardo ME², Pedregal González M³, Maraver García A², Abdel-Kader Riego Y¹, Talavera Fabuel A²

¹ Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Adoratrices

² FEA de la unidad de Patología Digestiva Hospital Infanta Elena

³ Médico de Familia y Comunitaria de la Unidad Docente de Huelva

Título: prevalencia y concordancia de las derivaciones de atención primaria a consultas especializadas de digestivo de un hospital comarcal.

Objetivo: Conocer los motivos más frecuentes de derivación desde atención primaria a consulta gastroenterología, la necesidad de pruebas complementarias, concordancia con el informe final y seguimiento posterior del paciente.

Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: Consultas externas de gastroenterología de un hospital comarcal.

Población a estudio: Informes emitidos de la consulta de digestivo durante 6 meses.

Criterios de selección: Se recogieron las visitas de primera consulta derivadas de atención primaria.

Muestra: Se calculó sobre el 50% de frecuencia, con error absoluto de 6% e intervalo de confianza del 95%, muestra: 267 informes.

Variables y métodos de evaluación de la respuesta:

Los motivos de derivación se clasifican en grupos sindrómicos.

Pruebas diagnósticas solicitadas.

Juicio clínico del informe y coincidencia con la derivación.

Derivación posterior del paciente.

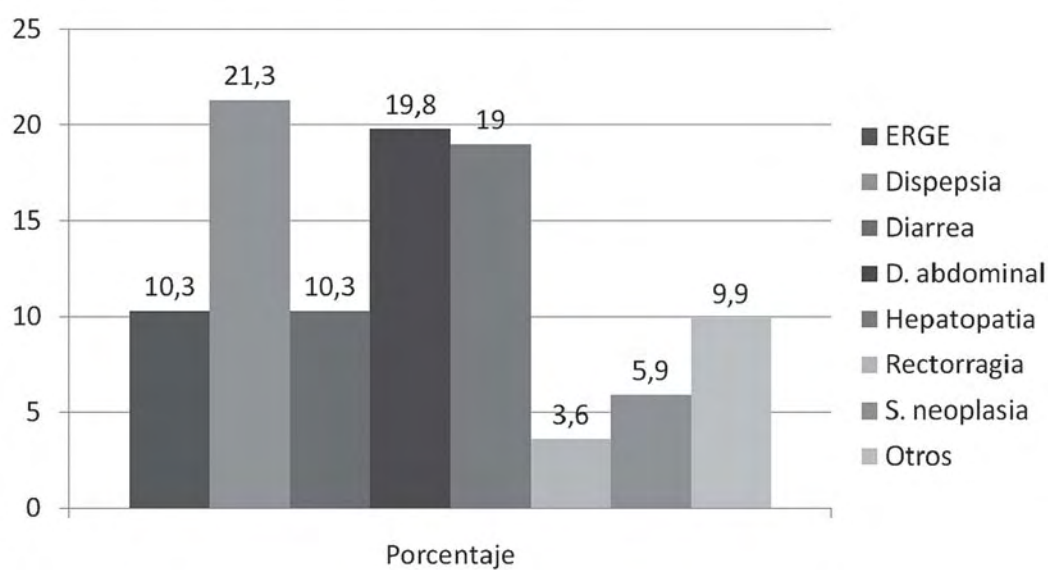
Resultados: Se recogieron 280 informes, el 61% de los pacientes son mujeres y la edad es de 48.7 años (IC 46.5-50.9). El motivo más frecuente de consulta son los síntomas y signos de dispepsia con 21.3% (IC 16.5-26.9), seguido de dolor abdominal (19.8%) y hepatopatía (19%). Las pruebas complementarias más frecuentes son: analítica 65% (IC 59.1-70.5) y ecografía abdominal 41% (IC 35-47). La coincidencia porcentual entre el motivo de derivación de primaria y el juicio clínico del informe de digestivo es del 53.8% (IC 47.4-60) y el Kappa es 0.48 (IC 0.41-0.55). El seguimiento del paciente pasa al médico de atención primaria en el 65.3% (IC 59-71).

Conclusiones: La mayoría de las derivaciones son para diagnóstico y precisa pruebas complementarias. El seguimiento de la mayoría de estos pacientes se realiza en atención primaria. La concordancia entre los diagnósticos de ambos profesionales es moderada. Creemos necesario poder solicitar mayor número de pruebas desde atención primaria, así como la mejora en la relación entre ambos profesionales para mejorar la calidad asistencial.

Palabras claves: Primary health care. Epidemiology. Referral and consultation. Hospital care. Gastroenterology. (Atención

primaria. Epidemiología. Remisión a hospital. Atención hospitalaria. Gastroenterología).

Motivos de derivación desde Atención Primaria.



COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Patrón de consumo y conducta frente al alcohol en población adolescente escolarizada

Díaz García R, Mateos Esteban A, Navarro Ortiz M, García Ortiz JC

MIR MFyC. CS San Benito, Distrito Jerez Costa Noreste

Título: patrón de consumo y conducta frente al alcohol en población adolescente escolarizada.

Objetivos: Estimar la prevalencia del consumo de alcohol en población adolescente. Identificar los patrones de consumo y factores asociados.

Material y Método:

-Diseño: Descriptivo transversal.

-Emplazamiento: Zona Básica CS San Benito, Distrito Jerez Costa Noroeste.

-Población de estudio: Jóvenes de cuatro Centros Educativos, cursando 2º ESO y 2º Bachillerato. Muestra obtenida (186 encuestas), mediante muestreo por conglomerados.

-Intervenciones: Selección de 4 centros (2 públicos y 2 privados), escogiendo de manera aleatorizada 1 clase de cada nivel. Datos obtenidos mediante cuestionarios anónimos autoadministrados en curso 2008-2009. Analizado mediante SPSS v15.

-Principales Variables: edad, sexo, curso, edad de inicio, tipo de bebidas y lugar de consumo, hábitos de los padres y necesidad de mayor información.

Resultados: la edad media fue 15,2 (Intervalo de 12 a 20) años, el 54,8% pertenecían a 2º bachillerato y el 45,2% a 2º ESO, un 58,1% fueron mujeres. El 72,6% probaron el alcohol entre los 12-14 años y el tipo de bebida elegido, cubatas. El 38,7% beben en ocasiones especiales y el 27,4% los fines de semana. El lugar de consumo habitual es discoteca y botellón y principalmente con amigos (57%). El 38,2% reconoce haberse embriagado alguna vez. No encontramos diferencias por sexo en la edad de inicio ni en los patrones de consumo; tampoco entre el consumo habitual de los padres e hijos.

Conclusiones: la edad de inicio del consumo es precoz y no difiere entre sexos, el patrón está fuertemente relacionado con la interacción social y el ocio.

Palabras clave: (Adolescente) adolescencia, (Alcohol), consumo (Consumption).



COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Manejo inicial de emergencias en centros de atención primaria

García Ortiz JC¹, Díaz García R¹, Estella García A², Lobato R³, Mateos Esteban A¹, Navarro Ortiz M¹

¹R4 MFyC CS San Benito, Jerez, Cádiz

²FEA, UCI Jerez, Cádiz

³EPES-061, Puerto Real, Cádiz

Título: Manejo inicial de emergencias en centros de atención primaria.

Objetivos: Las emergencias son hechos inesperados que pueden ser atendidos en un centro de salud. El tratamiento inicial no debe posponerse en espera de traslado al hospital. Los objetivos son describir características clínicas y resultados de pacientes inicialmente tratados en un centro de salud y posteriormente derivados al servicio hospitalario de emergencias.

Diseño: estudio descriptivo.

Emplazamiento: Centros de Salud y hospital de referencia del área sanitaria de Jerez de la Frontera.

Población y muestra: pacientes derivados al servicio de emergencias hospitalario desde centros de salud mediante servicio de emergencias (EPES – 061), registrados entre enero de 2007 y diciembre de 2008.

Intervenciones: datos analizados mediante el paquete informático SPSS 15 y expresados mediante la media $\pm$ la desviación típica.

Resultados: fueron incluidos 80 pacientes consecutivos, de ellos 6 fueron excluidos por falta de datos. La edad media fue $62,9 \pm 15,3$ años, 47 (63,5%) pacientes fueron varones y 27 (36,5%) mujeres, el 79,7% tenían factores de riesgo cardiovascular (FRCV); el 67,6% presentaban historia de HTA, el 43,2% dislipemia, el 45,9% cardiopatía y el 35,1% diabetes. El síndrome coronario agudo (SCA) (31 pacientes/41,9%), la Arritmia (14/18,9%) y el fallo respiratorio (6/8,1%), fueron los diagnósticos hospitalarios mas comunes. De los pacientes estudiados 22 (29,7%), fueron admitidos en consultas médicas, 9 (12,2%), en la unidad de cuidados críticos y 43 fueron dados de alta tras unas horas en observación.

Conclusiones: Los centros de salud atienden anualmente un número significativo de emergencias, los médicos de familia deben estar cualificados para proporcionar los cuidados críticos iniciales antes de derivar al paciente al hospital. La mayoría de pacientes tenían FRCV y el SCA fue el diagnóstico más común.

Palabras clave: Patients transportation, primary health care, hospital emergency service. (transporte de pacientes, atención primaria, servicio de emergencias hospitalarias).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Abordaje del tabaquismo en atención primaria. Utilización del consejo sanitario

López Torres G¹, Hernández Carmona A², Osorio Martos C³, Rodríguez García A⁴, Ramírez Zafra L⁵, de los Ríos Álvarez AM^{a1}

¹ Médico de Familia, CS Cartuja (Granada)

² Médico de Familia, ZSB Villacarrillo (Jaén)

³ Médico de Familia, CS Almanjáy (Granada)

⁴ Diplomada en Enfermería, CS Cartuja y DCCU (Granada)

⁵ Diplomada en Enfermería, Hospital Motril y DCCU (Granada)

Título: abordaje del tabaquismo en atención primaria. Utilización del consejo sanitario.

Objetivo: Evaluar el impacto de la realización de una intervención antitabaco en Atención Primaria. Se hizo propuesta de retirada del hábito tras consejo asistido, realizando un control pasado un mes mediante llamada telefónica al paciente.

Diseño: Estudio descriptivo longitudinal, serie de casos.

Emplazamiento: Centro de salud.

Población y muestra: Durante una semana se les preguntó a todos pacientes que consultaron por cualquier motivo en el Centro de salud (dos consultas médicas y una consulta de enfermería) si eran o no fumadores. Tamaño muestral: 62 fumadores.

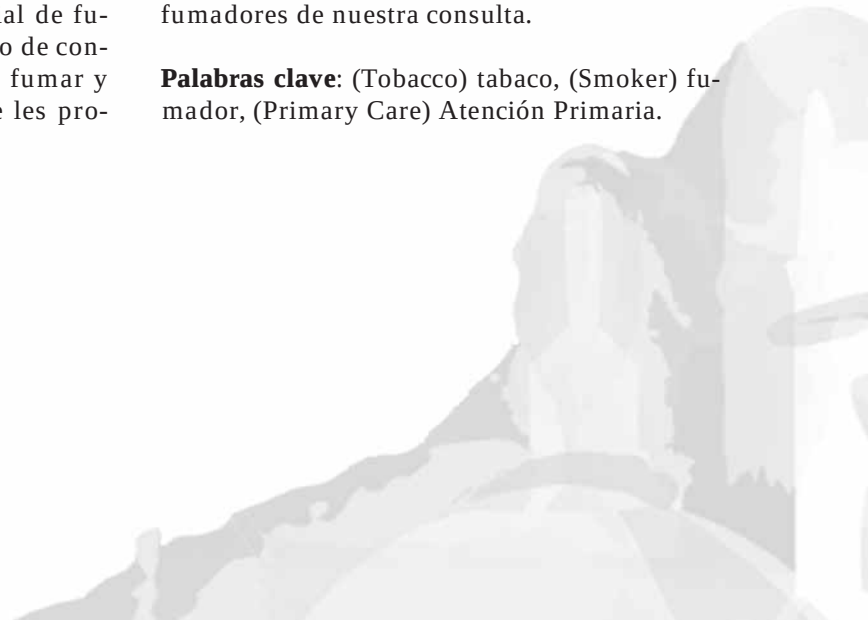
Intervenciones: Se les realizó historial de fumador, recogemos: edad, sexo, tiempo de consumo, intentos previos para dejar de fumar y motivación. A todos los pacientes se les pro-

pone ayuda para dejar de fumar, entregamos material ilustrativo con información sobre los motivos más importantes para abandonar el hábito. Se planteó la intervención quedando con el paciente en realizar consulta de evaluación telefónica al mes. Test chi-cuadrado, y exacto de Fisher.

Resultados: Recogemos 62 fumadores. Edad media 40'3 años (rango 18 y 83 años). 28 mujeres y 34 hombres. Contactamos telefónicamente con 56 pacientes. Han dejado de fumar en este mes 12 pacientes, reducido su consumo 22, y están en tratamiento 9. A todos se les hace un refuerzo positivo al final de la entrevista, ofreciendo consejo asistido en todo momento.

Conclusiones: El consejo sanitario es un recurso infrautilizado, fundamental en el manejo inicial del tabaquismo. Resultando una actividad sumamente satisfactoria y rentable en términos de tiempo y mejora de la situación de los pacientes fumadores de nuestra consulta.

Palabras clave: (Tobacco) tabaco, (Smoker) fumador, (Primary Care) Atención Primaria.



COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Son tan eficaces las infiltraciones en la patología articular como pensamos los médicos de familia?

Linares Ramirez MC¹, Redondo Sánchez J², Cosano Cañada JE¹, Guerrero González P¹, De la Torre Santiago M¹

¹ Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria

² Médico de Familia. Centro de Salud Lucano. Córdoba

Título: ¿son eficaces las infiltraciones en la patología articular como pensamos lo médicos de familia?

Objetivos:

1. Evaluar el número de pacientes que han sido infiltrados en una consulta de Atención Primaria.
2. Determinar si las infiltraciones son eficaces para mejorar la patología periarticular
3. Evaluar la calidad de vida y satisfacción del paciente después de la infiltración.

Diseño: Estudio de intervención. Descriptivo, retrospectivo

Emplazamiento: Centro de Salud urbano

Participantes: 52 pacientes con afección articular y periarticular .

Intervención: Se infiltró localmente en diferentes zonas: hombro, codo, talón, rodilla.

Mediciones principales: Factores sociodemográficos, diagnósticos, número de infiltraciones, localización, tratamientos previos, mejoría del dolor postinfiltración, evolución de dolor, complicaciones o efectos secundarios

Recogida de datos: Revisión de historias clínicas desde marzo /07 a Octubre /08 y posterior entrevista telefónica.

Análisis de datos: Todas las variables fueron analizadas en el programa estadístico SPSS versión 15. Se ha realizado un análisis descriptivo de frecuencias, y χ^2 para variables cualitativas.

Resultados: 52 pacientes fueron infiltrados, con una edad media de 62 ± 13 años, siendo 67% de ellos mujeres. El 73% de los pacientes recibieron entre 1 o 2 infiltraciones. La exostosis del calcáneo (31%) y hombro doloroso (40%) fueron los diagnósticos más frecuentes. El 85% de los pacientes refieren haber encontrado alivio tras la infiltración y el 45.5% de ellos refieren encontrarse sin dolor en el momento de la entrevista telefónica. Sólo el 27% han tomado AINE tras la infiltración y el 80% han mejorado su calidad de vida. Sólo 2 pacientes han presentado complicaciones (hipopigmentaciones)

Conclusiones:

1. Las infiltraciones producen gran mejoría del dolor en patología periarticular.
2. La exostosis de calcáneo y el hombro doloroso son las patologías que más se alivian.
3. Mejoran la calidad de vida y evitan el consumo de AINE
4. No precisan un gran número de infiltraciones y no se observan efectos secundarios importantes.

Palabras clave: infiltración, atención primaria, calidad de vida.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Presencia de obesidad y perímetro abdominal de riesgo en pacientes con DM tipo II con mal control glucémico

Delgado Pérez E¹, Reina González M², Gallego Montiel A³, Barros Rubio C⁴

¹MFyC EBAP CS de Villamartín (Cádiz)

²Enfermero EBAP CS de Ubrique (Cádiz)

³MFyC EBAP CS de Ubrique (Cádiz)

⁴MFyC Unidad Docente de Cádiz

Título: presencia de obesidad y perímetro abdominal de riesgo en pacientes con DM tipo II con mal control glucémico.

Objetivos:

1- Valorar en diabéticos tipo 2 la presencia de obesidad y perímetro abdominal (PA) de riesgo.

2- Identificar factores asociados al mal control glucémico.

Diseño: Estudio observacional transversal.

Población y muestra: Muestra de 128 DM tipo 2 para una confianza del 90% y una precisión del 6% Población: 6024 habitantes, 417 DM tipo 2, captados en consultas de atención primaria. Criterios de inclusión: diabéticos tipo 2 >18 años de ambos sexos con HbA1c reciente. Tamaño muestral: 128.

Intervenciones: Analizamos HbA1c con edad, género, P.A., (I.M.C.) índice de masa corporal, tabaquismo, (HTA) hipertensión arterial, hipolipemiantes, insulina, secretagogos, metformina, acarbosa, higienicodietéticos y corticoides. Analizamos: SPSS v15.0.

Resultados: Predomina: sexo femenino (63% IC90%:55,7-70,3). Medias de: edad: 69,6 años; HbA1c: >7%: 48,8%. Hombres: 48,9% (IC90%: 36,2-61,7) Mujeres: 48,7% (IC90%:39-58,4); PA: 105,2 cm (hombres>102cm: 42,5% (IC90%:30,2-55,5), mujeres>88cm: 93,8% (IC90%: 87,4-97,5) e IMC: 30,4 cm (hombres>30:40,4 (IC90%:28,3-53,4) mujeres>30: 56,7% (IC90%:47,6-65,6). El 49,3% (IC90%: 38, 4-60) de diabéticos mal controlados están obesos. El 64,5% (IC 90%: 53, 3-74,6) de los varones mal controlados tienen P.A. de riesgo., y en el caso de las mujeres el 96,7% (IC 90%: 90, 1-99,4). No encontramos relación significativa entre los que obtienen un control óptimo de la HbA1c y las cifras de P.A. (p 0.85) ni I.M.C. (p 0.37). Sí encontramos relación significativa con el buen control el hecho de tomar metformina, el uso de insulina y la situación de exfumador (p<0,001).

Conclusiones: La alta prevalencia de diabéticos mal controlados obesos y/o con perímetro abdominal de riesgo, hace necesario programas de educación nutricional dirigidos a estos pacientes.

Palabras clave: Abdominal perimeter, Diabetes Mellitus type 2, obesity.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación del programa de detección precoz de retinopatía diabética tras dos años de su implantación. ¿Cómo lo estamos haciendo?

Gonzalez Calvo J¹, Vargas Sánchez C², Maldonado Valenzuela JJ³, Perez Durillo FT²

¹UGC el Valle (Jaén)

²UGC San Felipe (Jaén)

³UGC Virgen de la Capilla (Jaén)

Título: evaluación del programa de detección precoz de retinopatía diabética tras dos años de su implantación. ¿Cómo lo estamos haciendo?

Objetivo: Valorar la cobertura de las retinografías realizadas en Atención Primaria y analizar la concordancia en los diagnósticos emitidos entre médicos de familia (MF) y oftalmólogos.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal, 2007-2008. Se incluyen las retinografías de los pacientes con DM2 de tres Centros de Salud (C.S) urbanos, valorando año de realización, C.S y diagnóstico emitido por MF y oftalmólogos. Los datos se recogen de DIRAYA y del programa informático PDI. La cobertura se calcula como número de retinografías entre número de diabéticos (%).

Resultados: Se realizan en total 677 retinografías sobre un total de 3825 diabéticos (cobertura poblacional del 18% $\pm$ EEP 2,1). En 2007 se realizaron 296 (cobertura 8% $\pm$ 0,5 sobre población diurna) y en 2008 fueron 380 (cobertura 10% $\pm$ 0,5);

diferencias significativas ($p<0,01$ $\div^2$). La cobertura acumulada de un C.S 28% $\pm$ 1,4 duplica la cobertura de los otros 14% $\pm$ 0,9 y 14% $\pm$ 1,0 ($p<0,001$ $\div^2$). Se interpretaron como patológicas por MF un total de 181 retinografías (27% $\pm$ 1,3 del total): 76 en 2007 (11% $\pm$ 0,3) y 105 en 2008 (16% $\pm$ 0,5). Los oftalmólogos interpretan como patológicas 61 (9% $\pm$ 0,3 del total): 21 en 2007 (3% $\pm$ 0,1) y 40 (6% $\pm$ 0,2) durante 2008. La concordancia en 2007 fue débil ($\kappa=0,34$) y en 2008 moderada ($\kappa=0,45$). El C.S con mayor cobertura presenta concordancia leve ($\kappa=0,34$) frente a una concordancia moderada de los otros C.S ($\kappa=0,49$ y 0,46).

Conclusiones: Se incrementa el número de retinografías solicitadas y mejora la sospecha de patología en la lectura de las mismas. Una mayor cobertura puede ser causa de una menor concordancia diagnóstica al aumentar los falsos positivos.

Palabras clave: Diabetes Mellitus tipo 2, retinografías, Atención Primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Detección de problemas psicosociales. Comparación entre niveles asistenciales

Rodríguez Navarro JL¹, Fernandez Perez E¹, Salcedo Castro E¹, Del Ojo Garcia F¹, De los Ríos Álvarez A², Prados Quel MA²

¹Residente de MFyC. CS Cartuja. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Hospital de Rehabilitación y Traumatología. Granada

²Médico adjunto y tutor. CS Cartuja. Granada

Título: Detección de Problemas psicosociales. Comparación entre niveles asistenciales.

Objetivo: Evaluar la detección de pacientes con sospecha de problemas psicosociales (PP) a través de la consulta y utilización de servicios, para valorar si existen diferencias entre las consultas del Centro de Salud (AP) y las del hospital de referencia (AE).

Material y Método: Estudio descriptivo recogiendo datos de pacientes que han consultado en AP y AE en Marzo 2009. Los PP se han detectado por el motivo de consulta (MC): directo (explicitan el PP), problema familiar (PF), acontecimiento vital estresante (AVE), problemas Salud Mental (SM). Se recogen género, edad, estado civil (E), nº de visitas en AP (VAP), presencia de enfermedades crónicas (EC) y polimedicación. El análisis estadístico se ha realizado con estadísticos descriptivos, comparación de muestras independientes, tablas de contin-

gencia (test de Chi- cuadrado) y test exacto de Fisher.

Resultados: Se recogen datos de 73 pacientes: 55 (75%) en AP y 18 (25%) AE. El 76% de los PP detectados en AP son mujeres ($P=0.003$), por edad no hay diferencias significativas (DS). Por E hay DS ($p=0.04$) siendo mas frecuente la monoparentalidad en AP. El 94% de los PP en AP tienen mas de 7 VAP, 61% en AE ($p=0.000$). No encontramos DS en EC, polimedicación ni MC siendo la distribución similar en AP y AE.

Conclusiones: Los PP son más frecuentes en AP, sobre todo son mujeres, que tienen con frecuencia una familia monoparental y acuden con mucha frecuencia a AP. Los MC son similares en AP y AE, no existiendo diferencias entre niveles con respecto a la presencia de EC ni uso de medicación.

Palabras Clave: Social Problem, Family Medicine, Psychosocial Deprivation.



COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Control metabólico de los diabéticos tipo 2 de un área sanitaria

Pérez Durillo FT¹, Maldonado Valenzuela JJ², González Calvo J³, Vargas Sánchez C¹

¹ MIR 4º año de MFyC. UGC San Felipe. Distrito Sanitario de Jaén. Unidad Docente de Jaén

² MIR 4º año de MFyC. UGC Virgen de la Capilla. Distrito Sanitario de Jaén. Unidad Docente de Jaén

³ MIR 4º año de MFyC. UGC El Valle. Distrito Sanitario de Jaén. Unidad Docente de Jaén

Título: Control metabólico de los diabéticos tipo 2 de un área sanitaria.

Objetivo: Evaluar el grado de control metabólico de pacientes diabéticos tipo 2 (DM2) y su relación con el tipo de tratamiento y el sexo.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo transversal.

