

Medicina de Familia Andalucía

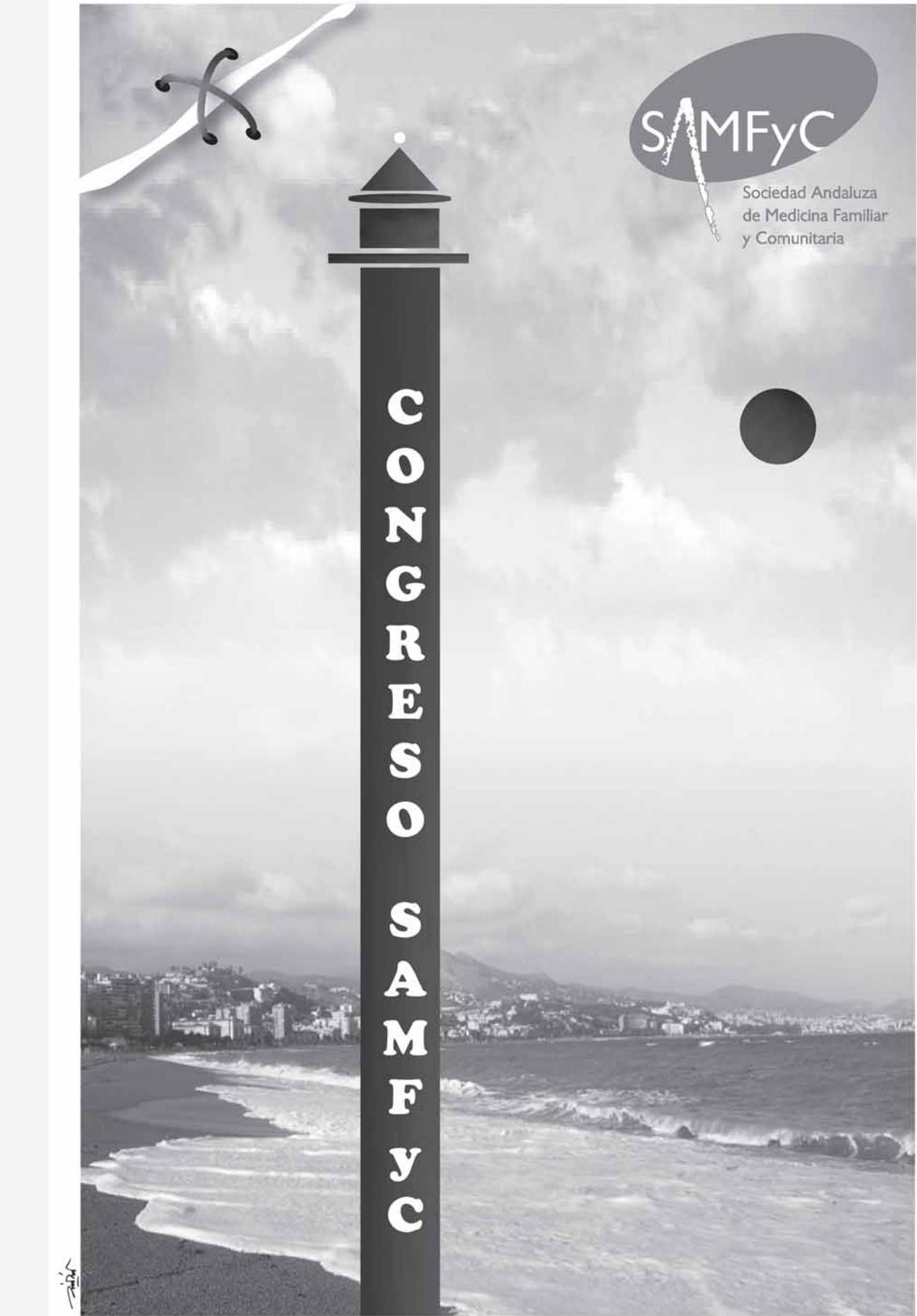
Volumen 11, número 2, suplemento 1, octubre 2010

**CONGRESO
SAMFYC**

20º Congreso SAMFYC 2010
Celebración conjunta y paralela con semFYC-WONCA Europe Conferencia