Emplazamiento: UGC San Felipe, UGC Virgen de la Capilla y UGC El Valle (Distrito Sanitario de Jaén).

Población y muestra: 676 pacientes DM2 incluidos en el proceso asistencial de Diabetes (6% de los diabéticos del Distrito Sanitario evaluado) a los que se les había solicitado una retinografía.

Intervenciones: Se han recogido de la Historia de Diraya las siguientes variables: edad, sexo, peso, talla, HbA1c, años de evolución de diabetes, tipo de tratamiento antidiabético y presencia de hipertensión arterial (HTA).

Resultados: El 56% de los pacientes eran hombres. La edad media fue de 63,5±11,1 años. La

HbA1c media fue 7,0±1,7 mg/dl, el IMC medio 30,7±5,1 kg/m² y tiempo medio de evolución desde diagnóstico 5,7±5,3 años. El 58,2% eran hipertensos (64,3% de las mujeres, 53,2% de los hombres, $p<0,005$) y el 61,3% estaban en tratamiento únicamente con antidiabéticos orales (ADO). Presentaron HbA1c<7 el 57,2% de los hombres y el 66,2% de las mujeres ($p<0,05$) y un IMC<27 el 28,2% de los hombres frente al 19,9% de las mujeres ($p<0,05$). De los pacientes en tratamiento únicamente con medidas higiénico-dietéticas presentan HbA1c < 7 mg/dl alrededor del 90%, frente al 24% de los tratados con ADO más Insulina ($p<0,001$).

Conclusiones: Existe un deficiente control de los DM2 respecto al IMC; siendo aceptable respecto a HbA1c, principalmente en los tratados únicamente con ADO. Evidenciamos un elevado porcentaje de pacientes diabéticos e hipertensos. La mayoría de DM2 reciben tratamiento farmacológico basado principalmente en ADO.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, Type 2 (Diabetes Mellitus Tipo 2). Primary Health Care (Atención Primaria de Salud). Hemoglobin A, Glycosylated (Hemoglobina A Glucosilada).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Proceso cáncer de cérvix: revisión de las citologías realizadas en una unidad de gestión clínica durante 2 años

Pérez Durillo FT¹, Ribes Bautista AI², Reche Navarro C², Vargas Sánchez C¹

¹ MIR 4º año de MFyC. UGC San Felipe. Distrito Sanitario de Jaén. Unidad Docente de Jaén

² Especialista en MFyC. UGC San Felipe. Distrito Sanitario de Jaén

Título: Proceso cáncer de cérvix: revisión de las citologías realizadas en una unidad de gestión clínica durante 2 años.

Objetivo: Analizar cobertura y resultados de las citologías realizadas en una Unidad de Gestión Clínica (UGC) durante 2 años y compararlas.

Diseño: Estudio descriptivo.

Emplazamiento: UGC San Felipe (Distrito Sanitario de Jaén).

Población y muestra: Mujeres a las que se les realizó citología cérvico-vaginal durante 2007 y 2008 (1201).

Intervenciones: Revisión de los informes de anatomía patológica de todas las citologías. Se han recogido las siguientes variables: Edad, calidad de la muestra, ausencia de células endocervicales, utilización escobillón/cepillo, cambios celulares benignos y anomalías celulares epiteliales.

Resultados: La edad media fue $38,6 \pm 11,0$ años. La cobertura fue del 8,7% (2007) y 10,8% (2008), variable por grupos de edad. No se observaron

células endocervicales en el 30,3% y tras la sustitución del escobillón de algodón por el cepillo endocervical este porcentaje descendió a 17,9% ($p < 0,001$). Existían cambios celulares benignos en el 55,6% (2007) y 47,2% (2008) de los casos ($p < 0,005$). Se observaron anomalías celulares epiteliales en el 5,9% (2007) y 8,3% (2008) de las pacientes y el porcentaje de muestras insatisfactorias fue de 1,3% (2007) y 1,0% (2008) sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas en ambos casos.

Conclusiones: Se ha aumentado la cobertura en el año 2008. Las muestras insatisfactorias han sido muy inferiores al 5%, cumpliéndose el criterio de calidad del proceso. El número de muestras con ausencia de células endocervicales ha disminuido con el empleo del cepillo endocervical. En más de la mitad de los casos se informa sobre cambios celulares benignos; opinamos que esta información puede provocar ansiedad e incertidumbre en las mujeres que participan en una actividad preventiva.

Palabras clave: Primary Health Care (Atención Primaria de Salud). Vaginal smears (Frotis vaginal). Uterine cervical neoplasms (Neoplasias del cuello uterino).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Seguimiento de las citologías patológicas en el proceso cáncer de cérvix

Pérez Durillo FT¹, Ribes Bautista AI², Vargas Sánchez C¹, Reche Navarro C²

¹ MIR 4º año de MFyC. UGC San Felipe. Distrito Sanitario de Jaén. Unidad Docente de Jaén.

² Especialista en MFyC. UGC San Felipe. Distrito Sanitario de Jaén

Título: Seguimiento de las citologías patológicas en el Proceso Cáncer de Cérvix.

Objetivo: Revisar las historias de las mujeres con citologías patológicas de una Unidad de Gestión Clínica para analizar las actuaciones y resultados.

Diseño: Estudio descriptivo.

Emplazamiento: UGC San Felipe (Distrito Sanitario de Jaén).

Población y muestra: Mujeres a las que se les realizó citología cérvico-vaginal durante 2007 y 2008 (1201).

Intervenciones: Revisión de las historias clínicas de las mujeres que tuvieron una citología con lesión epitelial o malignidad. Las variables estudiadas son edad, médico, tipo de lesión (ASC: Atipia de células escamosas de significado incierto; SIL: Lesión intraepitelial escamosa; AGC: Atipia de células glandulares de significado incierto), plan de actuación y resultado del mismo.

Resultados: De todas las citologías (1201) realizadas se detectaron 88 casos (7,3%) con anoma-

lía celular epitelial de las cuales 80 correspondían a la primera citología patológica (58 ASC, 15 SIL, 4 AGC y 3 ASC+AGC). La edad media fue de 35,6±11,0 años. Las actuaciones fueron: 60% se repitió la citología, 27,5% se derivó a Ginecología y 5% se hizo un estudio para detectar el Virus del Papiloma Humano (VPH), no existiendo registro en el 7,5% de los casos. De las 48 citologías que se repitieron, el 58,3% fueron negativas para lesión epitelial o malignidad, en el 14,6% se detectó ASC, en el 8,3% SIL y en el 18,8% no consta registro. De todas las mujeres estudiadas se registraron 2 casos de cáncer de cérvix.

Conclusiones: No en todos los casos se repitieron las citologías patológicas en Atención Primaria como indica el proceso. La mayoría de las citologías de confirmación fueron normales. Desconocemos los resultados finales de casi todos los casos derivados a Ginecología.

Palabras clave: Primary Health Care (Atención Primaria de Salud). Vaginal smears (Frotis vaginal). Uterine cervical neoplasms (Neoplasias del cuello uterino).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Cómo derivamos las incontinencias de urgencia y mixtas a las Unidades de Suelo Pélvico (USP) desde atención primaria?

Alarcón Manoja E¹, Coronilla Carbonell M²C², Serrano Muñoz M³J³

¹ R3 Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz

² R3 Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rodríguez Arias. San Fernando (Cádiz)

³ Adjunta Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz

Título: ¿Cómo derivamos las incontinencias de urgencia y mixtas a las Unidades de Suelo Pélvico (USP) desde Atención primaria?

Objetivo: Identificar el volumen de pacientes derivados sin tratamiento previo (anticolinérgico o reeducación vesical).

Valorar la indicación quirúrgica en estos pacientes.

Evaluar la respuesta al tratamiento prescrito en la USP.

Material y Método: Estudio transversal, un total de pacientes (417) derivados por incontinencia a la USP al Hospital Universitario Puerta del Mar, durante un año. Se seleccionan los diagnosticados de incontinencia de urgencia e incontinencia mixta (182), entre los cuales hemos medido las siguientes variables:

- Realización previa de tratamiento farmacológico y/o reeducación vesical.
- Respuesta a los 3-6 meses del inicio de tratamiento, en aquellos que no lo realizaban.
- Número de sujetos que precisaron cirugía.

- Relación de la obesidad con esta patología.

Resultados: El 85,7% de los pacientes que presentaban incontinencia de urgencia o mixta, no habían realizado ningún tratamiento previo a ser vistos en la USP.

Tras el inicio de tratamiento anticolinérgico junto con reeducación vesical, el 31,8% de los pacientes presentaron mejoría a los 3-6 meses; por lo que se podrían haber evitado el 26,9% de las derivaciones de los sujetos diagnosticados de esta patología.

El 22,5% fueron intervenidos, mientras que un 6% no pudieron intervenir por pesar más de 85kg.

El 32,3% del total de derivados presentaban un IMC>30. Y el 36,8% de las que presentaban incontinencia de urgencia y mixta, mostraban un IMC>30.

Conclusión: Los fármacos anticolinérgicos correctamente utilizados acompañados de una adecuada reeducación vesical, y el control de la obesidad, resultan fundamentales en AP para mejorar la atención de estos pacientes.

Palabras clave: Urge urinary incontinence. Mixed incontinence.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Estudio de las causas de mortalidad de la población del Centro de Salud La Merced

Alarcón Manoja E¹, Linares Barrios M², Pozanco Gallego MA³, Coronilla Carbonell M^aC⁴

¹ R3 Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz

² Adjunto Dermatología, HU Puerta del Mar. Cádiz

³ Adjunto de Enfermería. CS La Merced. Cádiz

⁴ R3 Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rodríguez Arias. San Fernando (Cádiz)

Título: Estudio de las causas de mortalidad de la población del Centro de Salud La Merced.

Objetivos: Evaluar los factores más frecuentes asociados a la mortalidad de la población adscrita a un C.S., identificando la existencia o no de factores de riesgo cardiovascular modificables, y relacionándolos con factores inevitables.

Material y Métodos: Se trata de un estudio descriptivo transversal, en el que se ha estudiado el total de defunciones ocurridas durante los años 2007-2008 de los sujetos pertenecientes al C. S. La Merced (el 0,6% del total poblacional), analizando las siguientes variables: DM, DLP, HTA, sexo, la edad, y causa de muerte inmediata.

Resultados Principales: Fallecieron un total de 30 varones y 31 mujeres.

-Se observaron notables diferencias respecto a la edad de la muerte, predominando la banda de edad de 60-80 en varones (66,7%), mientras que en mujeres fue la de $\geq$ 81 años (51,6%).

-Entre las causas fundamentales de muerte destacan en frecuencia las enfermedades cardiacas (27%)(siendo la causa más frecuente tanto en hombres como en mujeres, como en los dos rangos de edad detallados en el punto anterior), el Cáncer (17%), las Afecciones Respiratorias (13%), enfermedades cerebrovasculares (3%) y hepáticas (3%).

-Se detectó Diabetes Mellitus en 48% de los fallecidos, Hipertensión en 52% y Dislipemia en el 22%, coincidiendo en los tres grupos la enfermedad cardiaca, como causa más frecuente de muerte (47,62%, 46,15% y 58,3% respectivamente); hallándose peores controles de estos factores de riesgo en varones.

Conclusiones: Es fundamental una adecuada intervención sobre los factores riesgos cardiovascular, y fomentar hábitos de vida cardiosaludables en nuestra población de estudio (sobre todo en los varones), con la finalidad de "Mejorar la calidad de vida".

Palabras clave: Risk Factors, Mortality.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Intervención bucodental en pacientes acogidos al programa con heroína supervisada PSP-PEPSA

Romero M¹, March JC¹, Urquia M²

¹Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

²CS Zaidín Centro. Granada

Título: Intervención bucodental en pacientes acogidos al Programa con heroína supervisada PSP-PEPSA.

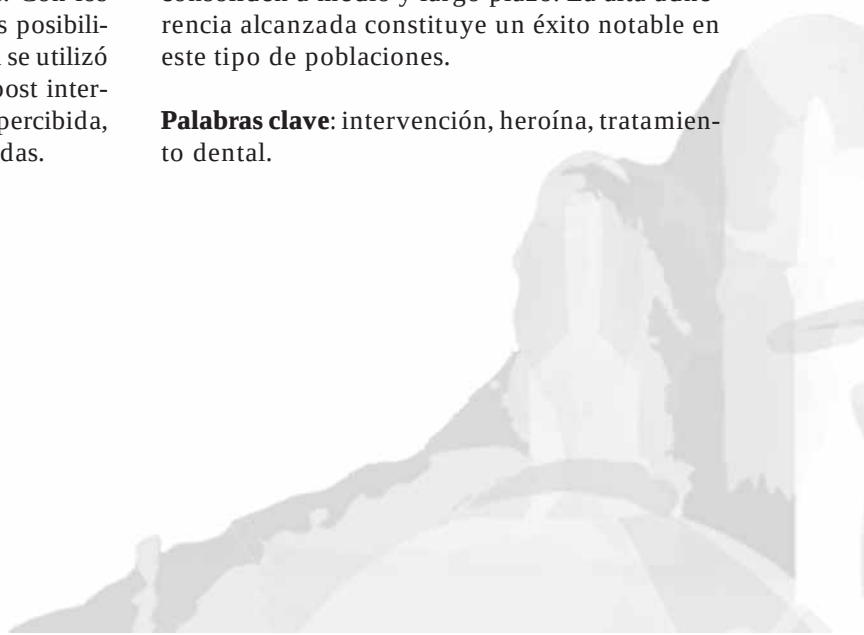
Introducción: El efecto de la heroína y los opiáceos sobre los dientes y los tejidos de soporte está suficientemente demostrado. A ello se le añade la disminución en la secreción de saliva, nulos hábitos de cepillado, condicionantes alimenticios poco saludables. Además son pacientes con una alta prevalencia de HIV +, hepatitis C y B. Las bocas con caries cavitadas con altas concentraciones de bacterias que redunda en mayor frecuencia de flemones y afectación sistémica de sus defensas. Este programa pretende la mejora de la situación bucodental y su calidad de vida, demostrando que es posible incorporarlo a la oferta de servicios del SAS con actividades de restauración de piezas perdidas y tratamientos conservadores.

Material y métodos: La población diana son 27 pacientes con tratamiento de heroína. Se realizó un diagnóstico de necesidades y costes. Con los pacientes se ajustaron los objetivos a las posibilidades y expectativas. Para su evaluación se utilizó el instrumento GOTAI: Se pasó pre y post intervención midiendo parámetros de salud percibida, calidad de vida e intervenciones realizadas.

Resultados: Adhesión 100%: Los 27 iniciaron y finalizaron el tratamiento. Se han realizado 76 extracciones, 46 obturaciones, 18 grandes reconstrucciones, 4 carillas estéticas, 4 prótesis removibles, 28 esqueléticos parciales, 22 prótesis completas, 26 tartrectomías y 8 blanqueamientos. Los valores de GOTAI pre intervención oscilan entre 22 y 28 puntos (calidad percibida de la salud, baja), mientras que tras la intervención son de 56 a 65 puntos (calidad percibida de la salud, buena y muy buena). Además, 6 refieren haber conseguido trabajo; 12 sienten haber rejuvenecido sensiblemente; 22 de ellos afirma cambios en la imagen que proyectan al exterior y El 100% afirma haber mejorado su calidad de vida.

Conclusiones: Incorporar la asistencia odontológica a poblaciones excluidas logra unos resultados inmediatos en la mejora global de su calidad de vida, el coste beneficio es rentable, y son intervenciones perfectamente extrapolables a otras personas reforzando que los cambios se consoliden a medio y largo plazo. La alta adherencia alcanzada constituye un éxito notable en este tipo de poblaciones.

Palabras clave: intervención, heroína, tratamiento dental.



COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Captación activa en atención primaria para diagnóstico precoz de cáncer de cérvix

Fernández Rodríguez I¹, Salmerón Zamora P², González Fábrega A³, Rodríguez Bravo I⁴

¹ MIR 4º año Medicina de Familia. CS Almanjáyar. Granada

² MIR 3º año Medicina de Familia. CS Almanjáyar. Granada

³ MIR 1º año Medicina de Familia. CS Almanjáyar. Granada

⁴ Médico de Familia. CS Almanjáyar. Granada

Título: Captación Activa En Atención Primaria Para Diagnóstico Precoz De Cáncer De Cerviz.

Objetivos: analizar captación activa para diagnóstico precoz del cáncer de cérvix en Centro de Salud urbano.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo. Seleccionamos una muestra de pacientes incluidas en el proceso de cáncer de cérvix con edades entre 18 y 72 años, recogiendo como variables: nueva captación o no, diagnóstico, métodos anticonceptivos e historia obstétrica. Se realizó análisis estadístico descriptivo mediante frecuencias y Chi-cuadrado.

Resultados: 367 pacientes con edad media de 40,8±12,1 años, el 25,9% eran menores de 30 años; 54,5% entre 30 y 50 y 19,6% mayores de 50. Un 58,6% eran de nueva captación. El 71% había tenido hijos, y 14,8% algún aborto. El 78,7% utilizaban algún método anticonceptivo, de éstos un 53,2% usaban preservativo, 15,6% hormonal

combinado, 10,1% DIU, 1,4% implanom, 11,4% quirúrgico; 21,3% no usaba ninguno. En menores de 30 años el diagnóstico mayoritario fue infeccioso (54,5%) y la cervicitis de 31 a 50 años y mayores de 50, en un 77,4% y 93,3% respectivamente de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$). La displasia predominó en menores de 30 años ($p < 0,05$). El porcentaje de nueva captación fue mayor en la población menor de 30, 83,2% ($p < 0,05$). Los resultados patológicos predominaron en las nuevas captaciones 64,5%, con respecto a las pacientes que se realizaban citologías previas ($p = 0,099$).

Conclusiones: en nuestro medio se realiza una importante labor de captación activa para el diagnóstico precoz del cáncer de cérvix, principalmente en menores de 50 años. Detectándose mayor número de diagnósticos patológicos, en estadios precoces, en pacientes sin citologías previas.

Palabras clave: diagnóstico, cáncer, cérvix.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Exploración orientada a los síntomas en los trastornos del equilibrio en ancianos en atención primaria

Cachinero Perales P¹, González Calvo J², Sánchez Cueto M^aM², Pérez Milena A¹

¹ Médico de Familia. Centro de Salud El Valle (Jaén)

² Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle (Jaén)

Título: exploración orientada a los síntomas en los trastornos del equilibrio en ancianos en atención primaria.

Introducción: En la bibliografía consultada se describen las diferentes pruebas de exploración que se deben de realizar al paciente anciano que consulta por trastorno del equilibrio, aunque no existe evidencia de cuáles son las de mayor rentabilidad diagnóstica según la sintomatología que éste presente, y ya que otro factor a tener en cuenta en las consultas de atención primaria es el tiempo que se puede dedicar por paciente, sería de vital importancia conocer la exploración mínima más eficaz para integrarla en la valoración integral de los pacientes ancianos con trastornos del equilibrio.

Objetivos: Determinar cuales son las maniobras de exploración física más eficaces para el diagnóstico de los trastornos del equilibrio en ancianos, así como la prevalencia, el perfil y la etiología sindrómica de esta patología.

Diseño: Diseño experimental, no controlado, prospectivo (de cohortes).

Emplazamiento: cuatro Zonas Básicas de Salud Urbanas.

Población y muestra: muestreo sistemático incluyendo pacientes de 65 años o más, con sintomatología relacionada con trastornos del equilibrio; se excluyen pacientes que no puedan colaborar en la recogida de datos mediante la entrevista clínica o la exploración física (demencia en estadio intermedio o avanzado, trastornos de salud mental severos, minusvalía física o psíquica grave), así como los que no deseen participar en el estudio.

sica o psíquica grave), así como los que no deseen participar en el estudio.

Intervenciones: Se recogen síntomas agrupados en grupos sindrómicos (Vértigo, desequilibrio, presíncope y mareo inespecífico) y signos exploratorios agrupados en cuatro grupos (Otoneurológica, neurológica general, sistema cardiovascular y aparato locomotor) como variables principales y otras variables como las demográficas y antecedentes personales. Antes de comenzar la recogida de datos se explicará el proyecto de investigación a todo el equipo médico. Se creará un circuito interno de derivación por vía telefónica y se habilitará una consulta específica. Se realizará un protocolo consensuado y control aleatorio con grabaciones en video. Se hará un seguimiento de la evolución del paciente mediante consulta con su Médico de Familia y la historia clínica durante los seis meses siguientes. Para el análisis de los datos se construirá un modelo multivariante considerando la relación entre los cuatro grupos de diagnóstico sindrómico y los cuatro grupos exploratorios propuestos; posteriormente, se aplicará el test X^2 para valorar las asociaciones entre grupos sindrómicos y signos exploratorios de forma individual.

Limitaciones: Muestra con criterios de inclusión pragmáticos, sin prueba de referencia para confirmar diagnóstico, variabilidad interobservador y dificultad para clasificación etiológica; se intenta evitar con homogeneización de exploraciones y seguimiento a seis meses, con posible sesgo de información en las variables recuperadas de las historias clínicas.

Aplicabilidad: El estudio nos puede indicar las pruebas exploratorias más eficaces según los síntomas que refiera el paciente anciano haciendo que su asistencia sea de más calidad.

Aspectos éticos-legales: Se precisa la aprobación del Comité de Bioética del Distrito Sanitario (RD 223/04). Se pedirá consentimiento in-

formado (Ley 41/2002 y RD 223/04), entregando información pertinente al estudio por escrito al paciente (RD 223/2004). El desarrollo del proyecto se ajustará a las normas de buena práctica clínica (RD 223/2004) con protección de datos personales (LOPD 15/1999).

Palabras clave: mareo, anciano, exploración física.



COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Hiperfrecuentadores en urgencias

Mori3n Castro M¹, Aboza Lobat3n A¹, Estella Garcia A³

¹CS La Granja. Jerez de la Frontera, C3diz

²Hospital General de Jerez de la Frontera, C3diz

T3tulo: hiperfrecuentadores en urgencias.

Objetivos: Los pacientes que consultan reiteradamente en Urgencias se definen como hiperfrecuentadores, los objetivos son:

- Investigar los motivos de consulta de estos pacientes.
- Describir el perfil cl3nico del paciente hiperdemandante.
- Analizar el perfil social de este grupo.

Material y m3todos:

Diseño: Estudio descriptivo. 3mbito: Urgencias de un hospital de 2º nivel. Sujetos: enfermos consecutivos atendidos en Urgencias los 3ltimos tres meses con historia de m3s de 6 visitas a Urgencias en el 3ltimo aºo. Los datos fueron analizados mediante SPSS 15. Variables: edad, sexo, n3mero de asistencias en Urgencias en el 3ltimo aºo, antecedentes de patolog3a cr3nica y psiqui3trica, nivel de gravedad asignado en triage, destino, perfil social y diagn3stico principal.

Resultados: Se incluyeron 16 enfermos, con 57,5 ± 20 aºos de edad media. 7 eran hombres y 9 mujeres. Media de consultas anuales fue de 15,4 ± 7,2; rango [7-32]. El 68,8% ten3an antecedentes de patolog3a cr3nica y un 37,5% psiqui3trica. 3 casos fueron clasificados como niveles 2, siendo el resto clasificado como patolog3a leve. Un 81,3% fueron dados de alta. Los diagn3sticos fueron variados, siendo el m3s frecuente de naturaleza psiqui3trica. El perfil social predominante era conflictividad familiar en 3 casos, 3 enfermos viv3an solos sin apoyo familiar, y 2 enfermos eran dependientes para sus actividades cotidianas.

Conclusiones: El motivo de consulta m3s frecuente era por patolog3a leve.

El perfil cl3nico predominante consist3a en pacientes de mediana de edad, con antecedentes de patolog3a cr3nica.

La mayor3a de los enfermos no requirieron ingreso hospitalario.

Palabras clave: Emergency Hospital Service (urgencias), Patients (pacientes).



COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Distinta poblacion, distinta opinión?

Pedrosa Arias M, Ramírez Sánchez L, De la Torre Torres P, Vinuesa Ruiz F, Villarrubia Martos B, Alguacil Cubero P

Distrito Sanitario Granada. Distrito Metropolitano Granada

Título: ¿distinta población, distinta opinión?

Objetivos: Determinar que piensan dos poblaciones distintas sobre la sedación en pacientes terminales como el cáncer. Observar si hay diferencias entre población según género, edad y creencias.

Diseño: Estudio descriptivo transversal. Encuesta personalizada (Fernández Díaz) con 10 ítems. Análisis de datos: SPSS (test de X^2).

Emplazamiento: Consultorio de zona rural y centro de salud de barrio marginal de zona urbana.

Población y muestra: pacientes atendidos en consulta a demanda N= 91 población rural. N= 87 población urbana marginal.

Resultados: Por genero: 90% de varones sedaría y 0% no, en mujeres el 82% sedaría y 5,9 no, $p=0,45$ en población rural. En población urbana: sedaría 82,8% varones y no 3,4% y en mujeres sedaría 82,5 y no 8,8%. $p=0,53$.

Por edades: 20-39 años: 95,5% sedaría, 5% no. 40-59: 87% sedaría, 0% no. 60-79: 87,9% sedaría,

9,1% no. 80 ó mas 75% sedaría y 0% no. $p=0,16$ en P. rural.

En urbana: 20-39 años: 82,5% sedaría y no 7,5%, 40-59: 81,5% si y 3,7% no, 60-79: 81,8% sedaría y 9,1% no, 80 ó mas 87,5% sedaría y 12,5% no lo haría. $p=0,89$.

Por creencias: creyentes: 88,4% sedaría 4,7% no y no creyentes sedarían el 100% en población rural, $p=0,82$. En urbana: creyentes sedarían 81,3% y 7,5% no lo harían, los no creyentes sedarían el 100%, $p=0,50$.

Conclusiones: Las personas encuestadas en las dos poblaciones, parecen tenerlo claro; están a favor de la sedación en los momentos finales de la vida. Se observa que aunque sean poblaciones diferentes (rural y urbana marginal), no existen diferencias significativas si analizamos los datos según genero, estratos etáreos y creencias. Llama la atención que entre los no creyentes, en ambas poblaciones sedarían la totalidad de los encuestados.

Palabras clave: cáncer, sedación, terminal.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Del centro de salud a la unidad de cuidados intensivos

Estella García A¹, García Ortiz JC², Díaz García R², Lobato R³, Mateos Esteban A², Navarro Ortiz M²

¹FEA, UCI Jerez, Cádiz

²R4 MFyC. CS San Benito, Jerez, Cádiz

³EPES-061, Puerto Real, Cádiz

Título: Del centro de salud a la unidad de cuidados intensivos

Objetivos: Los ingresos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) habitualmente proceden de Urgencias, quirófano y plantas hospitalarias, ocasionalmente ingresan desde el centro de salud. El objetivo del estudio es analizar ingresos en UCI procedentes de centros de salud y describir las características clínicas y el pronóstico de dichos enfermos.

Diseño: descriptivo.

Emplazamiento: Realizado en Centros de salud de Jerez de la Frontera y una UCI de 17 camas del Hospital de Jerez.

Población y muestra: Los sujetos estudiados fueron enfermos consecutivos atendidos inicialmente en un centro de salud y trasladados por el 061 a la UCI, desde enero de 2007 a diciembre de 2008.

Intervenciones: Datos analizados mediante SPSS v15.

Resultados: 74 enfermos fueron trasladados por el 061 al hospital, de ellos 9 (12.2%), ingresaron en la UCI. La edad media fue de $64 \pm 13,6$ años. 8 fueron hombres y una sola mujer. El 77,8% tenían factores de riesgo cardiovascular (FRCV). El síndrome coronario agudo (SCA) fue el diagnóstico más frecuente, 4 presentaban infarto agudos de miocardio (IAM) y 2 angina inestable, otros diagnósticos fueron síncope y fallo respiratorio agudo. La estancia media en UCI fue de $5,6 \pm 4$ días, 2 enfermos requirieron ventilación mecánica. La mortalidad fue de un 11,1%.

Conclusiones: El abordaje inicial de enfermos con patología aguda grave puede darse con cierta frecuencia en el centro de salud. La mayoría tenían FRCV, el diagnóstico más frecuente fue el SCA.

Palabras clave: patients transportation, Primary health care, Intensive care unit. Transporte de pacientes, atención primaria, unidad de cuidados intensivos.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Estudio de la morbilidad materno-fetal durante el embarazo y parto en un grupo de mujeres inmigrantes y no inmigrantes controladas en atención primaria

Ramírez Sánchez L¹, Carretero García S¹, López Torres G², Guerrero Ruiz T¹, Rupérez Larrea M¹, De los Ríos Álvarez AM^{a3}

¹ Residente de MFYC del CS Cartuja. Granada

² Médica de Familia. CS Cartuja. Granada

³ Médica de Familia. Tutora. CS Cartuja. Granada

Título: Estudio de la morbilidad materno-fetal durante el embarazo y parto en un grupo de mujeres inmigrantes y no inmigrantes controladas en Atención Primaria.

Objetivos: Valorar las diferencias en los resultados del Embarazo, Parto y Puerperio en términos de morbilidad materna y fetal durante todo el seguimiento del proceso en mujeres inmigrantes (MI) y no inmigrantes (MNI) atendidas en un Centro de Salud.

Material y Método: Estudio Descriptivo realizado en Atención Primaria (AP), recogiendo datos de las historias de todas las MI controladas en el Centro comparando con una muestra aleatoria de MNI durante 2008. Las variables analizadas son: patología en el embarazo (PE), tipo de parto (TP), peso al nacer (PN), patología en el RN (PRN), realización de visita puerperal (VP) y tipo de lactancia. El análisis estadístico se ha realizado con estadísticos descriptivos, comparación de muestras independientes, tablas de

contingencia (test de Chi-cuadrado) y test exacto de Fisher.

Resultados: Se recogen datos de 61 MI y 58 MNI. En cuanto a PE no hay diferencias significativas en conjunto, aunque al desglosar por patologías se roza la significación encontrando un porcentaje superior de infecciones y Diabetes Mellitus ($P=0.065$) en MI. El parto ha sido distócico en un porcentaje mayor en MI ($P=0.38$). No hay diferencias en cuanto a PN, PRN ni VP. La lactancia materna es mas frecuente en MI ($P=0.002$).

Conclusiones: Es necesario realizar mas investigaciones para determinar con mayor exactitud la morbilidad durante el embarazo de MI para proporcionar una atención mas eficaz que puede evitar el aumento de partos instrumentales. Probablemente por su cultura autóctona prefieren lactar naturalmente a sus hijos.

Palabras Clave: pregnancy (embarazo), immigrant (inmigrante), control (control).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Documentación necesaria y cumplimentación del proceso del exitus en unas urgencias comarcales

Heredia Pareja F, Godoy González V, Berenguel Martínez P, Quero Pastor J, Martínez Moleón AJ, Lario de la Flor A

AIG Cuidados críticos y urgencias. Hospital de Poniente. Almería

Título: documentación necesaria y cumplimentación del proceso del exitus en unas urgencias comarcales.

Objetivos: Realizar proceso descriptivo del exitus en Hospital comarcal y determinar la documentación legal necesaria, como su realización, en pacientes sin restricción judicial.

Material y métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal. Periodo de estudio: del 1/1/2008 al 31/12/2008. Ámbito de estudio- Sujetos: pacientes-exitus en Urgencias de un hospital comarcal. Mediciones: recogida informes en base de datos de archivo bibliográfico. Método: Análisis estadístico: SPSS V10.0

Resultados: 357 exitus, en urgencias 52, 40 varones, 12 mujeres, edad media varones 71.48 años y mujeres 78.54, edad media general 74.42 años.

Procedimiento:

El Enfermero/a responsable del paciente, avisa al médico quien cumplimentó:

-Certificado de defunción: (entierro en mismo municipio del hospital se rellenó un solo parte, en otro diferente, dos partes).

-Autorización de salida del cadáver del centro: rellenado por enfermero o supervisor de guardia. El documento fue firmado por un familiar y representante de la empresa funeraria. Autorización de salida por médico.

- El/la enfermero/a dejó constancia en libro de éxitus del hospital, circunstancias del fallecimiento: nombre, apellidos, hora y servicio del éxitus, DNI y firma del familiar, empresa funeraria encargada, nombre, apellidos y DNI del personal de la funeraria y firma del enfermero.

El libro de exitus está situado en Admisión de Urgencias.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes fallecidos en hospital comarcal son añosos, en séptima década de la vida, con predominio masculino. La cumplimentación del proceso legal sin requerimientos penales, es laboriosa, minuciosa y protocolizada tanto en su realización como en el tratamiento personal del enfermo y su familia.

Palabras clave: documentación, exitus, urgencias.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación de la dieta de diabéticos tipo 1 con buen control metabólico. Comparación con las recomendaciones nutricionales de la asociación americana de diabetes

López Torres G¹, Osorio Martos C², Novo Martín JJ³, Hernández Carmona A⁴, García Iglesias Y², Rodríguez García A⁵

¹ Médico de Familia, CS Cartuja (Granada)

² Médico de Familia, CS Almanjáyar (Granada)

³ Médico de Familia, ZBS Cambil (Jaén)

⁴ Médico de Familia, ZBS Villacarrillo (Jaén)

⁵ Diplomada en Enfermería, CS Cartuja (Granada)

Título: evaluación de la dieta de diabéticos tipo 1 con buen control metabólico. Comparación con las recomendaciones nutricionales de la asociación americana de diabetes.

Objetivo: Comparar la dieta de pacientes diabéticos tipo 1 con niveles adecuados de control metabólico [cifras de Hemoglobina Glicosilada (HbA1c)] con las recomendaciones nutricionales de la Asociación Americana de Diabetes (ADA).

Diseño: Descriptivo Transversal.

Emplazamiento: Realizado en consultas a demanda y programadas en Centro de Salud

Población y muestra: Muestra de 80 pacientes diabéticos tipo 1, con niveles óptimos de HbA1c. Se excluyen aquellos que no hayan realizado control analítico en el último año.

Intervenciones: Evaluamos la dieta utilizando un cuestionario de la ingesta de las últimas 24

horas. Analizamos mediante Test Chi-2 y exacto de Fisher.

Resultados: Se evalúan 80 pacientes (edad media de 35.9 ± 4.2 años), sin diferencias significativas (DS) en género, con un índice de masa corporal medio (IMC) de 24.3 ± 1.3 Kg./m². El aporte calórico medio de lípidos es superior al recomendado por la ADA [45.1 ± 7.8 (% kcal. totales)]. Sin embargo, el aporte calórico medio de carbohidratos está por debajo de lo recomendado [36.2 ± 8.9 (% kcal. totales)]. Sólo se determinó adecuación para la ingesta proteica [16.4 ± 3.4 (% kcal. totales)]

Conclusiones: La ingesta de los pacientes diabético tipo 1 de nuestra muestra dista bastante (salvo en el aporte de proteínas) de las recomendaciones nutricionales de la ADA. Sería necesario insistir en la dieta como base principal para un tratamiento óptimo de la diabetes.

Palabras clave: (Diabetes) Diabetes, (nutrition) Nutrición, (diet) Dieta.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Estratificación de la opinión acerca de la hidratación y la nutrición artificial como cuidado paliativo en las urgencias de un hospital comarcal

Godoy Sánchez VM, Quero Pastor J, Berenguel Martínez P, Lario de la Flor A, Heredia Pareja F, Martínez Moleón AJ

AIG Cuidados críticos y urgencias. Hospital de Poniente de Almería

Título: estratificación de la opinión acerca de la hidratación y la nutrición artificial como cuidado paliativo en las urgencias de un hospital comarcal.

Objetivos: Conocer opinión de profesionales de urgencias en hospital comarcal, sobre medidas terapéuticas, nutrición artificial e hidratación como cuidados paliativos.

Material y métodos:

Diseño: estudio descriptivo transversal

Periodo de estudio: del 1/03/2009 al 29/03/2009.

Ámbito de estudio- Sujetos: Opinión de 90 profesionales de Urgencias: 50 médicos, 30 enfermeros, 10 auxiliares de enfermería. Cuestionario valorando medidas a considerar como cuidados paliativos: Cuidado de úlceras por presión, analgesia, cambios posturales, higiene, sedación, catéter urinario, oxígeno, hidratación, nutrición parenteral y enteral.

Mediciones: Informes de archivo bibliográfico de nuestro hospital.

Método: Análisis estadístico: SPSS V10.0

90 profesionales del Área de Urgencias: 50 médicos, 30 enfermeros y 10 auxiliares de enferme-

ría. Se pasó un cuestionario valorando cuales de las siguientes medidas deberían considerarse como cuidados paliativos: Cuidado de las úlceras por presión, analgesia, cambios de posición, higiene, sedación, catéter urinario, administración de oxígeno, hidratación, nutrición parenteral y nutrición enteral.

Resultados: Más del 60% consideran todas las medidas como cuidados paliativos exceptuando nutrición parenteral. Desacuerdo: higiene (22%), sedación (30%), oxigenoterapia (28%), catéter urinario (22%) y nutrición parenteral (15%). Leves discrepancias para definir cuidados básicos, de la analgesia, cuidados de las úlceras por presión, cambios posturales y nutrición enteral. Las diferencias entre los distintos grupos de estudio no resultaron significativas.

Conclusión: No consenso entre profesionales sobre medidas paliativas. Diferencias con higiene, oxigenoterapia, sedación, catéter urinario y nutrición parenteral.

Nutrición enteral, se considera una opción terapéutica.

La escasa formación en cuidados paliativos proporciona que cada profesional actúe de forma individual, al carecer criterio unificado sobre principales medidas paliativas.

Palabras clave: paliativos, urgencias, tratamiento.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia de enfermedad arterial periférica y su asociación con factores de riesgo clínico-metabólicos en atención primariaÁvila García MG¹, González Ortega M¹, Serrano Cervera M^aA², Díaz Almagro M^aD²¹ MIR 1º, CS Ronda Histórica (Sevilla)² Médico de Atención Primaria, CS Ronda Histórica (Sevilla)

Título: prevalencia de enfermedad arterial periférica y su asociación con factores de riesgo clínico-metabólicos en atención primaria.

Objetivos: Determinar la prevalencia de enfermedad arterial periférica (EAP) en sujetos diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e identificar factores de riesgo cardiovascular (FRCV) para el desarrollo de la arteriopatía periférica.

Diseño, emplazamiento, población, muestra, intervenciones: Se ha realizado un estudio transversal en un centro de salud con 109 pacientes diagnosticados de DM tipo 2 de edades comprendidas entre 42-88 años; se evaluó la presencia de EAP (índice tobillo-brazo [ITB]), variables demográficas (sexo, edad), clínicas (IMC, HTA, antecedentes personales, antecedentes familiares) y variables analíticas (LDL, HbA1c, Índice creatinina / microalbuminuria) y se determinó el Índice Tobillo-Brazo

(ITB) de dichos pacientes utilizando la técnica doppler.

Resultados: Un 26,73% de la muestra estudiada presentaba EAP, considerando dentro de este valor tanto los que tenían ITB alterado en uno o en los dos miembros inferiores. El 100 % de la muestra presentaba 2 ó más FRCV independientemente de la DM. Un 25,7 % de la muestra presentaba un ITB patológico. Un 64% de los pacientes diabéticos con ITB patológico no presentaban clínica de claudicación intermitente.

Conclusiones: Existe relación entre los factores de riesgo vascular medidos en el estudio y el desarrollo de EAP. La EAP es un marcador de existencia de enfermedad arteriosclerótica en otros territorios vasculares.

Palabras claves: Ankle Brachial Index (Índice tobillo-Brazo); Peripheral Vascular Diseases (EAP); Diabetes mellitus (DM).

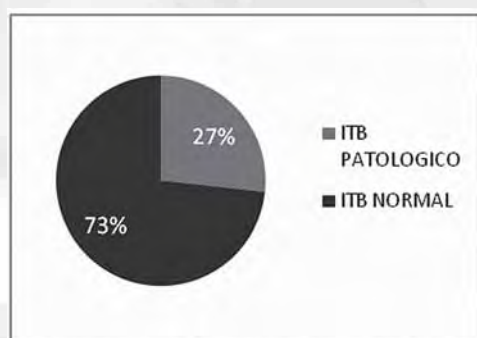


Ilustración 1. Porcentaje de sujetos que presentaron ITB alterado en uno o dos de los MMII.

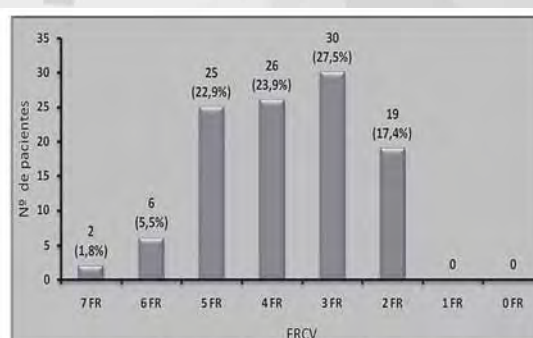


Ilustración 2. Distribución del número de FRCV en los diabéticos estudiados independientemente de la DM

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Estudio descriptivo de pacientes insulinizados en un centro de salud urbano

Sánchez Gualberto A¹, López Aguilar J², Sencianes Caro R³, Rodríguez Dujat des Allimes M⁴, Vázquez Merino AM⁵, Galloso Santana D⁶

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica (UGC) Isla Chica, Huelva

² Médico de Familia. Director UGC Isla Chica, Huelva

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Adoratrices, Huelva

⁴ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Torrejón, Huelva

⁵ Enfermero de Familia. UGC Isla Chica, Huelva

⁶ Médico de Familia. UGC Isla Chica, Huelva

Título: Estudio descriptivo de pacientes insulinizados en un Centro de Salud(CS) Urbano.

Objetivos: Describir y analizar características de los pacientes insulinizados. Comparar en distintos grupos de tratamiento la edad, sexo, antidiabéticos orales (ADOs), uso previo de insulina, hipoglucemias y variación ponderal. Comparar dosis diarias administradas con control analítico.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: CS Urbano.

Sujetos/Muestra: todos los adultos insulinizados (N=124).

Recogida datos: Diabaco: listado de diabéticos >14 años. Revisión historias Diraya (N=933); sólo insulinizados. Datos: sexo, edad, tipos DM e insulina, dosis de inicio y actual, N° pinchazos, tiempo tratamiento, uso insulina rápida y/o ADOs, uso previo de insulinas, N° hipoglucemias, cambio ponderal, patología concomitante. Obtención de valores / fecha de glucemia basal, HbA1c, IMAC.

Tratamiento estadístico: SPSS v.17. Análisis descriptivo: variables cuantitativas: media ($\pm$ DT); cualitativas: %. Test de t y ANOVA para comparar medias (Welch si diferentes varianzas).

Resultados:

N=124(13'3% de diabéticos). Edad: 64'4 $\pm$ 17'6 años; mujeres 59'7%; 81'5% DM2.

Tipos insulina: 51'6% glargina; 25'8 % mezclas; 12'9% detemir; 9'7% NPH.

N°ADOs: uno 47'6%; dos 14'5%, ninguno 37'1%.

ADOs+utilizados: biguanidas 55'2%, sulfonilureas 15'4%.

Patología concomitante: HTA (71%), dislipemias (56'5%); cardiopatía (28'2%); neuropatía (27'3%).

Escaso uso insulina rápida (>80% DM1).

95'3% de pacientes glargina: 1 pinchazo. 68'7% Detemir 2 pinchazos. Diferencias en N° pinchazos GlarginaVs Detemir (p=0'02).

Episodios hipoglucemias: 4pacientes glargina (6'25%); 1detemir (6'25%); 2NPH (16'6%); 2 mezclas (6'25%).

No diferencias en cambio ponderal (glargina: 136 $\pm$ 5 gr; detemir: 367 $\pm$ 320 gr; NPH: -2100 $\pm$ 5000 gr; mezclas: 356 $\pm$ 6'4 gr).

Dosis medias de inicio: glargina 27 $\pm$ 14'3 UI; detemir 27'9 $\pm$ 14'9 UI; NPH33'7 $\pm$ 15'7 UI y mezclas 44'5 $\pm$ 22'2 UI. Diferencias significativas en-

tre Glargina Vs Mezclas ($p<0'001$) y Detemir Vs Mezclas ($p=0'001$).

Dosis media actual: glargina 35 ± 17 UI; detemir $53'4\pm 27'8$ UI; NPH $36'1\pm 20'7$ UI y mezclas $57'5\pm 23'3$ UI. Diferencias significativas Glargina Vs Detemir ($p=0'01$); Glargina Vs Mezclas ($p<0'001$); NPH Vs Detemir ($p=0'05$); NPH Vs Mezclas ($p=0'006$).

Valores de última HbA1c: NPH $6'8\pm 1\%$; mezclas $7'7\pm 2'2\%$; glargina $8'4\pm 1'7\%$; detemir $8'2\pm 1'8\%$. Diferencias significativas NPH Vs Glargina ($p=0'02$); Mezclas Vs Glargina ($p=0'04$).

56'5% de insulinizados no tenía analítica reciente (último control >6 meses).

Comparando HbA1c y dosis actuales: (Tabla1)

· Para=control HbA1c glargina precisa menor dosis que detemir. Para=control HbA1c NPH precisa menor dosis que detemir y mezclas.

· Sin diferencias en dosis, NPH mejores controles que glargina.

En 59'7% (N=74) habíamos cambiado de insulina. En 71'6% se optó por análogo de acción prolongada (glargina=40; detemir=13).

Aprox. 75% pacientes NPH y mezclas llevaban >3 años de tratamiento; =tiempo lo cumplía 17'2% de glargina y 12'5% detemir. (Gráfico1).

Conclusiones: Pacientes NPH llevan $>$ tiempo de tratamiento y mejores controles. Glargina es la +utilizada; precisa $<$ N° pinchazos.

En pacientes con malos controles optamos por análogos acción prolongada (+glargina).

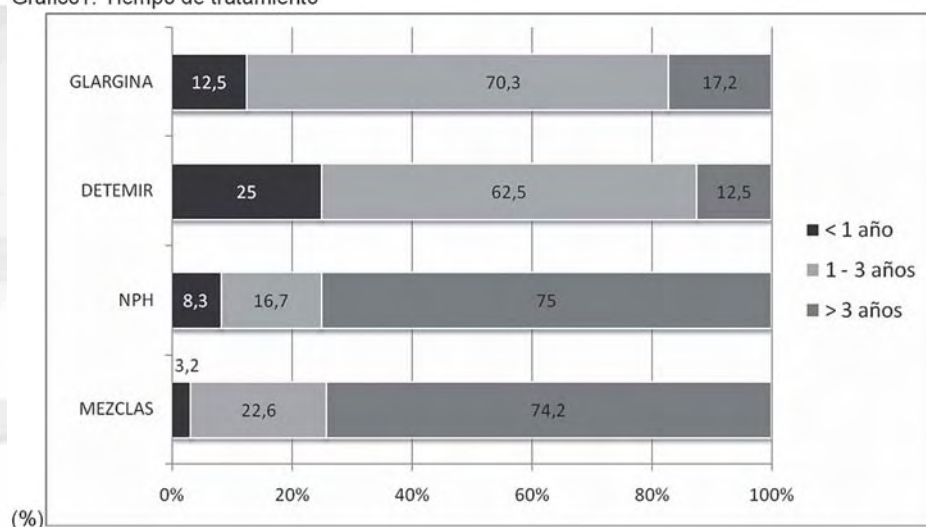
Convendría promocionar insulina rápida y/o metformina como coadyuvante para control postprandial, en detrimento de otros ADOs.

Palabras clave: Insulin (Insulina), Glycosylated Hemoglobin A (Hemoglobina glicosilada A), Demography (Demografía).