SAMFyC
Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

SAMFyC



SAMFyC

Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

C
O
N
G
R
E
S
O

S
A
M
F
y
C

20º Congreso SAMFyC 2010

Celebración conjunta y paralela con semFYC-WONCA ^{Europe} Conference 2010

Comité de Honor

PRESIDENCIA DE COMITÉ DE HONOR

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

COMITÉ DE HONOR

Ilmo. Sr. Alcalde de Torremolinos
Sr. D. Pedro Fernández Montés

Excmo. Sra. Consejera de Salud de la Junta de Andalucía
Sra. D^a. M^a. Jesús Montero Cuadrado

Ilmo. Presidente de la Diputación de Málaga
Sr. D. Salvador Pendón Muñoz

Excmo. Sr. Alcalde de Málaga
Sr. D. Francisco de la Torre Prados

Rectora Magnífica de la Universidad de Málaga
Sra. D^a. Adelaida de la Calle Martín

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

Ilma. Delegada de la Consejería de Gobernación en Málaga de la Junta de Andalucía
Sra. D^a. María Gámez Gámez

Ilma. Delegada de la Consejería de Salud en Málaga de la Junta de Andalucía
Sra. D^a. María Antigua Escalera Urkiaga

Ilmo. Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Málaga
Sr. D. Alfredo Blanes Berenguel

Presidente del Colegio de Médicos de Málaga
Dr. D. Juan José Sánchez Luque

Presidente SAMFyC
Dr. D. Manuel Lubián López

Comité Organizador

Presidente

Francisco Extremera Montero
Médico de Familia. Centro de Salud Palma-Palmilla. Málaga.

Vicepresidenta

Isabel Corona Páez
Médica de Familia. Centro de Salud Palma-Palmilla. Málaga.

Vocales

Antonio Manteca González
Médico de Familia. Centro de Salud El Palo. Málaga.

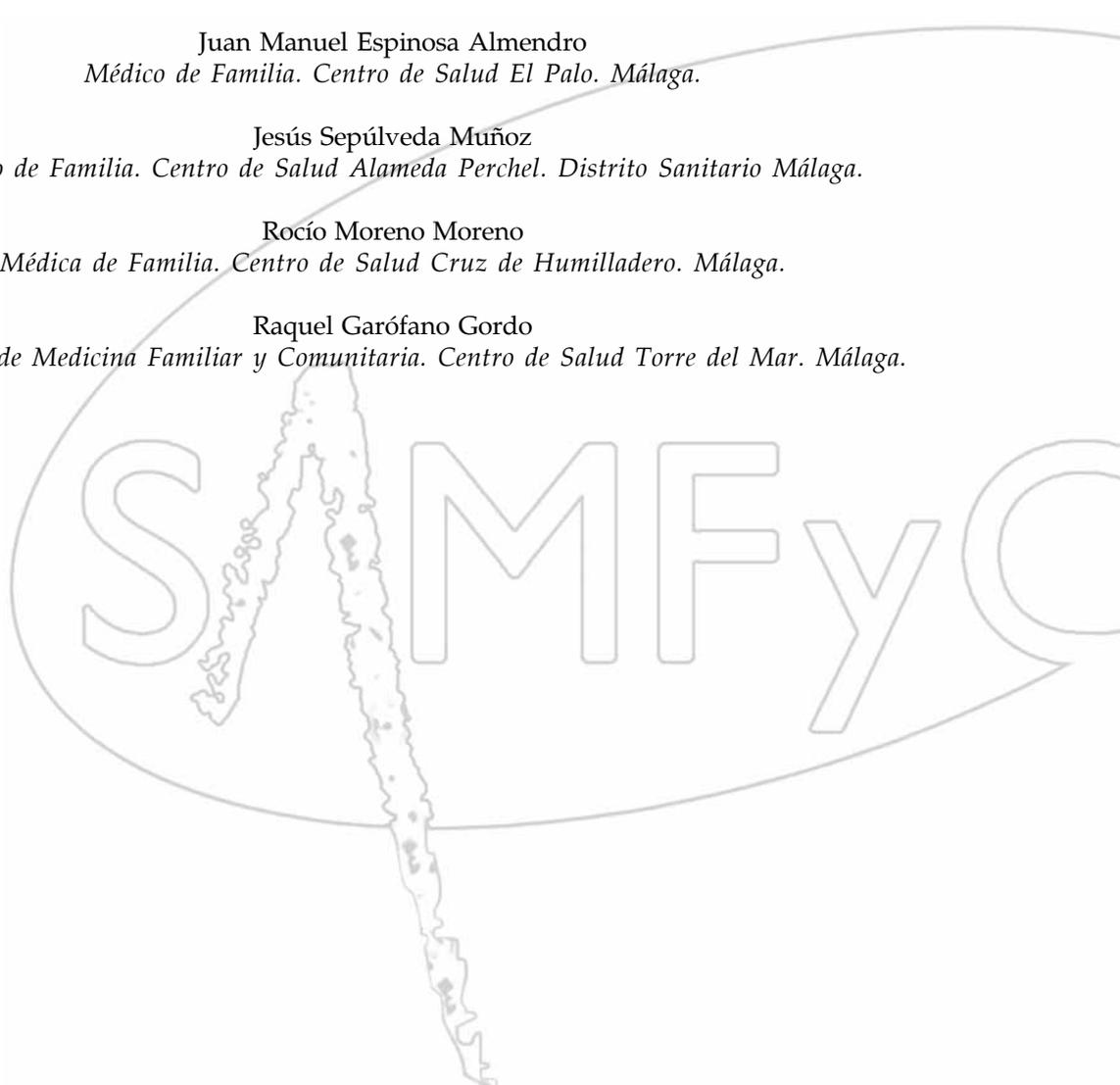
Pablo García López
Médico de Familia. Centro de Salud Gran Capitán. Granada.