Tabla1:

Variable	GLARGINA	DETEMIR	NPH	MEZCLAS	Diferencias(p)
Dosis actual	35 $\pm$ 17UI	53 $\pm$ 27'8UI	36'1 $\pm$ 20'7UI	57'5 $\pm$ 23'3UI	Glargina/Detemir($p=0'01$) Glargina/Mezclas($p<0'001$) NPH/Detemir($p=0'05$) NPH/Mezclas($p=0'006$)
Última HbA1c	8'4 $\pm$ 1'7%	8'2 $\pm$ 1'8%	6'8 $\pm$ 1%	7'7 $\pm$ 2'2%	NPH/Glargina($p=0'02$) Mezclas/Glargina($p=0'04$)

Gráfico1: Tiempo de tratamiento



COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Características socio-demográficas y control de los insulinizados mediante Glargina de un centro de salud (CS) urbano

Sánchez Gualberto A¹, López Aguilar J², González González J³, Ceballos Sáez E⁴, Vázquez Merino AM⁵, Galloso Santana D⁶

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica (UGC) Isla Chica, Huelva

² Médico de Familia. Director UGC Isla Chica, Huelva

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Adoratrices, Huelva

⁴ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Torrejón, Huelva

⁵ Enfermero de Familia. UGC Isla Chica, Huelva

⁶ Médico de Familia. UGC Isla Chica, Huelva

Título: Características socio-demográficas y control de los insulinizados mediante Glargina de un Centro de Salud (CS) Urbano.

Objetivos: Describir perfil del paciente insulinizado mediante Glargina. Comparar dosis con grado de control analítico, y con medias descritas en la bibliografía. Valorar uso de distintas plumas.

Emplazamiento: CS Urbano.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal.

Sujetos / Muestra: todos los adultos con glargina (N=64).

Recogida de datos: revisión de listado total de adultos diabéticos(933), incluyendo sólo pacientes con Glargina. Variables: sexo, edad, tipo DM, dosis de inicio y actual, tipo de pluma y uso de otro dispositivo previamente, Nº pinchazos, tiempo tratamiento, uso insulina rápida y/o ADOs, uso previo de insulinas, Nº hipoglucemias, cambio ponderal. Obtención de valores/fecha de glucemia basal, HbA1c.

Tratamiento estadístico: SPSSv.17. Análisis descriptivo: variables cuantitativas: media ($\pm$ DT); cualitativas: %.

Resultados: N=64 (6'86% de los DM; 51'6% de los insulinizados). Edad: 62'6 $\pm$ 19'15 años; mu-

jes 65'5%; DM2 79'7%. Nº Pinchazos: uno 95'3%.

Nº ADOs: uno 54'7%, dos 10'9%, tres 1'6%. Ninguno 32'8%.

Tipo ADO: biguanidas 45'3%, sulfonilureas 6'3%; biguanidas+sulfonilureas 6'3%.

Uso de insulina rápida: 23'4% (80% DM2).

Cuatro pacientes sufrieron alguna hipoglucemia (correspondiente al 6'25%).

Ganancia ponderal: +136 $\pm$ 5gr.

Dosis media inicial: 27 $\pm$ 14'3UI. Dosis media actual: 35 $\pm$ 17UI.

Media de HbA1c: 8'4 $\pm$ 1'7%. Última analítica >6 meses: 46'9%; < 3 meses: 32'8%.

62'5% de pacientes con glargina habían usado otra insulina previamente (N=40). Tiempo de tratamiento: 12'5% < 1 año; 70'3% entre 1-3 años.

Comparación dosis/control de nuestros pacientes DM2 con otros estudios: (Gráficos 1y2)

· Nuestros pacientes: dosis 34 UI. HbA1c 8'36%.

· Treat to Target: dosis 47'2 UI, HbA1c 6'96%.

· Lanmet: dosis 68UI, HbA1c 7'14%.

· Insight: dosis 38'1 UI, HbA1c 6'96%.

Tipo de pluma: 56'3% Solostar (N=36), 42'2% Optiset (N=27), 1'6% Opticlick (N=1). 21 pacientes con SoloStar usaron antes OptiSet. (Gráfico3).

Conclusiones: Glargina es insulina +usada. En casi todos los pacientes se administra 1 pinchazo. En pacientes con malos controles solemos

optar por ella. SoloStar se prefiere a OptiSet. Clara infradosificación, de manifiesto tanto por pobres controles como por comparación con otros estudios. Es preciso implementar estrategias de optimización de dosis. Convendrá promocionar uso de insulina rápida y/o metformina como coadyuvante, en detrimento de otros ADOs.

Palabras clave: Insulin Glargine (Insulina Glargina), Glycosylated Hemoglobin A (Hemoglobina Glicosilada A), Dosing (Dosificación).

Gráfico 1:

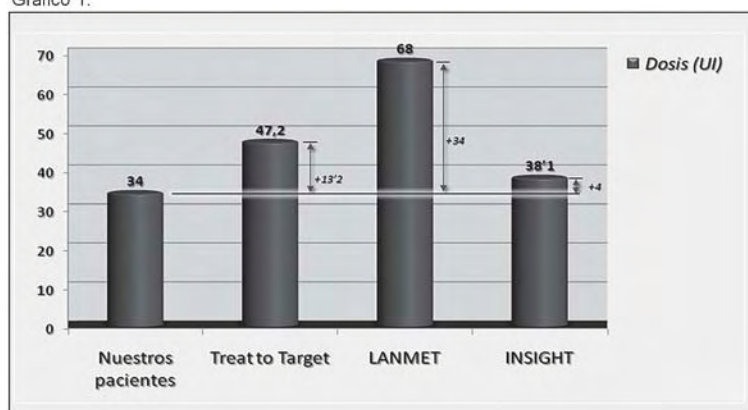


Gráfico 2:

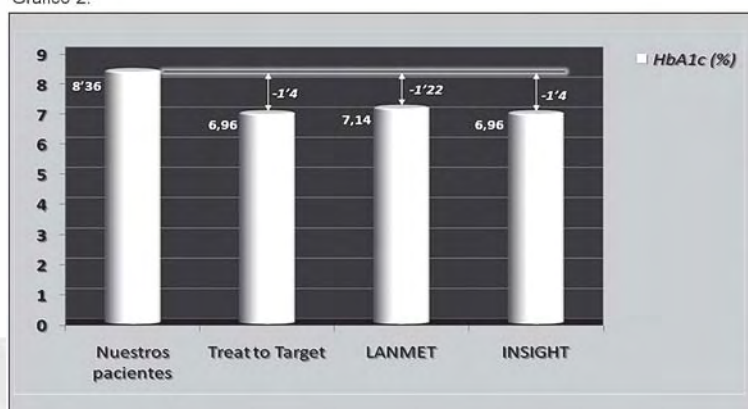
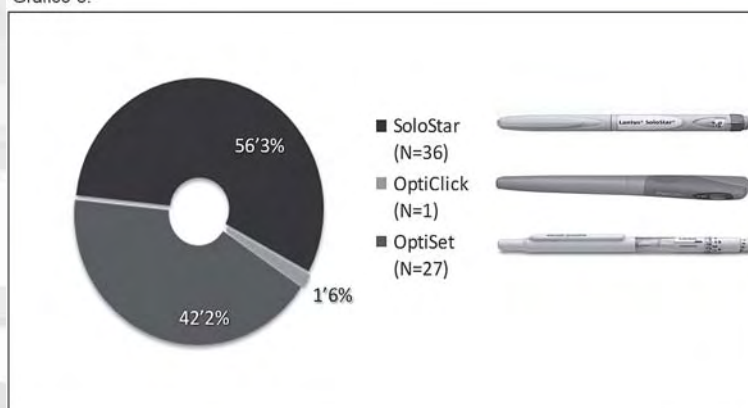


Gráfico 3:



COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación longitudinal de exploración del pie en una cohorte de pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Ramírez Aliaga M¹, Yan Xia Ye S¹, Acero Guasch N¹, Colomo Rodríguez N², Cuenca del Moral R³, Muñoz Cobos F³

¹ Médica residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo, Málaga

² Médica residente de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

³ Médica de Familia. Centro de Salud El Palo, Málaga

Título: Evaluación longitudinal de exploración del pie en una cohorte de pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Objetivos:

Analizar la evolución de la exploración de pies de pacientes diabéticos. Determinar factores asociados a desarrollo de pie patológico.

Diseño: Estudio descriptivo longitudinal (2003-2008).

Emplazamiento: Centro de Salud urbano

Sujetos: Pacientes diabéticos seguidos en atención primaria con al menos cuatro evaluaciones anuales.

Intervenciones: variables sociodemográficas, factores de riesgo cardiovascular, enfermedad cardiovascular (ECV), retinopatía diabética, úlcera o amputación, sintomatología vascular o neuropática, HbA1c, microalbuminuria, exploración pie (inspección, sensibilidad al monofilamento, pulsos pedios y tibiales posteriores). Análisis: T-Student muestras independientes y Chi², Variable dependiente pie patológico en 4ª evaluación, á 0,05.

Resultados: 161 pacientes, 59,6% hombres y 40,4% mujeres, edad media 66,76±0,85 años.

Hipertensos 87,1% (81,82-92,37), dislipemia 87,82% (82, 69-92,95), ECV 20,25% (13,99-26,52),

retinopatía 8,6% (2,9-14,3), úlcera o amputación 0,64% (-0,61-1,88), enfermedad vascular periférica (EVP) 11,26% (6,22-16,3), neuropatía 21,19% (14,67-27,71).

Mediciones sucesivas anuales (n1=132, n2= 125 y n3= 102 n4= 73) de: HbA1c media: 7,39 ±0,13; 7,53 ±0,13; 7,25 ±0,13; 7,38 ±0,15. Fumadores: 24,22% (16,88-31,64); 19,83% (12,57-27,08); 14,56% (7,75-21,38); 21,54% (11,54-31,53). Microalbuminuria negativa: 86,96% (80,8-93,11); 81,51% (74,54-88,49); 85,44% (78,62-92,25); 72,22% (61,88-82,57). Sensibilidad monofilamento normal: 81,17% (74,99-87,34); 80,62 (73,8-87,44); 84,68% (77,98-91,38); 85,9% (78,17-93,62). Pulsos presentes: 77,42% (70,84-84); 73,44% (65,79-81,09); 70,64% (62,09-79,19); 62,82% (52,1-73,55).

Pie normal: 39,49%; 21,37%; 25,23%; 34,62%. Pie de riesgo: 29,94%; 36,64%; 29,73%; 42,31%. Pie patológico 30,57%; 41,98; 40,05%; 23,08%.

No se encuentra relación significativa con pie patológico en ninguna de las variables analizadas.

Conclusiones: La evolución del pie desfavorable es a expensas de alteración en los pulsos, manteniéndose sin cambios en la sensibilidad.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus type 2 (Diabetes Mellitus tipo 2), Diabetic Foot (Pie diabético), Primary care (Atención Primaria).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Ayudemos a los adolescentes a dejar de fumar

Castelló Losada M^aJ¹, Guardia García R², Tormo Molina J³

¹ Médica de Familia. CS Alfacar. Granada

² Psicóloga becaria. CS Alfacar. Granada

³ Médico de Familia. CS Gran Capitán. Granada

Título: ayudemos a los adolescentes a dejar de fumar.

Objetivos: Analizar el consumo de tabaco en los adolescentes de nuestra zona. Informar y formar sobre tabaquismo. Prevenir el hábito tabaquito. Disminuir o cesar el consumo.

Material y métodos:

Tipo de estudio: Descriptivo Transversal y estudio de Intervención durante los años 2008-2009. Serie de casos prospectivo durante 2009

Población: Se trabajó con un total de 435 adolescentes, chicas 199 y 236 chicos, entre 12 a 18 años de tres IES de nuestra ZBS.

Métodos:

- Encuestas anónimas valorando prevalencia del tabaquismo y sobre conocimientos previos
- Intervención formativa sobre tabaquismo a los alumnos.
- Encuesta anónima, sobre conocimientos adquiridos tras la formación (comparando pre y post test).
- Talleres de deshabituación tabáquica, grupales no farmacológicos, basados en la programación del PITA en Andalucía para adolescentes.

Estadística: Mediante el programa estadístico SPSS (12), se realizó Estadística Descriptiva, Test de la J Cuadrado, Test de Student y Análisis de la Varianza.

Resultados:

El 56% de los adolescentes estudiados no han fumado nunca, con diferencias significativas entre niños (64%) y niñas (47%) ($p<0,05$). Tan sólo lo han probado alguna vez el 6,6%, fuman con frecuencia el 21%, y lo hacen a diario el 16,4%. El hábito tabáquico aumenta de forma significativa al avanzar la edad ($p<0,05$) y especialmente en el caso de las niñas: comienzan más tarde, pero a partir de los 14 a. superan a los niños en cualquier tipo de consumo (ocasional, frecuente o diario).

La valoración de conocimientos pretest / posttest evidenció una mejora en los conocimientos de este problema tras las intervenciones.

Escasa participación de padres (total de padres 52, en 8 sesiones, media de asistencia 7,42 p), aunque valoraron como muy buena la utilidad del proyecto.

Se incluyeron en el taller de deshabituación el 55% de los fumadores diarios, 24 niños y 13 niñas, con una edad media de 15,48 años y un consumo medio de 9 a 10 c / día. La asistencia a los talleres va disminuyendo al avanzar el n° de sesiones, cesan completamente el hábito tabáquico 9 niños, disminuyen el consumo 6. Trece niños abandonan el taller.

Conclusiones: El tabaquismo, constituye un problema de salud, al ser superior a la media de los adolescentes españoles (OMS 2004, HBSC 2006).

Parece prioritario y útil intervenir, coordinándonos con profesores, padres y otros estamentos públicos locales, para prevenir el hábito tabáquico.

Palabras clave: deshabituación, tabaco, adolescentes.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Alcohol y adolescentes. ¿un problema que debemos atender?

Castelló Losada M^aJ¹, Guardia García R², Tormo Molina J³

¹ Médica de Familia. CS Alfacar. Granada

² Psicóloga becaria. CS Alfacar. Granada

³ Médico de Familia. CS Gran Capitán. Granada

Título: alcohol y adolescentes. ¿Un problema que debemos atender?

Objetivos:

1. Conocer el consumo de alcohol y su trascendencia en los adolescentes de nuestra ZBS.
2. Ayudar a prevenir el consumo de alcohol mediante intervenciones múltiples.

Material y Métodos:

Estudio: Descriptivo Transversal. Estudio de Intervención.

Población: Adolescentes entre 12-18 años, de tres IES de nuestra ZBS

Métodos:

- Encuestas anónimas, sobre hábitos de alcohol en la población de estudio.
- Encuestas anónimas, sobre conocimientos previos que tiene este grupo sobre alcohol.
- Intervenciones múltiples, formativas y de educación para la salud.
- Formación de mediadores para intervenir entre iguales sobre las conductas de riesgo.
- Análisis mediante encuestas anónimas, sobre conocimientos adquiridos tras la formación / intervención.

Estadística: SPSS (12): Estadística Descriptiva, Test de la X^2 , Test de Student, Análisis de la Varianza.

Resultados: Menos de la mitad de los adolescentes no han bebido nunca (45%), siendo este hecho más frecuente en los chicos (51%) que en las chicas (40%) con diferencia significativa ($p < 0,05$). La edad de inicio oscila entre los 8 y 16 a., siendo más frecuente alrededor de los 13 a (21%). Al avanzar la edad aumenta el consumo alcohólico ($p < 0,05$). Las niñas comienzan a beber más tarde pero luego superan a los niños. Se emborrachan el 51,6% de los adolescentes, las niñas inician también algo más tarde esta actividad, pero luego superan a los niños. La edad media para emborracharse por primera vez es 13 a. El 30% de los adolescentes beben más de una vez a la semana. La bebida más consumida es el alcohol de alta graduación 71,5%, seguido de la cerveza (50,6%).

Conclusiones: El consumo de alcohol en los adolescentes de nuestro entorno es muy elevado. (Comparando con la muestra española del HBSC 2006).

Parece útil y aconsejable intervenir y actuar sobre este importante problema, desde nuestro entorno sanitario, coordinándonos con profesores, padres y otros estamentos públicos locales.

Palabras clave: Alcohol, adolescentes.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Progresión de albuminuria a 10 años y su relación con eventos cardiovasculares en personas con diabetes tipo 2

Márquez Calzada C, Cubero Sánchez CM, Rodríguez Pappalardo V, Cubero Fernández VM, Arahal Trigueros R, Pascual de la Pisa B

Distrito Sanitario AP Aljarafe Sevilla

Título: Progresión de albuminuria a 10 años y su relación con eventos cardiovasculares en personas con diabetes tipo 2.

Objetivos: Determinar la progresión de albuminuria y la incidencia de accidentes cerebrovasculares y cardiovasculares durante 10 años, en personas con DM2 y su relación con grado de control metabólico

Material y método: Diseño: Cohortes prospectivas. Sujetos: personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de una zona básica de salud periurbano siendo factor exposición presencia albuminuria en 1998. Variables resultado: Eventos cardiovasculares (angor de inicio, infarto de miocardio, muerte súbita, accidente isquémico transitorio, accidente cerebrovascular o amputación de extremidades inferiores) y fallecimiento por otra causa relacionada o no con la DM2. Fuentes de información: entrevista estructurada presencial; historia clínica informatizada; CMDB y registro de defunción.

Resultados: De las 228 personas en seguimiento el 58,12% eran mujeres.

La albuminuria se incrementó en ambas cohortes: en el 2008 el porcentaje de sujetos con normoalbuminuria fue del 47,6%, microalbuminuria de 26,5% y macroalbuminuria de 25,9%. La incidencia de eventos cardiovasculares fue del 28,7%, sin diferencias entre cohortes.

El control glucémico (Hb1Ac menor 7%) ha empeorado en ambas cohortes, mientras que el control de la tensión arterial y perfil lipídico han mejorado.

Conclusiones: Observamos una elevada prevalencia de micro / macroalbuminuria así como una alta incidencia de eventos cardiovasculares en los sujetos con DM2 tras 10 años de seguimiento. El análisis de los tratamientos farmacológicos despejará dudas sobre su papel como factor de protección y / o confusión.

Palabras clave: albuminuria, Diabetes Mellitus Type 2, cardiovascular diseases.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Cómo diferenciar entre fractura de 5º metatarsiano y apófisis no fusionada no patológica en los traumatismos pediátricos del pie

Heredia Pareja F, Berenguel Martínez P, Godoy González VM, Martínez Moleón AJ, Lario de la Flor A, Quero Pastor J

AIG Cuidados críticos y urgencias. Hospital de Poniente. Almería

Título: cómo diferenciar entre fractura de 5º metatarsiano y apófisis no fusionada no patológica en los traumatismos pediátricos del pie.

Objetivo: La fractura del 5º metatarsiano en niños tras traumatismo en pie es muy frecuente. Radiológicamente, dudamos entre si son líneas de crecimiento óseas o líneas de fractura. Nuestro objetivo es hacer diagnóstico diferencial entre estas dos entidades, y vendrá apoyado por la radiografía del otro pie.

Material y métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal. Periodo de estudio: enero a diciembre 2008. Ámbito de estudio- Sujetos: pacientes pediátricos (0-14 años) en Urgencias de un hospital comarcal, derivados desde atención primaria con radiografía de pie y sospecha de fractura de 5ª metatarsiano. Mediciones: base de datos de archivo bibliográfico de nuestro hospital. Método: análisis estadístico: SPSS V10.0

Presentamos 15 pacientes pediátricos remitidos de atención primaria al hospital tras traumatismos del pie por sospecha fractura 5º metatarsiano en radiografía. Presentan dolor en cara lateral del pie,

dificultad para deambular y apoyo completo del pie con mínima impotencia funcional. Inflamación en antepié y cara lateral con leve tumefacción y normalidad neurovascular. Dolor con inversión activa del pie.

En radiografía del pie afecto dudamos de la existencia de fractura y cursamos radiografía del pie contralateral, para establecer diagnóstico diferencial: fractura 5º metatarsiano/ apófisis no fusionada normal de la base del 5º metatarsiano, lo cual se confirma con posterioridad.

Conclusión:

1- En traumatismos del pie del paciente pediátrico: diferenciar en radiografía que la línea de fractura discurre en ángulo recto respecto al eje de la diáfisis metatarsiana, mientras que la línea de crecimiento mantiene posición oblicua.

2- Asegurar diagnóstico: el tratamiento cambia desde vendaje elástico y analgesia hasta férula posterior de yeso tres semanas.

Palabras clave: fractura, quinto, metatarsiano.



COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Estudio de la población inmigrante que consulta en atención primaria por problemas de salud mental

López Torres G¹, Rupérez Larrea M¹, Osorio Martos C², Novo Martín JJ³, Hernández Carmona A⁴, De los Ríos Alvarez AM^{a1}

¹CS Cartuja. Granada

²CS Almanjáyar. Granada

³CS Cambil. Jaén.

⁴Z.B.S. Villacarrillo. Jaén

Título: estudio de la población inmigrante que consulta en atención primaria por problemas de salud mental.

Objetivo: Identificar pacientes inmigrantes (PI) con problemas de Salud Mental en función de su sintomatología, investigando variable relacionadas con la inmigración que pueden influir en la presentación y comparación con PI que no tiene esa sintomatología, en las consultas a demanda de Atención Primaria.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud.

Población y muestra: PI que consulta en centro de salud por cualquier motivo. Tamaño muestral N=198. Se divide la muestra en 2 grupos: pacientes que han consultado por síntomas sugerentes de ansiedad y/o depresión (SSM) (según criterios DSM-IV) ó no (NSSM).

Intervenciones: Entrevista valorando los motivos de consulta (MC), se recogen edad, sexo, motivo

de consulta (MC) agudo ó crónico, estado civil (EC), Situación laboral (Slab), Situación Legal (Sleg), tiempo viviendo en España (TE) y dificultades de comunicación (DC). La distribución de las variables se ha comparado mediante el test Chi-cuadrado y el test exacto de Fisher.

Resultados: Se recogen datos de 198 pacientes con una edad media de 37+/- 12.22 años, sin diferencias por edad, de los que 80 (40%) han tenido SSM, siendo más frecuente entre las mujeres ($p=0.013$), no encontramos diferencias en cuanto a EC, Slab, Sleg, TE, ni DC. Los pacientes SSM consultaron por procesos agudos en mayor proporción ($p=0.005$).

Conclusiones: Los trastornos del estado de ánimo, así como ansiedad se presentan con mayor frecuencia en la población inmigrante debido a los múltiples situaciones de estrés a las que deben enfrentarse.

Palabras clave: immigrant (inmigrante), anxiety disorder (Trastorno de ansiedad), depression (depresión).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Tratamiento para la osteoporosis, ¿cómo lo hacemos?

Rodríguez Dujat des Allimes M, Fernández-Távora Pérez V, Pérez Barroso A, Ortega Carpio A, Pardo Álvarez J, Camacho Garrido J

CS El Torrejón (Huelva)

Título: tratamiento para la osteoporosis, ¿cómo lo hacemos?

Objetivos: Describir la orientación diagnóstica y adecuación terapéutica de los pacientes en tratamiento osteoporótico (OTP)

Metodología: Estudio observacional. Seleccionamos mediante muestreo por conglomerados 103 pacientes en tratamiento OTP. Describimos datos demográficos, factores de riesgo de OTP (FROTP), de caídas (FRC), pruebas complementarias, tipo de tratamiento y profesional que lo instauró. Consideramos tratamiento adecuado con suplementos de Calcio la ingesta <1500 mg/día con FROTP, y con antirresortivos tener antecedentes de fractura osteoporótica, tratamiento corticoideo >3 meses o >4 puntos en la escala Black (>6 si incluye densitometría).

Resultados: El 93% son mujeres con 69 años de edad media. 47,6% presenta antecedente de fractura osteoporótica, (57,1% vertebrales). Los FROTP más prevalentes fueron menopausia precoz (27,2%) y tratamiento esteroideo (17,5%), y el

principal FRC tomar medicación depresora (77,7%). El 26,2% tienen hecha densitometría (37% en regiones no validadas). El 60,9% tienen radiografía vertebral (44,4% con fractura y 33,3% con hipertransparencia). Un 65% tienen prescritos bifosfonatos. El médico de familia es quien más inicia el tratamiento tanto con Calcio (48,9%), como con Antirresortivos (33,3%), seguidos de traumatólogos y reumatólogos. La adecuación del tratamiento es buena para el Calcio en un 79% y para los antiresortivos en el 66%, sin diferencias significativas entre especialidades. El presentar antecedente de fractura OTP se asoció a la prescripción de antiresortivos (OR 4,3 $p<0.05$).

Conclusiones: Existe un bajo uso diagnóstico de la densitometría, priorizándose clínica y radiología. La adecuación del tratamiento es aceptable pero mejorable. Es necesario estandarizar criterios para conseguir una práctica clínica homogénea y adecuada.

Palabras clave: Osteoporosis (Osteoporosis), Bifosfonatos (Bisphosphonates), Prescripción de medicamentos (Prescription, drugs).



COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Presión de pulso y lesión en órganos diana en diabéticos tipo 2

Guillén Rodríguez M, Calvo Lozano J, Remesal Barrachina MJ, Aguado Toscano M, González Martínez R, Gómara Hernández V

CS Molino de la Vega (Huelva)

Título: Presión de pulso y lesión en órganos diana en diabéticos tipo 2.

Objetivos: Evaluar la relación entre valores de presión de pulso (PP) y existencia de lesión en órganos diana, mediante retinografía e índice microalbuminuria/creatinina (IMAC) en pacientes diabéticos tipo 2 (dm2) del centro de salud.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Sujetos: todos los diabéticos a los que se les realiza retinografía en los dos últimos años. Registros en historia clínica de datos demográficos, presión arterial sistólica (PAS), diastólica (PAD), PP, IMAC, eventos cardiovasculares (EVC) y existencia de retinopatía.

Resultados:

El 17% presentan antecedentes de eventos cardiovasculares. La PP media fue 59 ± 14 . Tienen retinopatía el 21,6%. La duración media de la DM2 en los retinopatas fue $6,9 \pm 4,3$ y de $5,13 \pm 2,9$ en los que no la tienen ($p < 0.001$), y sin diferen-

cias en relación al sexo, edad, hipertensión y dislipemia.

La PP se relaciona de forma significativa con la retinopatía. La PP media con retinopatía fue $64,25 \pm 16,3$ y de $58,39 \pm 13,8$ en no retinopatas ($p = 0.011$). La PAS, PAD, la edad y los EVC igualmente presentó relación significativa con la PP. El 17,7% presentan IMAC positivos. La PP media con IMAC positivo fue $63,58 \pm 16,9$ y $58,91 \pm 13,2$ ($p = 0,059$).

Conclusiones: La retinopatía es complicación frecuente en DM2. Es necesaria la retinografía en todos los diabéticos. Encontramos la PP relacionada con la retinopatía y en límites significativos con la nefropatía incipiente. Actualmente no es posible definir valores "normales" de PP, estudios publicados indicarían que valores mayores de 65 mmHg se asociarían con mayor morbimortalidad vascular.

Hacen falta estudios que aclaren si la PP de forma aislada podemos tomarla como un factor más de riesgo cardiovascular.

Palabras clave: presión de pulso, diabetes mellitas, órganos diana.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Podemos evaluar y mejorar la atención a pacientes en situación terminal en un centro de salud urbano?

Colchero Calderón M^aC¹, Del Yerro Páez VM²

¹ Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Master Universitario en Cuidados Paliativos. Médico de Familia. UGC Ronda Histórica. Sevilla

² Doctor en Medicina. Médico de Familia. UGC Ronda Histórica. Sevilla

Título: ¿Podemos evaluar y mejorar la atención a pacientes en situación terminal en un centro de salud urbano?

Objetivos: Evaluar la calidad de los cuidados paliativos según el proceso asistencial integrado de cuidados paliativos 2006 (PAICP) y recomendaciones de SECPAL 2003 para equipos no específicos. Conocer si los indicadores son sensibles a cambios en la asistencia específica: acuerdo de gestión, comunicación protocolizada entre el centro de primaria y la unidad de hospitalización domiciliaria de referencia, sesiones multidisciplinarias periódicas, referente del proceso en el centro con formación y dedicación parcial.

Diseño: Estudio descriptivo entre septiembre de 2007 y diciembre de 2008 en un centro de salud urbano. Valoramos los indicadores de calidad del Proceso cuantificados desde la historia clínica por la aplicación DIABACO. Asimismo, valoramos cuatro indicadores cualitativos de SECPAL.

Emplazamiento: Unidad clínica de gestión Ronda Histórica y Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital Virgen Macarena

Población: Los sujetos de estudio son todos los pacientes incluidos en el Proceso de cuidados paliativos en el centro de salud, estuvieran o no atendidos también en hospitalización domiciliaria.

Intervenciones: Conociendo datos previos, introducimos cambios en la organización tenden-

tes a mejorar la comunicación interniveles y la respuesta ágil en el centro de salud a estos pacientes. Comparamos datos finales de cada año.

Resultados principales:

Indicadores PAICP: se indican el total y el porcentaje, entre corchetes el valor del estimador (n/%; [estimador]).

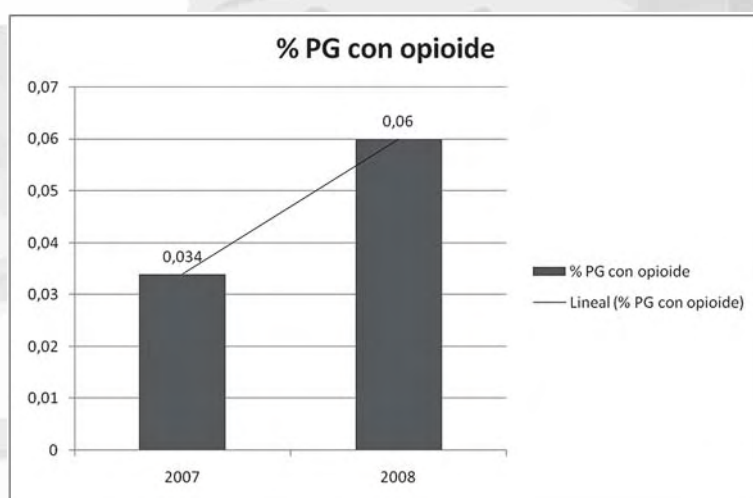
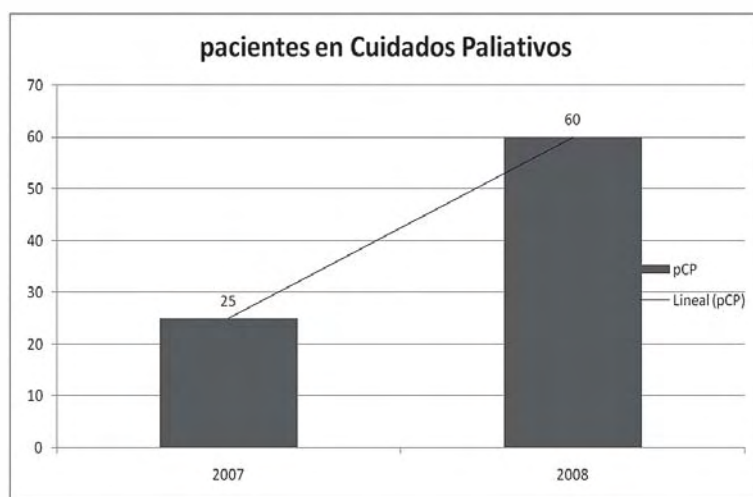
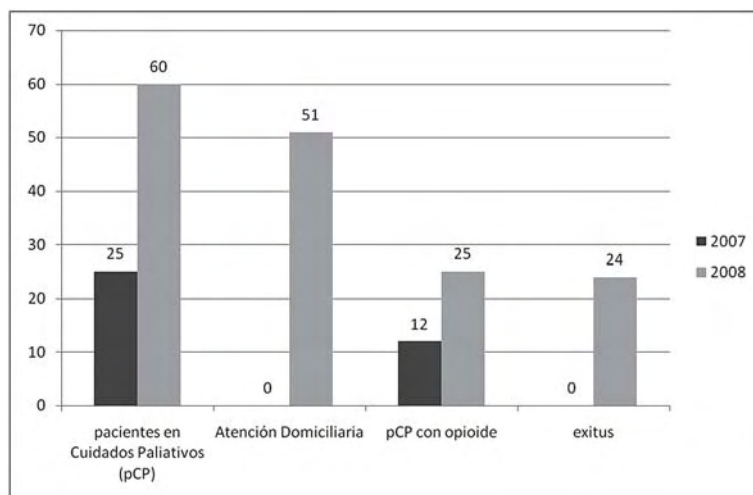
2008: *pacientes en cuidados paliativos* (pCP): 60/0,16; [0,15% población general (PG)]. *Atención domiciliaria* (AD): 51/85; [100% pCP]. *Uso de opioides*: 25/41,66/0,06; [40-60%pCP], [0,05% PG]. *Exitus*: 24/36,92 pCP.

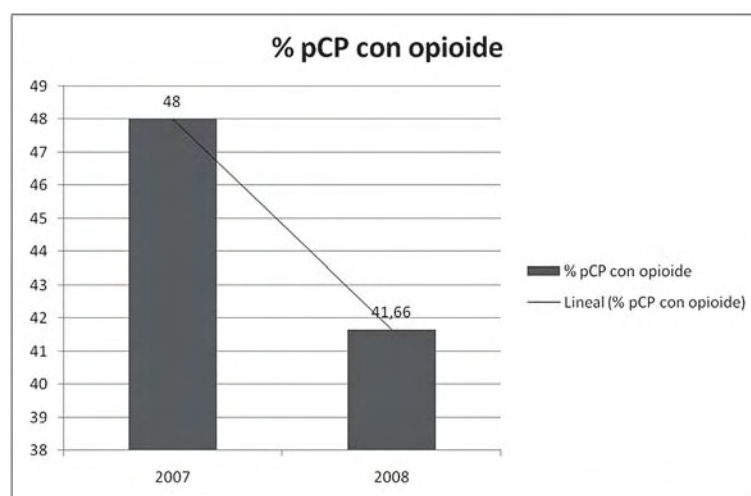
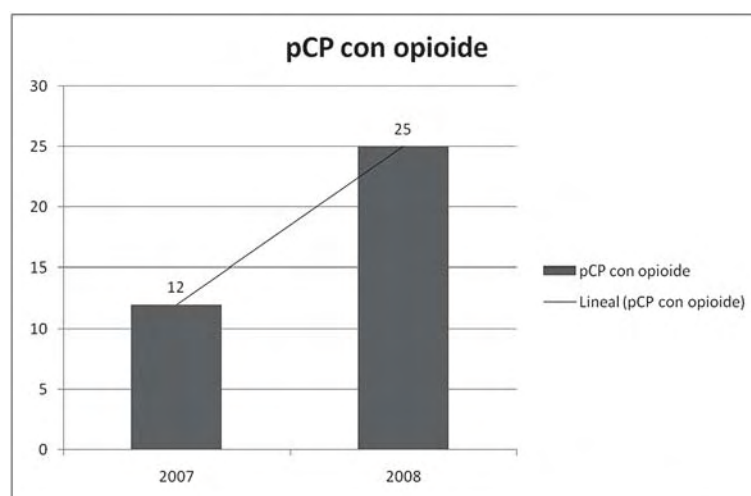
2007: *pCP*: 25/0,07; *AD*: no conocido; *opioides*: 12/48/0,034; *exitus*: no conocido.

Indicadores SECPAL: Coordinadores: 1 médico y 1 enfermero de enlace. Formación específica: Sí. Dedicación parcial: Sí. Trabajo en equipo: No.

Conclusiones: Los indicadores son imprecisos. No discriminan entre la situación terminal oncológica o por insuficiencia de órgano. No miden adecuación de indicación-prescripción de opioides. Deberían formularse indicadores de resultados clínicos. La coordinación interniveles parece mejorar la atención.

Palabras clave: Cuidados paliativos. Atención primaria. Indicadores de calidad de cuidados de salud. Palliative care. Primary Health Care. Quality indicators health care.





COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Factores de riesgo cardiovasculares asociados al paciente dislipémico

Valenzuela López MI¹, Martín Moreno P², Sánchez Zafra A², López Cintas R¹, Hernández Blanco E¹, Sánchez Mariscal MD²

¹CS Salvador Caballero (Granada)

²CS Almanjáyar (Granada)

Título: Factores de riesgo cardiovasculares asociados al paciente dislipémico.

Objetivos: Describir los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) asociados al paciente dislipémico en prevención primaria

Material y métodos: Estudio descriptivo-transversal multicéntrico (3 Centros de salud urbanos) en pacientes con hipolipemiantes durante 2008 que no presentan enfermedad cardiovascular conocida. Se escogió una muestra estratificada por edad-sexo. Variables estudiadas: edad, sexo, tabaco, hipertensión, diabetes, perfil lipídico, cálculo de riesgo cardiovascular de Framingham (RCV), estatina prescrita. El análisis estadístico se hizo con SPSS 15.0.

Resultados: Obtuvimos una muestra de 325 pacientes (61,2% mujeres). Edad media: 63,89 años (DE 10,64). Entre los FRCV encontramos: 24,6% era fumador, 64% hipertenso (el 68% de los cuales con buen control de cifras tensionales), el 36,6%

era diabético con una Hba1c media de 7,5%. El 46,8% de la muestra tenía calculado el RCV (de los cuales el 30,9% tenía riesgo bajo, el 40% moderado y el 28,9% alto). El perfil lipídico registrado era: colesterol total 229,71 (DE 55), HDL 53,69 (DE 15,57), LDL 137,15 (DE 42,66), triglicéridos 167,5 (110-250). La simvastatina era prescrita en un 73,8% de los pacientes. Se usaba en monoterapia en el 95,7% de los casos. Encontramos diferencias significativas en cuanto al RCV y el sexo ($p<0,001$) con un riesgo cardiovascular más alto en hombres que en mujeres.

Conclusiones: Las mujeres consumen hipolipemiantes en mayor proporción que los varones. En más del 50% de la muestra no se había calculado el RCV (presentando un riesgo bajo uno de cada 3 pacientes y existiendo diferencias significativas por sexo, siendo más alto en varones).

Palabras clave: dislipemia, estatinas, riesgo cardiovascular.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Atención al paciente psiquiátrico en DCCU

Reyes Requena M¹, López Ramón I¹, Salguero Valero M^aM²

¹ Médica DCCU. Granada

² Coordinadora de enfermería DCCU. Granada

Título: Atención al paciente psiquiátrico en DCCU.

Objetivo:

-Analizar los casos de asistencia psiquiátrica realizada por DCCU.

-Conocer las derivaciones hospitalarias de estos pacientes psiquiátricos.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: El trabajo se ha llevado a cabo en el Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Granada en la zona centro (centro de salud Gran Capitán).

Población y muestra: Los pacientes que se han recogido, son asistidos por DCCU tanto en el dispositivo como en domicilio, con síntomas psiquiátricos.

Resultados: Se han revisado manualmente 664 historias clínicas de demandas asistenciales tanto en domicilio como en el propio dispositivo de cuidados críticos, correspondientes al año 2008,

de este total 69 demandas (10,4%) corresponden a diferentes síntomas de patología psiquiátrica (Fig. 1).

Se trasladan a hospital 7 casos (10,1%), se resuelven en domicilio 62 casos (73,9%).

Fue necesaria presencia policial en 18 casos (26,1%) y en 51 (83,9%) no fue necesaria la policía (Fig. 2).

Conclusiones: La adecuada atención comunitaria a la población con enfermedades mentales graves y crónicas (esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, trastornos delirantes, otras psicosis, etc....) exige una organización de una amplia y variada gama de servicios y recursos que cubran sus diferentes problemáticas y necesidades.

Es fundamental la implicación de los servicios sociales en la atención, rehabilitación y apoyo a la integración social de esta población, trabajando de un modo coordinado y complementario con la red de servicios sanitarios de salud mental.

Palabras clave: Patients, psychiatry, emergency.

Figura 1:

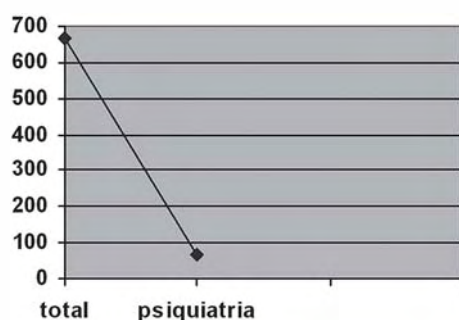
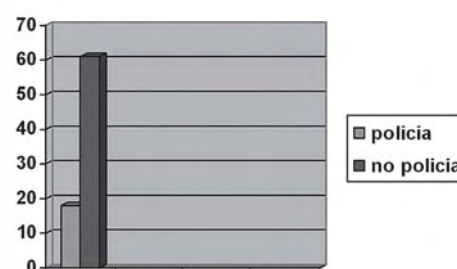


Figura 2:



COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Proceso asistencial cáncer de cérvix: solicitud de citologías cervicovaginales

Ortega Jiménez Ana M^{a1}, Alonso Paniagua A², López Hidalgo J³, Aceituno Velasco L⁴

¹MIR 3º año de MFyC. Hospital La Inmaculada. Huércal Overa. Almería

²Médico de familia. CS Cuevas del Almanzora. AGS Norte. Almería

³FEA de Anatomía patológica. Hospital La Inmaculada. Huércal Overa. Almería

⁴FEA de ginecología y obstetricia. Hospital La Inmaculada. Huércal Overa. Almería

Título: proceso asistencial cáncer de cérvix: solicitud de citologías cervicovaginales.

Objetivos:

Estudiar la adecuación de solicitudes de citologías cervicovaginales (CCV) a las recomendaciones del Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Cérvix.

Material y método:

Diseño: Estudio transversal descriptivo

Ámbito de estudio: área de gestión sanitaria.

Población a estudio: mujeres de 14 a 84 años.

Criterios de selección: se tomó como muestra, solicitudes de CCV recibidas en el Servicio de Anatomía Patológica del hospital durante la semana del 6 al 11 de octubre del 2006.

Muestra: 199

Variables: edad, origen de la solicitud (Atención Primaria, AP, Atención Especializada, AE), histerectomía, lesiones precancerosas, positividad para virus inmunodeficiencia humana (HIV), virus del papiloma humano (HPV), inmunosupresión, y otras alteraciones que recomendaran la repetición de dicha prueba y fecha de todas las citologías previas enviadas al servicio de Anatomía Patológica.

Métodos de evaluación de la respuesta: se aplicaron las recomendaciones de la guía del Proceso Asistencial Cáncer de Cérvix de la Consejería de Salud de Andalucía.

Resultados: De las CCV estudiadas (n=199), 48 procedían de AP y 151 de AE de un total de 1500 y 5700 respectivamente solicitadas durante 2006, no habiendo diferencia estadísticamente significativa en la muestra estudiada en ambos niveles: OR=0,82(0,59-1,16; p=0,25). 7 presentaron antecedentes de lesiones precancerosas de Cáncer de Cerviz, una HIV y una histerectomía. Se revisaron las fechas de citologías previas hallándose 53 (26,63%) no ajustadas a las recomendaciones. De ellas 45 (29,80%) en AE y 8 (16,60%) en AP. La diferencia de ambas procedencias no es significativa con OR=2,12 (0,87-5,36; p=0,072%).

Conclusiones: El diseño de estudios de evaluación de los procesos asistenciales integrados nos permite conocer la situación de las variables y tomar decisiones sobre sus desviaciones ya que se utilizan recursos a veces escasos, cuya justificación solo puede hacerse en base a recomendaciones contrastadas y resultados en salud. Aunque las CCV como actividad preventiva debe realizarse en el primer nivel, es todavía escasa la cobertura conseguida en nuestra área siendo necesarias estrategias para que se vaya invirtiendo la procedencia de las solicitudes.

Palabras clave: citología, cáncer de cérvix.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Anticoncepción postcoital en DCCU

Reyes Requena M¹, López Ramón I², Mote Romero E³

¹ Médica DCCU. Coordinadora de Urgencias. Granada

² Médico DCCU. Granada

³ Coordinador enfermería DCCU. Granada

Título: Anticoncepción postcoital en DCCU.

Objetivo: Conocer la demanda asistencial de tratamiento anticonceptivo de urgencia en Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: El trabajo se ha realizado en el dispositivo de cuidados críticos y urgencias de la zona centro de Granada (Centro de salud Gran Capitán).

Población y muestra: La muestra se ha obtenido con la población asistida en 2008 en DCCU Granada, se han revisado manualmente 664 historias clínicas para poder seleccionar las asistencias por anticoncepción postcoital de urgencia.

Se ha analizado la distribución por edades de las pacientes, así como si habían utilizado este método de anticoncepción de urgencia en otra ocasión y si habiendo utilizado otro método anticonceptivo había fallado. Igualmente se analizaron las demandas que no habían utilizado ningún método anticonceptivo.

Resultados: De las 644 demandas (TOTAL), 59 (8,95%) correspondían a demanda por anticon-

cepción de urgencia (ACP). (Fig. 1)

La distribución por edades fue la siguiente (Fig. 2):

<15 años 2 (3,4%)
15-20 años 13 (22%)
21-25 años 20 (33,95%)
26-30 años 16 (27,15%)
31-35 años 7 (11,9%)
>36 años 1 (1,7%)

Los pacientes que habían tomado anticoncepción de urgencia en otra ocasión fueron 26 (44,1%) y lo que no lo habían tomado 33 (55,9%).

No se administró en 5 ocasiones (8,5%), por existir gestación o por estar utilizando otro método anticonceptivo.

Conclusiones: La demanda asistencial por demanda de anticoncepción postcoital urgente en DCCU es importante, sería imprescindible la continuidad asistencial de estas pacientes para poder realizar una adecuada valoración de su estado de salud después de una relación de riesgo así como para evitar las futuras asistencias por el mismo motivo.

Palabras clave: Patients, emergency, contraception.

Figura 1:

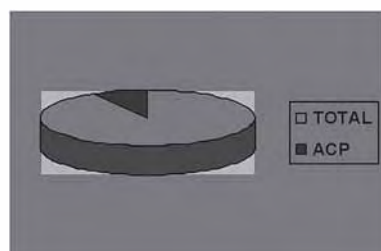
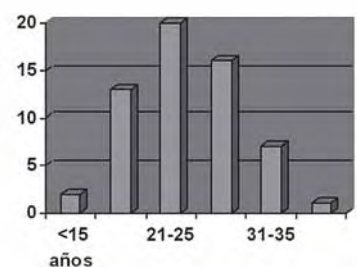


Figura 2:



COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Teledermatología como screening de cáncer de piel en atención primaria

Cabezas Saura PB¹, Pérez Gálvez FJ¹, Cabezas Saura P², Camacho Ibañez JL¹, Sampedro Abascal C¹, Velardo Hernández A¹

¹ Médico de Familia. CS Alcosa. Distrito Sevilla

² Médico preventivista y epidemiólogo. Hospital de Osuna

Título: Teledermatología como screening de cáncer de piel en Atención Primaria.

Objetivo: Evaluar la eficacia del sistema Store-and-Forward como screening de cáncer de piel entre Atención Primaria (AP) y especializada (AE) frente al diagnóstico clínico-dermatoscópico y anatomopatológico (DCDAP) como gold estándar.

Diseño: Estudio de concordancia diagnóstica entre AP y AE.

Emplazamiento: Centro de salud urbano (CS) de un barrio periférico de Sevilla.

POBLACIÓN Y MUESTRA: Sobre una población urbana de 24.905 dependiente del CS, se analizaron teleconsultas del año 2007 para lesiones sospechosas de malignidad (no pigmentadas de novo, persistentes tipo papuloso-nodular, queratósicas-ulceradas; y pigmentadas con criterios ABCD). Para una prevalencia encontrada de lesiones malignas y premalignas de 19%, con un nivel de confianza del 95%, la precisión de la muestra es de +7,5% (error absoluto).

Intervenciones: De 105 pacientes 31 precisaron DCDAP (29,52%, IC 95% 21,02%-39,22%). El índice Kappa (κ) para ambas concordancias de AP

y AE, con ponderación lineal (PL) y cuadrática (PC), discrimina entre lesiones potencialmente malignas a nivel de significación estadística $P < 0,05$, e intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Para las concordancias observadas entre niveles se realiza un test de comparación de proporciones (TCP).