Juan Manuel Espinosa Almendro
Médico de Familia. Centro de Salud El Palo. Málaga.

Jesús Sepúlveda Muñoz
Médico de Familia. Centro de Salud Alameda Perchel. Distrito Sanitario Málaga.

Rocío Moreno Moreno
Médica de Familia. Centro de Salud Cruz de Humilladero. Málaga.

Raquel Garófano Gordo
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre del Mar. Málaga.



Comité Científico

Presidenta

Francisca Muñoz Cobos
Médica de Familia. Centro de Salud El Palo. Málaga.

Vocales

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

Jesús Torío Durántez
Médico de Familia. Coordinador Programa Formación Común Residentes. Jaén.

Pedro A. Rivas del Valle
Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Granada.

Herminia Moreno Martos
Médica de Familia. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Almería.

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

José Mancera Romero
Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

Francisco Mora Moreno
Médico de Familia. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva.

Luis Ángel Pérula de Torres
Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba.

M^a Teresa Carrión de la Fuente
Médica de Familia. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Málaga.

Flora Martínez Pecino
Médica de Familia. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla.

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

Coordinadora General Grupos de Trabajo SAMFyC

Amparo Ortega del Moral

Vocal de Docencia

Herminia M. Moreno Martos

Vocal de Investigación

Beatriz Pascual de la Piza

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	<i>jpelayo.galindo@gmail.com</i>
Vocal provincial de Cádiz:	María José Serrano Muñoz	<i>magsemu@hotmail.com</i>
Vocal provincial de Córdoba:	Pilar Serrano Varo	<i>pseval@supercable.es</i>
Vocal provincial de Huelva:	Jesús E. Pardo Álvarez	<i>jeparedes10@teletel.es</i>
Vocal provincial de Jaén:	Justa Zafra Alcántara	<i>justazafra@wanadoo.es</i>
Vocal provincial de Málaga:	Jesús Sepúlveda Muñoz	<i>jesemu@gmail.com</i>
Vocal provincial de Granada:	Francisco José Guerrero García	<i>franguerrero72@yahoo.com</i>
Vocal provincial de Sevilla:	Leonor Marín Pérez	<i>leonorjl04@yahoo.es</i>

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)

Tel: 958 804201 – Fax: 958 80 42 02

e-mail: samfyc@samfyc.es

<http://www.samfyc.es/Revista/portada.html>

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.*
M^a. Ángeles Bonillo García. *Granada*
Beatriz Bullón Fernández. *Sevilla.*

Rafael Castillo Castillo. *Jaén.*
José Antonio Castro Gómez. *Granada.*
Ana Delgado Sánchez. *Granada.*
Juan Manuel Espinosa Almdro. *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.*
Rafael Montoro Ruiz. *Granada*
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.*
Fermína 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 mediante 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:

Revista Medicina de Familia. Andalucía

C.I.F.: G – 18449413

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

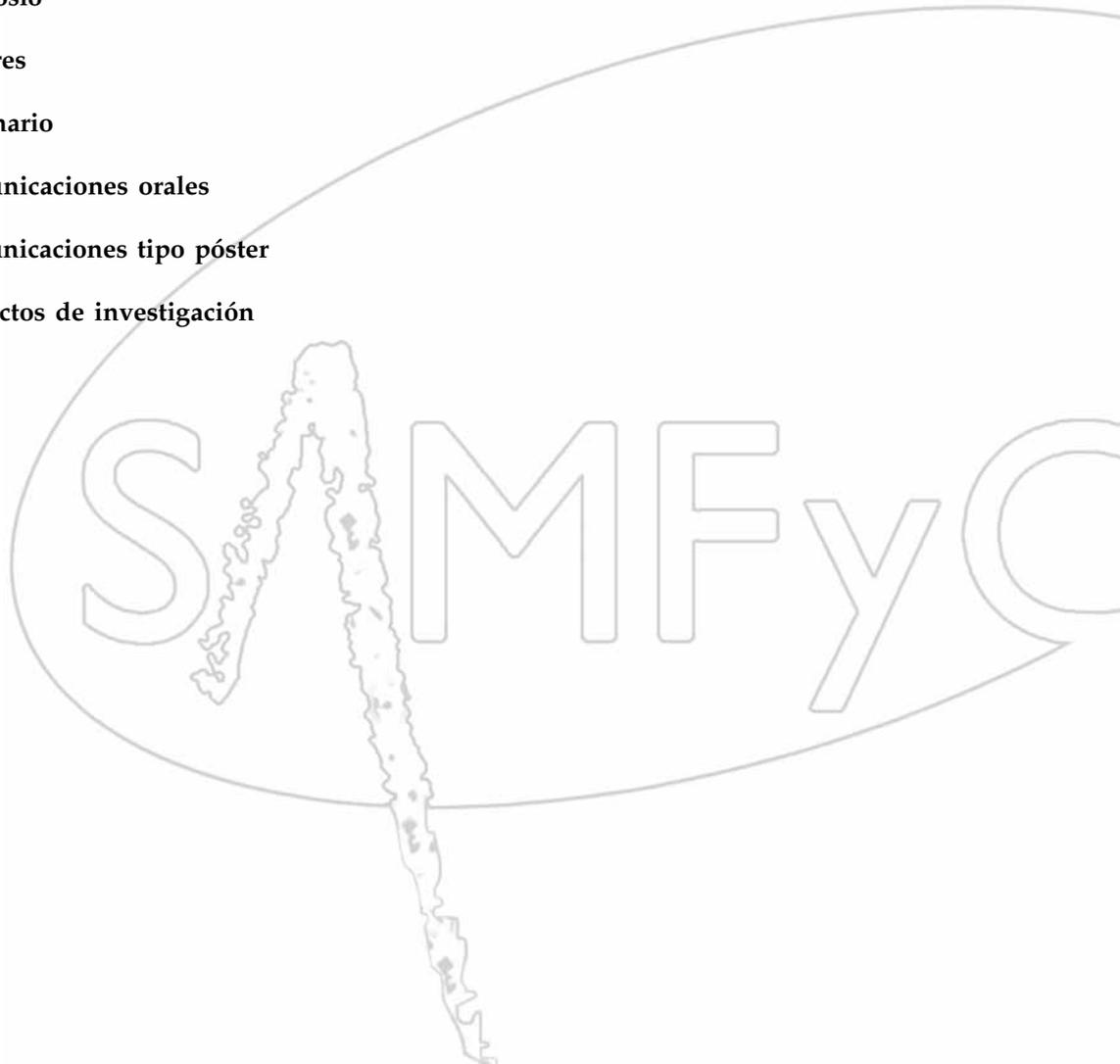
Med fam Andal Vol. 11, nº. 2, suplemento 1
octubre 2010