Resultados: Del total 62 eran mujeres (59,05%, IC 95% 49,02%-68,55%), y edad media de 49,85 años (IC 95% 46,43-53,27). Para AP Vs DCDAP, el nivel de concordancia (NC) con PL: 81,19%, $\kappa = 0,25$, $P < 0,0001$ (IC 95% 0,08-0,41); y PC: 88,75%, $\kappa = 0,10$ no estadísticamente significativo ($P = 0,28017$) (IC 95% -0,18-0,38). Para AE Vs DCDAP, el NC con PL: 90,95%, $\kappa = 0,67$, $P < 0,00001$ (IC 95% 0,52-0,83). La PC: 92,86%, $\kappa = 0,51$, y $P < 0,00001$ (IC 95% 0,25-0,78). El TCP entre concordancias fue no significativo: PL $P = 0,046248$ (diferencia 9,76% IC 95% 0,26%-19,26%); PC $P = 0,314529$ (diferencia 4,11% IC 95% -3,88%-12,10%).

Conclusiones: La teledermatología es eficaz como screening de cáncer de piel en AP, con diferencia de concordancias entre niveles asistenciales no significativa.

Palabras clave: Telemedicine (Telemedicina), skin Neoplasms (Cáncer de piel), Mass Screening (Cribado masivo).

Tabla de valores de índice Kappa para concordancias entre AP vs DCDAP y AE vs DCDAP, con las diferencias entre las mismas, incluyendo valor de P e intervalos de confianza 95%.

	Ponderación	Concordancia observada	Kappa	Valor de P	Intervalos de confianza 95%
AP vs DCDAP	Sin ponderar	58,10%	0,2957 3	0,00000	0,1635 a 0,4279
	Lineal	81,19%	0,2466 6	0,00003	0,0838 a 0,4095
	Cuadrática	88,75%	0,1029 7	0,28017	-0,178 a 0,3842
AE vs DCDAP	Sin ponderar	85,71%	0,7736 7	0,00000	0,6719 a 0,8755
	Lineal	90,95%	0,6745 0	0,00000	0,5195 a 0,8295
	Cuadrática	92,86%	0,5153 5	0,00000	0,2486 a 0,7820
Diferencias AE vs AP	Sin ponderar	0,276100		0,00001 4	0,157539 a 0,394661
	Lineal	0,097600		0,04624 8	0,002582 a 0,192618
	Cuadrática	0,041100		0,31452 9	-0,038790 a 0,120990

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Sabemos por qué se descontrolan nuestros pacientes anticoagulados?Montero Carrera J¹, Pantoja Pertegal F¹, Medrano Sánchez M^aT², García García M^a R³¹ UGC - Centro de Salud "San Pablo" (Sevilla). Distrito Sanitario Sevilla² UGC - Centro de Salud "Montequinto" (Dos Hermanas, Sevilla). Distrito Sanitario Sevilla Sur³ UGC - Centro de Salud "Candelaria" (Sevilla). Distrito Sanitario Sevilla**Título:** ¿sabemos por qué se descontrolan nuestros pacientes anticoagulados?**Objetivos:** Estudiar si conocemos las causas por las que los pacientes con anticoagulantes orales (ATO) seguidos en Atención Primaria (AP) presentan un INR (International Normalized Ratio) fuera del rango terapéutico.**Material y métodos:** Diseño: Estudio descriptivo observacional de corte prospectivo. **Ámbito:** Centro de Salud (CS) urbano. **Población de estudio:** Pacientes con ATO seguidos en AP. **Criterios Selección:** Pacientes del programa de ATO de un CS que presentaron un INR fuera de rango (superior o inferior en al menos 0,1 del rango de INR objetivo). **Duración del estudio:** 1 mes. **Tamaño Muestral:** Valorados 344 pacientes y seleccionados 142. **Variables y métodos de evaluación:** Las variables a estudiar fueron: Género, diagnóstico que indicó la ATO (principal), rango de INR, fármaco anticoagulante usado, INR actual, causa de la descompensación (establecidas previamente) y existencia de sangrado. Durante el análisis capilar se interrogaban a los pacientes con INR fuera de rango. Análisis estadístico: Análisis descriptivo mediante SPSS versión 15.0 para Windows.**Resultados:** Se evaluaron 344 pacientes (169-49,1% hombres; 157-50,9% mujeres). De ellos,

142(41,3%) estaban fuera del rango terapéutico (68-47,9% hombres; 74-52,1% mujeres). El Acenocumarol es el anticoagulante más empleado (114-80,3%). La indicación de ATO más frecuente fue la Fibrilación auricular (94-66,2%) seguido de la trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar (14,1%), portador de prótesis valvular (9,9%), ictus de origen embolígeno (7%) y la valvulopatía severa (2,8%), en último lugar. El rango terapéutico más habitual es de 2-3 (85,9%). El INR mínimo fue de 1,1; el máximo > 8 y la moda 1,9. La principal causa hallada en los pacientes con descompensación del INR fue desconocida (100-70,4%); seguida de la modificación del tratamiento farmacológico habitual (14,1%); el olvido de algún comprimido; las modificaciones en la dieta (ambos 5,6%); la pérdida de peso (1,4%); el incremento en el consumo de tóxicos y la suspensión temporal del ATO (ambos 0,7%).

Conclusiones: Desconocemos, la mayor parte de las veces, la causa por la que nuestros pacientes en tratamiento con ATO, presentan un INR fuera de rango.**Palabras clave:** Acenocoumarol (Acenocumarol); Anticoagulants (Anticoagulantes); Warfarin (Warfarina); International Normalized Ratio (INR).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Revisión de la patología psiquiátrica atendida por un dispositivo móvil de emergencias extrahospitalario: recursos y tiempo consumidos

Pérez López¹, Pousada Belmonte M², Morán Rodríguez A³, Figueroa Chacón R⁴, Utrera López D⁵, Palacios Sánchez MA²

¹ Médico de Familia. UGC DCCU La Janda (Cádiz)

² DUE UGC DCCU Cádiz

³ Médico de Familia. . UGC DCCU Cádiz

⁴ DUE H. La Línea (Cádiz)

⁵ DUE H. Punta Europa (Algeciras. Cádiz)

Título: Revisión de la patología psiquiátrica atendida por un dispositivo móvil de emergencias extrahospitalario: recursos y tiempo consumidos. **Objetivos:** Analizar los principales motivos de consulta de estos pacientes, recursos, tiempo consumidos y destino final.

Estudio: descriptivo retrospectivo

Emplazamiento, población y muestra: Población total de 60.752 habitantes distribuidos en cinco términos municipales predominantes (Conil, Barbate, Zahara, Benalup y Vejer) que son atendidos por un dispositivo móvil de cuidados críticos y urgencias.

Intervenciones: Nos basamos en las historias clínicas del 2008 que una vez cumplimentadas se llegó al diagnóstico de alguna patología psiquiátrica. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, motivos de consulta, tiempo y recursos consumidos, si tomaban tratamiento psiquiátrico previo al evento, y destino final de los pacientes

Resultados: Se atendieron 1573 urgencias de las cuales 96 finalizaron con código de patología

psiquiátrica, representando el 6.16% del total. Prevalece el intervalo de edad entre los 30-40 años, el 55.2% eran mujeres. Los diagnósticos más frecuentes eran: crisis de ansiedad 52%, intoxicación por medicamentos con fines autolíticos 20.8%; brote psicótico 11.4%, agitación psicomotriz 4.1%, intento de autolisis por otras causas 7,2%. El 37.03% de los pacientes con fines suicidas ya lo habían intentado previamente. El 31.25% de los pacientes ya tomaban medicación psiquiátrica. Al 53.1% se le dió de alta y el 46% fueron trasladados al Hospital.

Conclusiones: El paciente psiquiátrico que mayor número de avisos genera es la crisis de ansiedad. La mayoría de estos pacientes no constituyen en sí una verdadera emergencia psiquiátrica, ya que el 53.1% son dados de alta en el lugar de la asistencia. Los pacientes que más tiempo y recursos consumen son los intentos de autolisis. El aumento de la patología psiquiátrica en la actualidad hace imprescindible aunar esfuerzos para evitar que esta nueva epidemia no colapse los ya saturados servicios de urgencias.

Palabras clave: psycchiatry, autolysis, resources.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Revisión de los síndromes coronarios agudos con elevación del ST (SCACEST) y las fibrinolisis realizadas por una unidad móvil, en un área dispersa y alejada del hospital

Pérez López I¹, Pousada Belmonte M², Lucas Fernández C¹, Utrera López D³, Figueroa Chacón R⁴, Bache Mariscal M⁵P⁵

¹ Médico de Familia. UGC DCCU La Janda (Cádiz)

² DUE UGC DCCU Cádiz

³ DUE H. Punta Europa (Algeciras. Cádiz)

⁴ DUE H. La Línea (Cádiz)

⁵ DUE UGC DCCU La Janda (Cádiz)

Título: Revisión de los síndromes coronarios agudos con elevación del ST (SCACEST) y las fibrinolisis realizadas por una unidad móvil, en un área dispersa y alejada del hospital.

Objetivos. Resaltar el papel de la reperusión coronaria en el ámbito extrahospitalario en los pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST).

Estudio: descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento, población y muestra: Población total de 60.752 habitantes distribuidos en cinco términos municipales predominantes (Conil, Barbate, Zahara, Benalup y Vejer) que son atendidos por un dispositivo móvil de cuidados críticos y urgencias entre Septiembre del 2004 a Febrero 2009.

Intervenciones: Para realizar el análisis nos documentamos en las historias clínicas, en los que una vez cumplimentados se llegó al diagnóstico de SCACEST, así como en los datos disponibles

en la Unidad de Cuidados Intensivos de nuestro Hospital de referencia.

Resultados Numero de casos de SCACEST 88, de los cuales el 38.6%(34) se incluirían dentro de la prioridad I ARIAM, el 38.6% (34) en la prioridad II ARIAM y el 22.7%(20) en la prioridad III ARIAM. Numero total de fibrinolisis: 30 (88.3%). El tiempo desde el inicio del dolor hasta el primer contacto con el sistema sanitario, constituye la causa más frecuente de exclusión de tratamiento fibrinolítico.

Conclusiones Se podría trabajar sobre la variable tiempo de evolución para conseguir el aumento de aplicación del tratamiento trombolítico en las primeras 2 horas, solo posible si se realiza en la atención extrahospitalaria. Sería importante trabajar en este sentido, organizando campañas informativas para la población, mejorando la formación de los profesionales de la salud y manteniendo una optima comunicación entre niveles.

Palabras clave: infarct, fibrinolisis, priority.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia de la situación de dependencia y características de la población dependiente de un área sanitaria

Sánchez García B¹, Payares Cordero MP¹, García Fernández C¹, García Ponce FJ¹, Barros Rubio C², Guija Villa E¹

¹ Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pinillo Chico. El Puerto de Santa María (Cádiz)

² Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente MFYC Bahía de Cádiz-La Janda

Título: Prevalencia de la situación de dependencia y características de la población dependiente de un área sanitaria.

Objetivos: Conocer la prevalencia, características de los dependientes y tipo de ayuda reconocida según grado de dependencia.

Diseño: Estudio observacional descriptivo y transversal.

Emplazamiento: Población dependiente.

Población y muestra: Población dependiente de nuestra área sanitaria solicitante de alguna prestación.

Intervenciones: Revisión de solicitudes de valoración de dependencia, del grado admitido y la ayuda concedida.

Resultados:

De 1001 solicitudes de valoración de dependencia pertenecientes a 4 Centros de Salud de un área sanitaria, terminaron el estudio 847 (84.62%), 305 hombres (36%) y 542 mujeres (64%). Las pérdidas fueron por fallecimiento, traslado u otros motivos.

La media de edad fue 70.68 años, el intervalo con más pacientes fue el comprendido entre los 80 y 84 años con 160 solicitantes (19%).

Se codificaron 273 códigos CIE-9 diferentes, los más prevalentes fueron: diabetes mellitus (28.45%), hipertensión arterial (25.27%), osteoartrosis (13.58%), degeneración cerebral (11.81%), enfermedad cerebrovascular aguda (10.63%), síntomas urinarios (8.26 %), trastorno depresivo (6.14%), psicosis orgánica senil y presenil (6.02%).

La media de enfermedades por paciente en cada tramo de edad fue la misma de 0 a 4 años que de 95 a 99 años.

El grado 3 nivel 2 (27%) fue el más solicitado y la ayuda aportada mayoritariamente fue económica (31%).

Conclusiones: La población de nuestra área sanitaria solicitante de ayuda por dependencia es añosa, donde las enfermedades más prevalentes están relacionadas con el envejecimiento y factores de riesgo cardiovascular.

La población más joven tiene una media de enfermedades similar a la del grupo con más edad.

El mayor porcentaje de solicitantes tenían un alto grado de dependencia y la ayuda económica fue la prestación más concedida.

Palabras clave: Activities of daily living (Actividades de la vida diaria), aging (Envejecimiento), chronic disease (Enfermedades crónicas).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Promoción de la Salud en AP mediante el diseño de un taller de formación en comunicación de malas noticias según el modelo de Buckman

Gala León FJ¹, Lupiani Giménez M², Barreto Romaní M^aC³, Lupiani Giménez S⁴, Bernalte Benazet A⁵, Míret García M^aT⁶

¹ Catedrático de la EU de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz. Investigador Responsable del Grupo Investigador CTS-386-PAI

² Profesora Doctora Titular de la EU de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz. Grupo Investigador CTS-386-PAI

³ Enfermera, Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz)

⁴ Médico, Centro de Salud La Merced (Cádiz)

⁵ Profesor Doctor Titular de la EU de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz. Grupo Investigador CTS-386-PAI.

⁶ Antropóloga de la Salud. Grupo Investigador CTS-386-PAI

Título: Promoción de la Salud en AP mediante el diseño de un taller de formación en comunicación de malas noticias según el modelo de Buckman.

Introducción: En medicina familiar un adecuado manejo de la comunicación no es menos importante que los conocimientos y destrezas biotécnicas e instrumentales; así, en AP, la comunicación de malas noticias es trascendente, pues ser inhábil al transmitirlas genera sufrimiento al Profesional y al Usuario, deteriorando la relación y provocando sobreestrés profesional, baja autoestima, depresión y burnout; incidiendo retroactivamente en el Usuario; pero, pese a lo frecuente que es transmitir malas noticias en la AP cotidiana, los profesionales suelen adolecer de una formación específica al respecto.

Objetivo: Planteamos el diseño piloto de un Programa/Taller Formativo en Comunicación de Malas Noticias, para: Mejorar las habilidades y destrezas al respecto; Aumentar la autoconfianza y autoestima de los/as Profesionales; Mejorar la relación P.S.-E, y Amortiguar en los Profesionales posibles patologías subsidiarias a este déficit.

Diseño: Se trabajará con 30 Médicos/as del Distrito Cádiz de AP, 15 horas durante 3 días, sobre: Qué son las malas noticias; Porqué es difícil comunicarlas; Marco legal; Errores frecuentes; Cómo darlas y Habilidades/Actitudes requeridas; según el modelo de Buckman, utilizando Métodos Activos, Role Playing, Técnicas de Entrenamiento en Habilidades Sociales y Counselling.

Conclusiones: Tras aplicar el taller piloto y con los ajustes que esto exija, elaboraremos un Diseño Experimental del Programa, con evaluación pretest/retest de variables pertinentes y seguimiento longitudinal, en dos grupos homogéneos (experimental -aplicación del diseño- y control -sin dicha aplicación-) a fin de evaluarlo, reajustarlo y poderlo aplicar protocolizadamente.

Palabras clave: Communicating bad news in P.A. (Comunicación de Malas Noticias en A.P). Training in Communication in P.A. -Buckman model- (Formación en Comunicación en A.P. -Modelo de Buckman-). Communication and promoting health (Comunicación y Promoción de la Salud).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación de las consultas de población inmigrante y autóctona en atención primaria

López Torres G¹, Osorio Martos C¹, Hernández Carmona A², Ruperez Larrea M¹, Novo Martín JJ³, De los Ríos Álvarez AM^{a1}

¹ Médica. CS Cartuja. Granada

² Médica. CS Villacarrillo. Jaén

³ Médico. ZBS Cambil. Jaén

Título: evaluación de las consultas de población inmigrante y autóctona en atención primaria.

Objetivo: Valorar los distintos motivos de consulta (MC) por los que acude la población inmigrante (PI) a las consultas de Atención Primaria (AP). Evaluar si existen diferencias con la población autóctona (PA).

Diseño: Estudio Descriptivo Transversal.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Población y muestra: una muestra de PI que han consultado (consultas clínicas a demanda y programadas) en AP comparando con una muestra de PA con distribución etaria y por sexo similar; Tamaño muestral: 107 inmigrantes (edad media: 35.27±9.6 años) y 107 PA (edad media: 35.9±10.3 años). En ambos grupos hay 40 varones y 67 mujeres.

Intervenciones: ninguna de interés.

Resultados La PI y PA no se diferencian en cuanto a MC por procesos agudos y demandas administrativas. Sí existen diferencias en cuanto a procesos crónicos y consultas programadas, siendo mayor en PA ($p=0.0311$) (IC: 1.4-28.5), por signos y síntomas mal definidos (SSMD) ($p=0.0279$) (IC: 1.5-24.7), ansiedad ($p=0.037$) (IC: 0.8-23.5) y ambos a la vez ($p=0.008$) (IC: 3.3-22.9) superior en PI.

Conclusiones: Es necesario incrementar la utilización de Programas y Procesos en la PI e investigar situaciones de estrés asociadas a la inmigración, pudiendo aumentar los SSMD y ansiedad.

Palabras clave: immigrant, immigration, non migrant.



COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Estudio acerca del nivel de conocimiento de inglés de los residentes de medicina familiar y comunitaria andaluces

Pendón Fernández S

Médico de Familia. Área Sanitaria Axarquía. Málaga

Título: Estudio acerca del nivel de conocimiento de inglés de los residentes de medicina familiar y comunitaria andaluces.

Objetivo: Conocer la importancia que los residentes de medicina familiar y comunitaria andaluces dan al conocimiento del idioma inglés en el desarrollo de su trabajo y su formación. Conocer si los residentes de medicina de familia en España están habituados a leer literatura científica en inglés, así como si están capacitados para presentar una comunicación a un congreso internacional o presentar una comunicación en inglés.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Andalucía.

Población y Muestra: Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Andalucía.

Intervención: Se envió vía correo electrónico un cuestionario autocompletable a través de la web a los residentes, que los residentes remitieron a los investigadores vía correo electrónico, donde se preguntaba acerca de la importancia de conocimiento del inglés, nivel de inglés, y capacidad para atender pacientes en dicho idioma, leer literatura científica y presentar una comunicación en dicho idioma. Se recibieron 120 cuestionarios rellenos. Realización en Septiembre de 2008.

Resultados: El 86% de los Residentes opina que es importante o muy importante el conocimien-

to del inglés. Un 73% de los Residentes opina que su nivel de inglés en medio o bajo.

El 40% de los residentes no se considera capacitado para atender a un paciente usando el inglés. El 71% de los residentes cree que tienen un nivel adecuado para poder leer literatura científica en inglés, aunque sólo el 48% suele leer literatura científica y el 59% no es capaz de presentar una comunicación o sesión clínica en inglés.

Conclusiones:

Los residentes de Medicina de Familia andaluces de forma mayoritaria opinan que su nivel de conocimiento de inglés es medio-bajo, aunque opinan que es un aspecto importante para el desempeño de su trabajo. La mayoría de los Residentes consideran que su nivel de inglés no es el adecuado.

La mayoría de los residentes andaluces no lee de forma asidua literatura científica en inglés y no se considera capacitado para presentar una comunicación en dicho idioma.

Sería importante que desde administración y Unidades Docentes se promoviera el conocimiento de este idioma (estancias formativas, cursos, intercambios) pues el inglés es hoy en día el idioma científico internacional.

Palabras clave: Trainee, language, english.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Escala analgésica en pacientes paliativos

Ruedas Larrubia RP², De Los Riscos Mateos EM^{a1}, Rey Martín Ana E¹, González Ranea JC², Camuña Salido AR², Navarro Cid FJ²

¹ Médico de Familia. CS Trinidad. Distrito Sanitario Málaga

² Médico Residente de 4ª año de MFyC. CS Trinidad. Distrito Sanitario Málaga. Unidad Docente de MFyC de Málaga

Título: escala analgésica en pacientes paliativos.

Objetivos: Conocer aplicación de escala analgésica de OMS a pacientes paliativos.

Evaluar asociaciones entre diagnósticos y tratamientos.

Material y Método: Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. C.S. Urbano. Enero-Diciembre 2008. 100% de paliativos (oncológicos y no oncológicos) con icono (N=54) en DIRAYA. Variables: edad, diagnóstico paliativo, tratamiento coadyuvante (antidepresivos, antiepilépticos, corticoides, bifosfonatos) y analgésicos según escala de OMS (1º.- Paracetamol, aines, metamizol; 2º.- Opioides débiles: tramadol, codeína; 3º.- Mórficos) Estadística descriptiva (frecuencia, correlación Pearson). SSPS V15.

Resultados: 54 con icono de paliativos. 76% oncológicos y 24% no: degenerativos. Edad media de tratados con 1º y 2º escalón 78 años *IC al 95%* (73.41, 81.97 y *SD* 11.25) y del 3º escalón 65 años *IC al 95%* (54.9, 74.61 y *SD* 17.71). En 24% no consta tratamiento, de ellos 18% fallecidos.

29,3% analgésicos 1º escalón, 16,7 % del 2º y 30% mórficos.

20,4% con coadyuvante + 1º escalón y 13% coadyuvante + 2º. De los que reciben mórficos 93,3% son oncológicos. Frecuencia de mórfico 4.43 veces superior en oncológicos.

20,4% mórficos + 1º escalón y 37% mórficos + 2º.

Correlaciones positivas débiles: edad-diagnóstico (p 0.001) y diagnóstico-uso de mórficos (p 0.0048). No entre diagnóstico y tratamiento según escala (p 0.79).

Conclusiones: Edad media de paliativos con mórficos (65 años) menor que con 1º y 2º escalones analgésicos de OMS (78 años), encontrando correlación positiva débil entre edad y diagnóstico. Mayoría de paliativos con mórficos son oncológicos (93,3%), existiendo correlación entre diagnóstico y uso de mórficos. No asociación entre diagnóstico y escalón analgésico usado.

Palabras clave: Paliativos (paliatives patiens), escala analgésica (analgesic levels), correlación (correlation).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Estudio de prevalencia de lesiones premalignas detectadas por citología en atención primaria

López Torres G¹, Osorio Martos C¹, Novo Martín JJ², Hernández Carmona A³, García Iglesias Y¹, Salueña Baquedano B⁴

¹ Médica. CS Cartuja. Granada

² Médico. ZBS Cambil. Granada

³ Médica. CS Villacarrillo. Jaén

⁴ Médica. CHARE Guadix. Granada

Título: estudio de prevalencia de lesiones premalignas detectadas por citología en atención primaria.

Objetivo: Estudiar la prevalencia de patología cervical detectado por programa DPC (despistaje de cáncer de cérvix).

Diseño: Estudio descriptivo transversal de prevalencia.

Emplazamiento: Centro de salud.

Población y muestra: Población: mujeres entre 15-55 años incluidas en el programa de DPC en

el momento de estudio en la UAF-1. Tamaño muestral: 161 mujeres.

Intervenciones: sin interés.

Resultados: Citología normal 132(81,98%), infección 27(14,90%), H-SIL o L-SIL 2 (1,24%).

Conclusiones: la prevalencia obtenida de lesiones premalignas cervicales responden a lo esperado en un país desarrollado. No obstante, sería conveniente aumentar la muestra y ampliarlas al resto de unidades de atención familiar del centro de salud.

Palabras clave: cytologies, cervix, DCP.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Perfil sexual de pacientes en programa de DPC en un área de transformación social

López Torres G¹, Osorio Martos C¹, Novo Martín JJ², Hernández Carmona A³, García Iglesias Y¹, Martín Tapias A⁴

¹ Médica. CS Cartuja. Granada

² Médico. ZBS Cambil. Jaén

³ Médica. CS Villacarrillo. Jaén

⁴ Médico. CS de Osorno. Palencia

Título: Perfil sexual de pacientes en programa de DPC en un área de transformación social.

Objetivo: Describir el perfil sexual de mujeres incluidas en el programa DPC (despistaje precoz de cáncer de cérvix) pertenecientes a razas diferentes: caucásica, gitana y otras (inmigrantes) adscritas a un centro de salud urbano de transformación social.

Diseño: Estudio descriptivo transversal de prevalencia.

Emplazamiento: Centro de salud atención primaria.

Población y muestra: Población: mujeres entre 15-55 años incluidas en el programa de DPC en el momento de estudio en la UAF-1. Tamaño muestral: 161 mujeres.

Intervenciones: sin interés.

Resultados: Las mujeres gitanas e inmigrantes presentaron un inicio más precoz de actividad sexual frente a las caucásicas. Asimismo, las mujeres gitanas presentaron un mayor porcentaje de pareja sexual única además de un mayor número de hijos y en edades más tempranas. También se encontró mayor uso del preservativo por parte de mujeres caucásicas en comparación con mujeres gitanas e inmigrantes.

Conclusiones: Dado el perfil de actividad sexual, las mujeres de raza caucásica presentarían un mayor riesgo de presentar lesiones premalignas en el DPC por el mayor número de parejas sexuales diferentes, que las mujeres de raza gitana e inmigrantes. No obstante, en las primeras está más extendido el uso del preservativo que actuaría como factor protector.

Palabras clave: cytologies, cervix, DCP.



COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Percepción en la población de la controversia sobre la efectividad y pertinencia de la vacuna del VPH

Fernández-Távora Pérez V, Ortega Carpio A, Rodríguez Dujat des Allimes M, Pérez Barroso A, Pardo Alvarez J, Camacho González J

CS El Torrejón. Huelva

Título: Percepción en la población de la controversia sobre la efectividad y pertinencia de la vacuna del VPH.

Objetivo: La vacunación contra el Papiloma Humano se inició en Octubre del 2008 en Andalucía en la cohorte de niñas de 1994 a pesar de las controversias científicas sobre su efectividad. Pretendemos evaluar el nivel de conocimientos que tiene la población al respecto.

Metodología: Encuesta de salud realizada en un CS urbano a madres de niñas antes de ser vacunadas. Excluimos a los acompañantes menores de edad, varones, con desconocimiento del idioma o que no consintieran en responder. Como controles seleccionamos enfermeras de CS al ser población en riesgo y profesionales cualificadas para suministrar esta información. La encuesta consta de 12 afirmaciones (V/F).

Resultados: De 93 niñas candidatas a vacunación, 39 no lo han hecho (42%), y del resto, 4 no han contestado (4,3%). Los principales motivos de no vacunación han sido miedo (39%) y olvido (31%), siendo significativamente mayor en sus madres el no estar casadas, tener mas hijos, no hacerse citología periódica ni utilizar anticoncepción ($p<0.05$). Las enfermeras han sido algo mas jóvenes que las madres y con mayor nivel de estudios ($p<0.05$).

(Tabla 1)

Conclusiones: La campaña ha tenido una aceptación moderada. Es necesario informar a la población de los beneficios y riesgos de la vacuna.

Palabras clave: Vaccination, Human Papilloma-virus.

Tabla 1:

	Madres (n=50)	Enfermeras (n=31)	p
No previene ETS	64.0%	90,3%	<0.05
No previene ca. útero y ovario	38.0%	83,9%	<0.05
Previne ca. cérvix	90.0%	96,8%	
No ha demostrado efectividad	52.0%	93,5%	<0.05
No útil contra todos los virus	64.0%	96,8%	<0.05
Útil antes inicio relaciones sexuales	86.0%	77,4%	
No es útil en todas las mujeres	74.0%	67,7%	
Inmunidad no dura toda la vida	80.0%	93,5%	
Cancer Cervix no es muy frecuente	8.0%	32,3%	<0.05
No se detecta por análisis	84.0%	96,8%	
Hace falta mantener citología	88.0%	96,8%	
Los médicos dudan sobre su efectividad	46.0%	74,2%	<0.05

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Influencia de prescripción inducida por segundo nivel en gasto total de una unidad de gestión clínica de atención primaria

López Aguilar J¹, Sánchez Gualberto A², Vázquez Merino AM³, Galloso Santana D⁴

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Director UGC Isla Chica (Huelva)

²Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Isla Chica (Huelva)

³Enfermero de Familia. UGC Isla Chica (Huelva)

⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Isla Chica (Huelva)

Título: influencia de prescripción inducida por segundo nivel en gasto total de una unidad de gestión clínica de atención primaria.

Objetivos: Medición del impacto de prescripción inducida por segundo nivel sobre gasto total de unidad gestión clínica.

Emplazamiento: UGC Centro urbano.

Material y métodos: Estudio Descriptivo transversal.

Ámbito estudio: Prescripción total UGC durante año 2008, extrayendo prescripción inducida por segundo nivel.

Recogida de datos: Se extrajeron datos de farmacia de UGC a través de listados centralizados de distrito. Se separaron aquellos medicamentos de prescripción exclusivamente hospitalaria.

Análisis estadístico: Mediante SPSS v17.

Resultados: El gasto total de la UGC fue de 3.742.852 euros, de los cuales 594.336 euros fue

prescripción inducida (15.87 %). De los 200 primeros fármacos que más influyeron el gasto, 39 eran inducidos por el segundo nivel. Las especialidades que más influyen son: Clopidogrel (2.55%), Inmunosupresores 1.35% (Imatinib, Tacrolimus Micofenolato Mofetilo, Metrotexate), neurología con fármacos antidepresivos 0.78% (Memantina, Rivastigmina, Donepezilo), antiparkinsonianos 0.28% (pramipexol, apomorfina, Levodopa / Carbidopa / Entacapona, Levetiracetam), antipicóticos 0.51% (olanzapina), oftalmología 0.37% (latanoprost), analogo gonadotropina 0.36% (Leuprorelina acetato), antipsicóticos 0.33% (efalizumab, calcipotriol / Betametasona), Ca mama 0.26% (Anastrozol, letrozol). (Ver Tabla1)

Conclusiones: Los medicamentos inducidos por el segundo nivel influyen de manera determinante en el gasto farmacéutico de la UGC (15.87%). Dado el nulo control del médico de atención primaria sobre estos fármacos, sería aconsejable que extrajeran del gasto imputable al médico de atención primaria.

Palabras clave: drugs prescription, primary care, drug cost.

Tabla 1:

ESPECIALIDAD	FARMACO	PORCENTAJE % TOTAL GASTO
ANTIAGREGANTE	CLOPIDOGREL	2,55%
INMUNOSUPRESORES	IMANITIB	
	TACROLIMUS	
	MICOFENOLATO	
	METROTEXATE	TOTAL 1,35%
NEUROLOGIA ANTIDEMENCIA	MEMANTINA	
	RIVASTIGMINA	
	DONEZEPILO	TOTAL 0,78%
ANTIPARKINSONIANOS	PRAMIPEXOL	
	APOMORFINA	
	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONA	TOTAL 0,28%
PSIQUIATRIA	OLANZAPINA	0,51%
OFTALMOLOGIA	LATANOPROST	0,37%
ANALOGO GONADOTROPINA	LEUPROLELINA ACETATO	0,36%
ANTIPSORIASICOS	EFALIZUMAB	
	CALCIPOTRIOL/BETAMETASONA	TOTAL 0,33%
CA MAMA	ANASTRAZOL	
	LETROZOL	TOTAL 0,26

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Medicamentos que más influyen en el gasto farmacéutico de una unidad de gestión clínica

López Aguilar J¹, Sánchez Gualberto A², Vázquez Merino AM³, Galloso Santana D⁴

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Director UGC Isla Chica (Huelva)

² Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Isla Chica (Huelva)

³ Enfermero de Familia. UGC Isla Chica (Huelva)

⁴ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Isla Chica (Huelva)

Título: medicamentos que más influyen en el gasto farmacéutico de una unidad de gestión clínica.

Objetivos: Evaluar los medicamentos que más influyen en el gasto total de una UGC de atención primaria de un área urbana.

Material/Método: Estudio Descriptivo transversal.

Emplazamiento: UGC Centro urbano.

Ámbito estudio: Se extrajeron los 10 primeros fármacos que más influían en gasto total de UGC.

Recogida de datos: Se extrajeron datos de farmacia de UGC a través de listados centralizados de distrito, ordenando por importe total.

Análisis estadístico: Mediante SPSS v17.

Resultados: El gasto total de UGC fue de 3.742.852 euros. Fármacos que más influyen: Omeprazol (3.23%), Atorvastatina (3.07%), Clopidogrel (2.55%), Fluticasona / Salmeterol (2.34%), Budesonida / Formoterol (2.06%), Fen-

tanilo (1.70%), Simvastatina (1.60%), Imatinib (1.34%). El primer lugar de prescripción lo constituyen los accesorios (pañales / tiras reactiva – 7.52 %). (Ver Tabla1)

Conclusiones: Contando el gasto de los 10 medicamentos comentados suponen 25.41 % del gasto total, por ello las medidas de control sobre ellos ofrecen una gran rentabilidad. Hay que destacar el gasto que proviene de pañales y tiras reactivas. El medicamento que más influye en el gasto es el omeprazol, que junto a una tasa de IBP de 137%, indica una sobreutilización de este producto. En segundo y tercer lugar tenemos dos medicamentos claramente inducidos por el segundo nivel, Clopidogrel / Atorvastatina. Los aerosoles en combinación también influyen de manera determinante; habría que estudiar la idoneidad de prescripción de éstos. Destaca el uso del Fentanilo en detrimento de la morfina, la simvastatina, que hace sospechar un sobreuso de ella y el Imatinib (inmunosupresor para la LMC, de indicación por el segundo nivel).

Palabras clave: drugs prescription, primary care, drug cost.

Tabla 1:

	Importe	Envases	P.V.P Envase	%Gasto total
Total UGC	3.742.852,89			
ACCESORIOS	281.771,41	9.083	31,02	7,52
OMEPRAZOL	121.117,64	22.446	5,4	3,23
ATORVASTATINA	115.124,15	2.592	44,42	3,07
CLOPIDOGREL	95.748,80	1.660	57,68	2,55
FLUTICASONA/SALMETEROL	87.912,54	1.153	76,25	2,34
BUDESONIDA/FORMOTEROL	77.201,31	1.198	64,44	2,06
FENTANILO	63.819,28	784	81,4	1,7
SIMVASTATINA	60.155,68	9.718	6,19	1,6
IMATINIB	50.333,92	23	2.188,43	1,34

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Estudio comparativo del control de embarazo en mujeres inmigrantes y no inmigrantes llevado a cabo en una Zona Básica de Salud durante el año 2008

Guerrero Ruiz TI¹, Ramírez Sánchez L¹, Rupérez Larrea M¹, Carretero García S¹, De los Ríos Álvarez A², López Torres G³

¹ Residentes de MFyC. CS Cartuja (Granada)

² Médico de Familia y tutora de residentes. CS Cartuja (Granada)

³ Médico de Familia. CS Cartuja (Granada)

Título: Estudio comparativo del control de embarazo en mujeres inmigrantes y no inmigrantes llevado a cabo en una Zona Básica de Salud durante el año 2008.

Objetivos: Análisis comparativo de las actividades del Proceso de Embarazo, Parto y Puerperio (PEPP) realizadas en el centro de salud (PEPP) en mujeres inmigrantes (MI), comparando con una muestra de mujeres no inmigrantes (MNI).

Material y Métodos: Estudio Descriptivo realizado en Atención Primaria (AP), recogiendo datos de las historias de todas las MI controladas en el Centro comparando con una muestra aleatoria de MNI durante 2008: nacionalidad MI, edad, paridad, semana primer control (S1C), consumo de tabaco, toma suplemento de yodofólico (SYF), número de controles en AP (CAP) y Hospital (CH), realización de ecografías y analíticas en cada trimestre y Educación Maternal (EM). El análisis estadístico se ha realizado con estadísticos descriptivos, comparación de muestras independientes, tablas de contingencia (test de Chi-cuadrado) y test exacto de Fisher.

Resultados: Se recogen datos de 61 MI (21% de todos los embarazos en 2008), (47% marroquíes, 18% rumanas) y 58 MNI. En cuanto a edad, paridad, SYF no hay diferencias significativas, Las MI acuden mas tarde a S1C ($P=0.001$) con menor porcentaje de realización de primera ECO ($P=0.000$) y analítica de primer Trimestre ($P=0.013$), igualándose en los siguientes controles, tienen menos CAP ($P=0.025$) y CH ($P=0.003$), fuman menos ($P=0.000$) y acudieron más a la EM que las MNI ($P=0.001$).

Conclusiones: Las MI acuden con más Edad Gestacional al primer control de embarazo probablemente por un problema de accesibilidad por lo que es necesario un esfuerzo de captación precoz para mejorar el seguimiento de forma paulatina. Son menos fumadoras y han ido a las clases de EM en mayor proporción que las embarazos autóctonas, que también se encuentran en situación de riesgo sociosanitario.

Palabras Clave: pregnancy (embarazo), immigrant (inmigrante), prenatal (prenatal).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Características sociológicas del consumo de tóxicos en adolescentes

Díaz García R, García Ortiz JC, Mateos Esteban A, Navarro Ortiz M

MIR MFyC. CS San Benito. Distrito Jerez, Costa Noroeste

Título: características sociológicas del consumo de tóxicos en adolescentes.

Objetivos: Identificar factores sociológicos relacionados con el consumo de tóxicos en adolescentes.

Material y Método:

-Diseño: Descriptivo transversal.

-Emplazamiento: Zona Básica C.S. San Benito, Distrito Jerez Costa Noroeste.

-Población de estudio: Alumnos de 2º ESO y 2º de Bachillerato de dos centros públicos y dos privados de la zona básica señalada elegidos mediante muestreo por conglomerados, aleatorizado (186 encuestas).

-Intervenciones: Selección de 4 centros (2 públicos y 2 privados), escogiendo de manera aleatorizada 1 curso de cada nivel. Datos obtenidos mediante cuestionarios anónimos autoadministrados en curso 2008-2009. Analizado mediante SPSS v15.

-Principales Variables: centro, consumo, edad de inicio, hábitos familiares, necesidad informativa, cannabis, alcohol, tabaco, Universidad.

Resultados: Edad media 15,2 (12-20) años, 51,6% pertenecientes a colegios privados y 48,4% públicos. Un 54% afirman consumir alcohol habitualmente en centros privados, habiéndolo probado antes de los 14 años un 50,8%, frente al 46% y 38,8% respectivamente en los públicos. El 66,6% de los que consumen cannabis pertenecen a centros privados. El 62,5% de los fumadores refiere que sus padres fuman. El 88,8% de los que beben y el 89,06% de los que fuman desean acceder a la Universidad. Mayor incidencia de fracaso escolar en los que beben y fuman habitualmente. En los colegios privados el 32,29% reclaman más información, frente al 17,7% de los públicos.

Conclusiones: Se aprecia una influencia de padres fumadores sobre tabaquismo adolescente; mayor consumo de cannabis y precocidad en el inicio de consumo de alcohol en centros privados, aunque no existen diferencias entre el consumo total y centros. El consumo no afecta las aspiraciones universitarias. Tendencia al fracaso escolar entre fumadores. Los centros privados solicitan más información.

Palabras clave: Adolescence. Toxic substances. Schools private (Adolescentes, sustancias, Colegios privados).



COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Valoración de los factores de riesgo y adecuación del tratamiento de la osteoporosis en mujeres postmenopáusicas atendidas desde un centro de atención primaria

Soriano Fuentes S

Doctor en Medicina. CS Algeciras-Norte. Cádiz

Título: Valoración de los factores de riesgo y adecuación del tratamiento de la osteoporosis en mujeres postmenopáusicas atendidas desde un centro de atención primaria.

Objetivos: Estimar los factores de riesgo (FR) de osteoporosis y otras características relacionadas con la misma así como la adecuación del tratamiento en mujeres postmenopáusicas.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo.

Emplazamiento: Centro de Salud Algeciras-Norte.

Población y muestra: De una población de mujeres postmenopáusicas mayores de 50 años (N = 293) incluidas en el listado de pacientes del cupo médico (1534) que cumplen los criterios de selección (antecedentes de fracturas y/o tratamiento para la osteoporosis) se obtiene una muestra de 63 pacientes (21.5 %).

Intervenciones: Instrumentos de medida: Test de Índice de fracturas de Black, Escala de riesgo para caídas, Test de cumplimiento terapéutico de Morisky-Green. Cuestionario en el que se registran variables sociodemográficas y antropométricas, antecedentes personales, otros FR de osteoporosis y consumo de medicamentos.

métricas, antecedentes personales, otros FR de osteoporosis y consumo de medicamentos.

Resultados: La media de edad de la muestra estudiada es de 66.3 años (D.E.: 8.1). El 54 % tiene más de 65 años. El 9.5 % son fumadoras y el 14 % pesa menos de 57 kg; El 35.5 % tiene antecedentes familiares de fractura de cadera. El 41.3 % ha tenido una fractura por encima de los 50 años y el 54 % necesita los 2 brazos para levantarse de una silla. Globalmente el 37 % tiene más de 4 puntos en la escala de Black. El 20.4 % presentan riesgo de caídas. El 43. % de la muestra toman psicofármacos y en el 68.5 % están polimedicados. El 81 % está en tratamiento con algún fármaco para la osteoporosis, siendo los bifosfonatos el 78.8 %. Tienen realizada densitometría el 75.4 %. Test de cumplimiento terapéutico (Morisky-Green): 57 % son cumplidores.

Conclusiones: Amplia variabilidad de los FR de osteoporosis en la muestra estudiada. Se requiere el uso de varias escalas de valoración de los FR para una correcta adecuación del tratamiento.

Palabras clave: Osteoporosis, Risk Factors, Primary Care. Osteoporosis, factores de riesgo; atención primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación del riesgo nutricional en pacientes ancianos institucionalizados

Cueto Camarero M^aM¹, Lujano Arenas C², Sánchez Vico AB³, Conzález Calvo J¹, Vargas Sánchez C², Pérez Durillo FT²

¹ Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle (Jaén)

² Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe (Jaén)

³ Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Capilla (Jaén)

Título: Evaluación del riesgo nutricional en pacientes ancianos institucionalizados.

Objetivos: Conocer la frecuencia de riesgo nutricional en ancianos, el perfil del anciano en riesgo de malnutrición y su relación con otros factores personales y psicológicos.

Diseño: estudio descriptivo transversal

Emplazamiento: residencia geriátrica urbana.

Población y muestra: se incluyen todos los ancianos sin patología neuropsiquiátrica invalidante, sin patología aguda y sin nutrición enteral/parenteral.

Intervenciones: Se recogió perfil sociodemográfico, evaluación antropométrica (Peso, talla, IMC, circunferencia del brazo y de pantorrilla), índice de Barthel, Minimental test, mini-nutritional assesment (MNA), calidad de vida (WQOL) y entrevista cualitativa/cuantitativa nutricional.

Resultados: Se valoran 44 ancianos con edad media 82±6, 6 años, 68% mujeres. La ingesta dietética fue de 2164 (±DS377) kcal/día (glúcidos

220±35,6g/d, proteínas 93±19,6g/d; lípidos 103±22,6g/d); el 78% refieren no tener mucho apetito. La media del índice de Barthel fue 68 (±27,3), con mayor independencia en hombres (39% vs 7%; p<0,05 X²). El mini-mental muestra un deterioro cognitivo más frecuente en mujeres (89% vs 54%; p<0,05 X²). La puntuación media del MNA es de 22,7±3,7, con un 55% de la población en riesgo nutricional y sin relación con las variables sociodemográficas. Los pacientes con riesgo nutricional presentan una puntuación inferior en el índice de Barthel (55,2 ± 27,1 vs 85,3 ± 16; p=0,001 t Student) y mayor dependencia (p=0,03 X²), mayor presencia de deterioro cognitivo aunque sin diferencias estadísticas (47,5% vs 30%) y menor puntuación en las áreas de salud general y psicológica del Whoqol-bref (p<0,05 t Student).

Conclusiones: La sospecha de riesgo nutricional en ancianos institucionalizados es alta. El riesgo nutricional se relaciona con una mayor dependencia en las ABVD, menor calidad de vida y posiblemente el deterioro cognitivo.

Palabras clave: ancianos, institucionalización, valoración nutricional.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Es urgente la urgencia?

Barón Espinosa A¹, Navas Acuyo A², García Sánchez T³, Campos Santos P¹, Hidalgo Mesa RM^{a2}

¹ Médica. Dispositivo de apoyo. Unidad móvil ZBS Santa Fe. Distrito Metropolitano Granada

² Enfermera. Dispositivo de apoyo. Unidad móvil ZBS Santa Fe. Distrito Metropolitano Granada

³ Médica de Familia. ZBS Santa Fe. Distrito Metropolitano Granada

Título: ¿Es urgente la urgencia?

Introducción: Los Servicios de Urgencias se encuentran desbordados por varios motivos: aumento de la esperanza de vida, enfermedades crónicas, y problemas sociofamiliares; aunque lo que realmente hace al paciente solicitar asistencia de una Unidad Móvil (UM) es, sin duda, el sentimiento “subjetivo” de presentar una enfermedad urgente y la necesidad de una atención rápida. Pero: ¿Cómo se distribuyen las urgencias según la edad de los pacientes? ¿Son realmente urgencias? ¿Cuántos pacientes necesitan una atención especializada?...

Objetivos:

- Analizar el tipo de paciente que solicita los servicios de la UM: edad, motivo demanda (MD) y diagnóstico emitido (D). Tras los primeros 18 meses de funcionamiento.
- Valorar capacidad de resolución.
- Aportar posibles soluciones a problemas observados.

Material y métodos: ESTUDIO DESCRIPTIVO, Revisión de TODAS las historias clínicas desde Feb-2007 hasta Junio-2008, agrupándolas por sexo, edad, MD, D y destino del paciente.

Resultados: Asistencias realizadas: 4.272 (8,8/día).

0-29 años: 6,3% (hombres: 52,2%); MD: A. tráfico: 19,1% y Disnea: 9,2%; D: No Urgente: 46% y Policontusiones: 42%. Derivaciones: 26%.

30-65 años: 28,7% (mujeres: 54,6%); MD: Mareo: 11,8% y Dolor torácico: 7,8%. D: Ansiedad: 8,9% y Dolor osteoarticular: 6,9%. Derivaciones: 35,4%.

>65 años: 65% (mujeres: 65,6%); MD: Disnea: 12,5% y Mareo: 9,5%; D: Agudización EPOC: 23,3% y No Urgente: 7,2%. Derivaciones: 26,1%.

Conclusiones:

- 1) Elevado número de demandas urgentes finalizan con diagnóstico de patología banal.
- 2) Importante capacidad de resolución domiciliaria (80,5%).
- 3) Se precisa, para mejorar: Educación poblacional para el uso adecuado de las “urgencias”, y mejoras en el sistema de “filtro” de las demandas.

Palabras claves: urgencias, demandas, diagnósticos, sexo, edad, población, resolución.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Diagnóstico de incontinencia urinaria en atención primaria

Montes Parrilla R¹, Salmerón Gualda M^aN², Navarro Sánchez A¹

¹ MIR-R2 Bajo Andarax, Almería

² MIR-R2 Plaza de Toros, Almería

Título: diagnóstico de incontinencia urinaria en atención primaria.

Objetivos:

- Conocer la prevalencia de IU en la población que acude a un Centro de Salud rural.
- Describir el perfil del paciente que padece IU.
- Identificar los motivos por los que los pacientes no consultan.

Diseño: Se realizará un estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio: Atención Primaria.

Sujetos: Pacientes que acuden a una consulta de Atención Primaria

Criterios de Inclusión: pacientes mayores de 40 años que acuden a consulta de centro de Salud, sepan castellano y den consentimiento.

Criterios de Exclusión: pacientes que no sepan castellano

Muestra: Calculamos el tamaño muestral en base a una prevalencia de incontinencia urinaria del 25% (precisión del 7%, nivel de confianza del 95%) en un total de 136 pacientes. Se puede estimar un 40-50% de pérdidas por lo que intentaremos coger 272 pacientes.

Utilizaremos un muestreo consecutivo, conforme vienen a la consulta los pacientes (teniendo en cuenta que tenemos 30 pacientes diarios necesitaríamos recolectar pacientes durante 2 semanas aprox.).

Mediciones e intervenciones: Variables: Edad, sexo, antecedentes personales, mujeres, (nº de hijos, menopausia, medicación habitual, diagnóstico de incontinencia sí o no. Variables recogidas mediante encuesta validada que diagnostica IU y la clasifica.

Análisis estadístico: Se realizará un análisis descriptivo de las características socio-demográficas y clínicas. Las variables cualitativas se presentarán con su distribución de frecuencias, ya sean absolutas o relativas. Las variables cuantitativas se resumirán con medidas de posición y con la correspondiente medida de dispersión.

Limitaciones: Al estimar la prevalencia vamos a tener pérdidas de los pacientes que no acuden a la consulta por estar inmovilizados en el domicilio en los cuales la incontinencia es más frecuente.

El estudio puede tener el sesgo de recogida de información al ser éste un problema que la población no comenta con facilidad

Palabras claves: urinary incontinence (incontinencia urinaria), primary care (atención primaria).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Proyecto de investigación sobre la efectividad de la determinación de proteína C reactiva en la práctica habitual de atención primaria

Romero Ruiz B, Bermúdez Jiménez R, Atienza Martín FJ, Santana Gallego MJ, Lozano Cano MJ, Pastoriza Vilas JC

Médicos. CS Adoratrices. Distrito Sanitario Huelva-Costa

Título: proyecto de investigación sobre la efectividad de la determinación de proteína C reactiva en la práctica habitual de atención primaria.

Objetivos: Evaluar si el uso de una técnica de diagnóstico rápido de infección bacteriana disminuye la utilización de antibióticos en un Distrito de Atención primaria (DAP).

Diseño: ensayo clínico aleatorizado, abierto.

Ámbito: Centros de Salud del DAP.

Población y muestra: 150 Médicos y Pediatras del DAP.

Intervención: Uso de PCR en infecciones respiratorias y de vías urinarias bajas agudas.

Grupo experimental vs Grupo control: Médicos y Pediatras con disponibilidad de uso de PCR vs sin disponibilidad de PCR.

Variable principal de estudio: Tasa media de uso de antibióticos, expresada en Dosis Diarias Definidas de quimioterápicos (DDD) por cada 1000 TAFE (tarjetas sanitarias ajustadas por edad y tipo de farmacia).

Métodos estadísticos: Prueba T para la diferencia de medias de la tasa de uso de antibióticos

en el periodo de estudio, entre el grupo experimental y el control para verificar la hipótesis de que el uso de PCR se relaciona con una tasa más baja de uso de antibióticos (nivel de significación 0.05; potencia: 0.80; tamaño estándar del efecto 0.30). La aleatorización de los participantes se realizará mediante números aleatorios.

Mediciones:

- Diferencia de tasa media entre los médicos del grupo de intervención y los del grupo control.

- Diferencia en la tasa media de todos los participantes del mismo periodo del año anterior al estudio y el del estudio globalmente y en función de las variables (prueba T y modelo de regresión múltiple):

- Ubicación del centro: urbano vs rural.
- Acreditación docente: docente vs no docente.
- Formación: Mir vs no MIR.
- Especialidad: médico de familia vs pediatra.
- Sexo del médico: hombre vs mujer.

Palabras Clave: Antibiotic (antibiótico), Protein C (Proteína C), Primary Care (atención primaria).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Medicina basada en la defensa

Gómez Rodríguez T¹, Luque Gutierrez M¹, Baena Lopez MA¹, Duarte Carazo A², Moreno Martos H¹

¹ Unidad Docente MFyC, Almería

² Hospital. Torrecárdenas. Almería

Título: Medicina basada en la defensa.

Objetivos: Describir perfil y motivos por los que se pide TC craneal en Urgencias. Valorar la adecuación de la petición según protocolos. Utilidad de una intervención programada formativa en indicaciones de TC craneal en Urgencias.

Diseño: Estudio cuasi-experimental sin grupo control ni aleatorización.

Ámbito: hospitalario.

Sujetos: Peticiones de TC craneal en S. Urgencias.

Criterios de inclusión: TC realizadas desde Urgencias durante el periodo de estudio.

Muestra: Peticiones de TC craneal en Urgencias en 6 meses.

Intervención: Se realizarán varias sesiones clínicas en Urgencias, realizando sesiones clínicas en horario de mañana, repasando indicaciones, procesos asistenciales y protocolo elaborado de indicación de TC. Se elaborarán dípticos con indicaciones para realización de TC craneal que estarán disponibles en consulta. Tras 6 meses

de la última intervención, se volverán a estudiar las peticiones de TC y se valorará la adecuación según protocolos establecidos.

Análisis estadístico: Análisis descriptivo: las variables cualitativas se presentan con distribución de frecuencias, las variables cuantitativas con su media, desviación estándar (DE) e intervalos de confianza. Fase analítica, se utilizará el Test de Chi cuadrado para variables cualitativas y Test de la T de Student para cuantitativas. En todos los contrastes de hipótesis se rechazará la hipótesis nula con error de tipo I o error alfa < 0,05. Se hará un análisis de regresión múltiple

Conclusiones: Si con este trabajo se demuestra que el hecho de tener más información y formación en las indicaciones de TC craneal en S. de Urgencias, puede que la adecuación y prescripción mejore con lo que puede llevar una disminución en tiempo de estancia del paciente en S de urgencias y un mejor uso de los recursos, mejorando la eficacia y eficiencia. Formación de Residentes de MFyC, ya que mejorará nuestro criterio para el uso de ese recurso en Atención Primaria.

Palabras clave: cat (tac), emergency (urgencias), prescription (prescripción).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Factores psicosociales en pacientes hipertensos, diabéticos tipo 2, hipertensos y anticoagulados, ¿influyen en el grado de control de la enfermedad y en la demanda asistencial?

Bermúdez Jiménez R¹, Atienza Martín FJ¹, Revuelta Pérez F², Santana Gallego MJ¹, Romero Ruiz B¹, Lozano Cano MJ¹

¹ Médico. CS Adoratrices. Distrito Sanitario Huelva-Costa

² Psicólogo. Departamento de Psicología. Universidad de Huelva

Título: factores psicosociales en pacientes hipertensos, diabéticos tipo 2, hipertensos y anticoagulados, ¿influyen en el grado de control de la enfermedad y en la demanda asistencial?

Objetivo: Determinar si influye el perfil psicosocial, de pacientes diabéticos tipos 2, hipertensos y anticoagulados, sobre el grado de control y la demanda asistencial.

Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Población y muestra: Pacientes crónicos con asignación aleatoria al grupo de estudio mediante muestreo aleatorio sistemático. Muestra (precisión del 10% y confianza del 95%) diabéticos: 96, hipertensos: 96, y anticoagulados: 74.

Intervenciones y mediciones:

Variables dependientes:

1) grado de control: HTA (tas = 140 mmhg y tad = 90 mmhg, en diabético ($\leq 130/\leq 80$)); diabéticos: HbA1c: < 8; anticoagulados: INR (dependiendo de la patología): 2-3 ó 2.5-3.5.

2) demanda asistencial: consultas anuales

Variable independiente:

1) perfil psicosocial de los pacientes: se estudiará a través de varios 5 cuestionarios diferentes, cada uno de los cuales nos aportará in-

formación diferente sobre la personalidad del paciente, su estado de salud, sus relaciones personales, etc.

-CUESTIONARIO EPQ: 48 preguntas sobre la personalidad del paciente

-CUESTIONARIO GHQ 28: 28 preguntas sobre el estado de salud del paciente en las últimas semanas

-CUESTIONARIO SS-A: 23 preguntas sobre su relación con la familia y los amigos.

- CUESTIONARIO COPE: 60 preguntas sobre la reacción y sentimientos del paciente ante situaciones estresantes.

-CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR: 5 preguntas sobre la relación del paciente con la familia con la que convive.

Análisis estadístico:

Variables: control: variable cualitativa dicotómica (proporción); demanda: variable cuantitativa (media); perfil psicosocial: variables cualitativas.

Comparaciones: análisis bivariante en SPSS 15.0. Test de la X cuadrado para variables cualitativas, test de t para las cuantitativas

Palabras Clave: Primary Care (atención primaria), psicosocial profile (perfil psicosocial); chronic disease (enfermedad crónica).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Estudio de patología tiroidea en la población adulta en un distrito sanitario

Rincón Rodríguez F¹, Almendros Vílchez N², López Montes A³, Mas Ruiz L², Aragón Guillén L²

¹ MIR MFyC. CS Las Albarizas. Marbella (Málaga)

² MIR MFyC. CS Arroyo de la Miel. Benalmádena (Málaga)

³ MIR MFyC. CS Las Lagunas. Mijas (Málaga)

Título: estudio de patología tiroidea en la población adulta en un distrito sanitario.

Objetivo: Conocer la prevalencia y tipo de patología funcional tiroidea en un Distrito Sanitario, con una muestra representativa de tres centros de salud de la zona, ya que es motivo de consulta frecuente en Atención Primaria y el conocimiento de su prevalencia, diagnóstico, tratamiento y seguimiento facilita su manejo.

Diseño: Estudio descriptivo transversal y multicéntrico.

Emplazamiento: tres Centros de Salud, Arroyo la Miel (Benalmádena), Las Lagunas-Mijas y Las Albarizas (Marbella) pertenecientes al Distrito Costa del Sol.

Población y muestra: Población perteneciente a un Distrito Sanitario, escogiendo como representativas tres unidades básicas asistenciales. Muestra de 1000 pacientes que cumplan criterios de inclusión (mayores de 14 años adscrita a tres unidades básicas asistenciales de un distrito sanitario) y de exclusión (estar en tratamiento con RT, QT o intervención quirúrgica en último mes, enfermedad de elevada co-morbilidad como enfermedad tumoral, enfermedad infecciosa en el momento de la inclusión, VIH,...) establecidos.

Intervención: se analizarán la edad, sexo, perímetro abdominal, IMC, antecedentes familiares, dieta rica en yodo, niveles hormonales, patología tiroidea previa y / o diagnosticada en el momento, necesidad de pruebas complementarias y tratamiento.

Resultados: Personas incluidas: 1000, esperamos encontrar los siguientes resultados de prevalencia según otros estudios: edad media aproximada 45 años; más del 50% mujeres. Patología tiroidea previa en torno al 5%. Patología funcional tiroidea activa aproximadamente un 4%. Prevalencia de patología tiroidea: global del 6%; 9% en mujeres; 1,5% en hombres. Prevalencia esperada aproximada por patología: 1% hipotiroidismo clínico; 4% hipotiroidismo subclínico; 0,5% hipertiroidismo clínico; 1% hipertiroidismo subclínico.

Conclusiones: Observamos la prevalencia global de patología funcional tiroidea, así como su control y seguimiento. Los nuevos diagnósticos en el momento del estudio, obligan a reflexionar sobre la necesidad de aumentar la sospecha clínica de patología funcional tiroidea.

Palabras Claves: prevalence, thyroid disease, primare care (prevalencia, patología tiroidea, atención primaria).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Proyecto CREALMAP: ¿cómo comemos los malagueños? ¿por qué elegimos comer así?

Prados Torres JD¹, Segura Domínguez N², Pulido Naranjo, L³ Luque Hernández MJ⁴, Vidal España F⁵, Barnestein Fonseca P⁵

¹ Coordinador Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Málaga

² Médico de Familia. Distrito Sanitario Málaga

³ Médico de Familia. Distrito Sanitario Axarquía. Málaga

⁴ Médico de Familia. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Málaga

⁵ Investigadora de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Málaga

Título: proyecto CREALMAP: ¿Cómo comemos los malagueños? ¿Por qué elegimos comer así?

Objetivos: Identificar las creencias sobre alimentación de la población malagueña, ponderar la importancia relativa de cada una de ellas.

Diseño: Estudio cualitativo con grupos focales de discusión.

Emplazamiento: Población general, estudio realizado en el ámbito de la Atención Primaria.

Población y muestra: Participantes representativos de la población general adulta malagueña (urbana y rural), seleccionados a través de informantes clave de los Centros de Salud. Criterios homogeneidad: género, nivel estudios, poder adquisitivo. Criterios heterogeneidad: Mujeres: amas de casa/trabajan fuera, edad, procedencia, madres/sin hijos; Hombres: edad, procedencia, cocinan ellos/no.

Intervenciones: 6 grupos focales, moderados, bajo guión preestablecido y videograbados. Análisis: Transcripción literal, análisis de conte-

nido apoyado en Atlas.ti (software informático para el tratamiento de datos cualitativos). Elaboración de la versión inicial del cuestionario CREALMAP.

Limitaciones: Dificultad para alcanzar saturación con los 6 grupos establecidos (se contempla realizar más grupos por cada estrato, hasta llegar a redundancia del discurso, o saturación de la información). Triangulación por el equipo investigador las observaciones e interpretaciones de los textos, así como analizar con ATLAS.ti para minimizar las presuposiciones conceptuales.

Aplicabilidad: El cuestionario obtenido, una vez validado en una segunda fase de la investigación, se puede convertir en una herramienta diagnóstica de creencias y hábitos válida y fiable, y utilizar por los profesionales sanitarios en el ámbito de atención primaria, para estructurar intervenciones efectivas en la modificación del hábito alimentario tanto en sujetos sanos como en sujetos con patologías crónicas.

Palabras clave: belief, diet, focus group. Creencia, alimentación, grupo focal.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Modificación en estilos de vida tras intervención en educación dietética y ejercicio físico en diabéticos tipo II

Balaguer Villegas IM^a, Soler Pérez MA, Cuenca Montero M, Díez Vigil JL, Pérez Gómez S

CS Virgen del Mar. Almería

Título: modificación en estilos de vida tras intervención en educación dietética y ejercicio físico en diabéticos tipo II.

Objetivos: 1. Determinar si una intervención de educación sanitaria basada en dieta y ejercicio modifica y en qué medida los hábitos alimentarios y actividad física de nuestros pacientes DM2. 2. Evaluar la permanencia en el tiempo de los cambios obtenidos. 3. Determinar factores asociados a una buena respuesta tras una intervención educativa en dieta y ejercicio.

Diseño: Estudio cuasiexperimental antes-después sin grupo control.

Emplazamiento: Centro de salud.

Población y muestra: Población: pacientes con DM2.

- Criterios de inclusión:

- Diagnóstico inferior a 10 años.
- Edad de 20-80 años.
- Hb A1c > 7% durante más de un año.
- Alfabetizados.
- Autónomo para las actividades de la vida diaria (Índice de Katz=0,1)

- Criterios de exclusión:

· Incapacidad para alimentación sólida y por vía oral.

· Incapacidad física que impida ejercicio físico de intensidad moderada.

Intervenciones:

a) taller actividad física: en él se instruirá de forma teórica y práctica en los tipos de ejercicio más adecuados a cada tipo de paciente (siendo éstos sencillos y variados) y el beneficio de la actividad física en el control metabólico de la enfermedad.

b) taller alimentación: en él se instruirá a los pacientes en las categorías alimentarias, contenido calórico de los alimentos, modos más sanos de cocinar, dietas hipocalóricas, beneficios de una alimentación adecuada y disminución de peso en el control metabólico de DM2.

Resultados: puesto que se trata de un proyecto de investigación no hay aun resultados ni conclusiones.

Conclusiones: Podríamos conocer que impacto tiene este formato de taller en los hábitos alimentarios y actividad física en pacientes DM, y podríamos implantarlos en nuestros centros de salud.

Palabras clave: Diabetes Mellitus type 2/ prevention and control (diabetes mellitus tipo 2/ prevención y control), food habits (hábitos alimentarios), physical activity (actividad física).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Riesgo cardiovascular en pacientes fumadores

Soler Pérez M^aA¹, Balaguer Villegas I²

¹MIR MFyC 2º año. CS Plaza de toros (Almería)

²MIR MFyC 2º año. CS Virgen del Mar (Almería)

Título: Riesgo cardiovascular en pacientes fumadores.

Objetivos: (1) Prevalencia de riesgo cardiovascular en pacientes fumadores que acuden a consulta de deshabituación de tabaco, mediante la ecuación de Framingham calibrada. (Principal). (2) Conocer el patrón de consumo de tabaco en los pacientes fumadores, que acuden a una consulta de deshabituación.

Diseño: Estudio descriptivo trasversal. Análisis estadístico descriptivo: Las variables cualitativas se presentarán con su distribución de frecuencias, ya sea absoluta (nº de individuos en cada una de las categorías) o relativa (frecuencia absoluta de cada categoría con respecto al total). Las variables cuantitativas deben resumirse con medidas de posición (media, mediana, moda, cuartiles) y con la correspondiente medida de dispersión (variancia, desviación estándar, rango...).

Emplazamiento: atención primaria.

Población y muestra: Sujetos: pacientes que acuden a consulta de deshabituación del consumo de tabaco de un centro de salud durante tres meses. Criterios de inclusión: paciente fumador mayor de 18 años (según la OMS fumador es la persona que ha fumado diariamente durante los últimos 30 días) que acude a la consulta de deshabituación. Criterio de exclusión: paciente fumador que ya ha sufrido un evento vascular. Muestreo consecutivo.

Intervenciones: Mediciones: Edad (años), Sexo (Femenino/masculino), Antecedentes familiares (Enfermedad cardiovascular), Peso (Kg)/altura (cm²), Actividad física (encuesta nacional de Salud), Dislipemia (Co-total, Co-LDL y Triglicéridos), HTA (si/no), Diabetes Mellitus (si/no), Nº cigarrillos dividido entre 20 (paquetes)/Tiempo de fumador (años), Cooximetría y Espirometría. Recogida de datos: Se elaborará una hoja de recogida de datos y se le pasará al paciente en consulta.

Palabras clave: Tabaquismo, enfermedad cardiovascular, factor de riesgo.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Efectividad de la terapia cognitivo-conductual grupal en pacientes con ansiedad y depresión

Alarcón Manoja E¹, Coronilla Carbonell M²C², Serrano Muñoz M³J³, Delgado Pacheco JM⁴, Linares Barrios M⁵

¹R3 Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz

²R3 Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rodríguez Arias. San Fernando (Cádiz)

³Adjunta Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz

⁴Adjunta de Enfermería. CS La Merced. Cádiz

⁵Adjunto de Dermatología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Título: Efectividad de la terapia cognitivo-conductual grupal en pacientes con ansiedad y depresión.

Introducción: Ante la importante carga económica y social que suponen los trastornos mentales, hemos diseñado un estudio para valorar la eficacia de la terapia cognitivo conductual (TCC) grupal en pacientes con ansiedad y depresión, frente al tratamiento farmacológico aislado o mixto.

Objetivos: Valorar la eficacia de la TCC grupal en pacientes con ansiedad y depresión, frente al tratamiento farmacológico aislado o mixto.

Material y Método: Estudio analítico cuasi-experimental con pacientes diagnosticados de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud La Merced, dividiendo a los enfermos en tres grupos, según el tratamiento que reciban (farmacológico aislado, psicoterapéutico aislado, o una combinación de ambos). Cada grupo estará formado por 20 pacientes. Serán incluidos durante el 2008-2010, los mayores de 14 años, que cumplan los siguientes criterios de inclusión:

-Ser diagnosticado de Ansiedad y/o Depresión mediante la escala de Goldberg (E.G).

-Firma de Consentimiento informado (CI).

Y que carezcan de criterios de exclusión:

- Puntuaciones inferiores a las diagnósticas en la E.G.

-Negación a firmar el C I.

-Detectar un patología orgánica que justifique la sintomatología.

Posteriormente, se les realizará una primera entrevista recogiendo datos de filiación, antecedentes familiares y personales, y se realizarán las E.G., así como las escalas de Hamilton; que se les repetirán al mes, al 1,5 mes, a los 3 meses, a los 4,5 meses, a los 6 meses del inicio del tratamiento (fin del tratamiento), y a los 6 meses y al año de finalizarlo. Así se valorará la respuesta al tratamiento, y se evaluará la situación clínica. Se anotarán a los sujetos en tratamiento farmacológico las dosis que están precisando. Y Finalmente, los resultados serán almacenados y analizados.

Aplicabilidad: Propondremos un programa piloto específico para tratar esta patología, e intentaremos identificar el tipo de paciente que más se favorezca de cada uno de los tratamientos.

Palabras clave: Cognitive therapy. Psychotherapy. Depression. Anxiety.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Cribado poblacional del cáncer de cérvix en tres centros de salud urbanos

Sánchez Vico AB¹, Lujano Arenas C², Cueto Camarero M^a del Mar³, Valverde Bolívar FJ⁴

¹ MIR MFyC. CS Virgen de la Capilla. Jaén

² MIR MFyC. CS San Felipe. Jaén

³ MIR MFyC. CS El Valle. Jaén

⁴ Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Jaén

Título: Cribado poblacional del cáncer de cérvix en tres centros de salud urbanos.

Objetivo: Conocer el impacto del proceso de detección precoz de cáncer de cérvix en tres centros de salud de Jaén, mediante los resultados de las muestras citológicas.

Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: Tres centros de salud urbanos.

Población y muestra: El marco muestral lo conforman 29522 mujeres pertenecientes a los centros de salud objeto de estudio. Sujetos: Mujeres de entre 15 y 65 años, a las que se le ha realizado una citología cérvico-vaginal durante los años 2006, 2007 y 2008. Criterios de inclusión: Citologías realizadas en mujeres entre 15-65 años de tres centros de salud, susceptibles de diagnóstico precoz de cáncer de cérvix. Criterios de exclusión: Citologías realizadas en un centro que no corresponda a los estudiados. Muestreo: Se realizará un muestro probabilístico sistemático. El tamaño muestral se calcula con una precisión del 5% y una confianza del

95%. Se analizarán, por tanto, 486 informes citológicos.

Intervenciones: Se accederá al registro de citologías cérvico-vaginales de cada centro de salud para recoger las variables estudiadas en la muestra seleccionada: año de solicitud, centro de salud, centro de interpretación, edad, proceso de cérvix, anticoncepción hormonal, fecha de solicitud, fecha de recepción, fecha emisión de informe, fecha salida de informe, valoración de la muestra, diagnóstico clínico, tipo de lesión epitelial y tipo de infección.

Análisis estadístico: Se realizará análisis descriptivo de la muestra, frecuencias para las variables cualitativas y media, desviación estándar e intervalos de confianza para las variables cuantitativas. Para calcular la significación de los resultados se empleará el test de Student para variables cuantitativas y Chi-cuadrado para variables cualitativas. Se utilizará el paquete estadístico SPSS 15.0.

Palabras clave: Uterine cervical neoplasm (neoplasia de cuello uterino), cervical screening (cribado), cytology (citología).



BOLETIN DE INSCRIPCIÓN SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (SAMFYC)

☐ (ALTA) Nuevo socio ☐ Revisión datos ☐ BAJA Fecha..... / /

APELLIDOS:

NOMBRE: **NIF:**

DOMICILIO:

MUNICIPIO: **PROVINCIA:** **C.P.:**

TELEFONOS: **e-mail:**

ESPECIALISTA M.F.yC.: SI ☐ NO ☐ (Si **negativo**, indicar especialidad).....

RESIDENTE M.F.yC. : SI ☐ NO ☐ **FECHA INICIO RESIDENCIA**...../...../.....

DOCTORADO: SI ☐ NO ☐ **TEMA:**

LUGAR/CENTRO DE TRABAJO:

PROVINCIA:

CARGO QUE OCUPA:

Es imprescindible la cumplimentación de **todos** los datos que a continuación solicitamos, incluyendo el **domicilio completo** de la sucursal de la entidad bancaria. Envíen este formulario **sin** recortar la orden de pago. Gracias.

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Ruego se sirvan domiciliar el cobro del Recibo de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC)

ENTIDAD:..... **SUCURSAL:**.....

CALLE: **COD. POSTAL:**

MUNICIPIO:..... **PROVINCIA:**.....

Nº CUENTA CORRIENTE O DE AHORRO: (hay que rellenar todas las casillas)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Entidad

Oficina

D.C.

Nº C/C

NOMBRE y APELLIDOS:

Firma:

A los efectos previstos en la **Ley 15/1999 (LOPD)** y de los derechos reconocidos en la misma, le informamos que los datos facilitados por Vd. para la relación de la Asociación, serán incorporados a un fichero del que es responsable **SAMFYC**, con objeto de aplicarlos a la actividad de Investigación y desarrollo. Serán utilizados por nuestra parte y por la semFYC, para las finalidades propias de la actividad antes indicada, así como para remitirle información no promocional ni publicitaria en relación a la misma. Asimismo le informamos que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose por escrito a:

SAMFYC, C/ Arriola Nº 4, Bajo D, 18001 Granada.