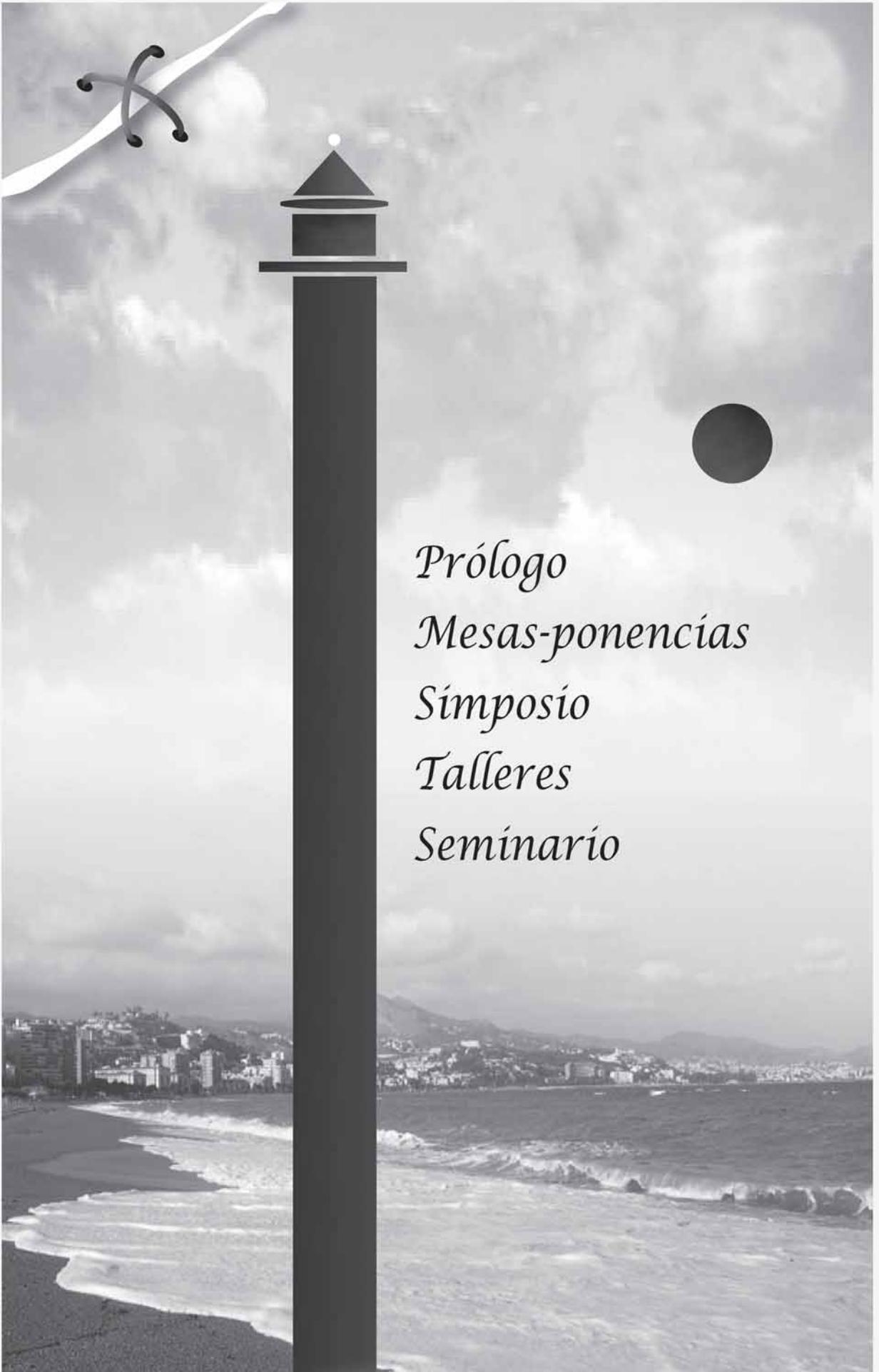
La revista Medicina de Familia Andalucía edita el presente suplemento, coincidiendo con la celebración del XX Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, donde se incluyen resúmenes de ponencias y talleres, comunicaciones y proyectos de investigación, que han sido recibidos en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

Gracias por vuestra colaboración.

Sumario

- 12 Prólogo
- 14 Mesas-ponencias
- 33 Simposio
- 36 Talleres
- 63 Seminario
- 71 Comunicaciones orales
- 130 Comunicaciones tipo póster
- 245 Proyectos de investigación





Prólogo

Mesas-ponencias

Símposio

Talleres

Seminario

PRÓLOGO

Espinosa Almendro JM

Médico de Familia

¿Podemos investigar en esta época de crisis?

Seguro que esta pregunta nos la hemos hecho más de una vez, de nuevo nos encontramos para poner sobre la mesa nuestras inquietudes, dudas y desazones, también aprovechamos para compartir las diferentes soluciones que vamos encontrando en los problemas cotidianos.

No pienso entrar en el debate de la necesidad de la investigación en Atención Primaria, este dilema ya hace mucho tiempo que se resolvió, nosotros nos planteamos las dudas, nosotros soportamos los problemas y nosotros somos lo que mejor vamos a encontrar sus soluciones, pero siendo conciente de ello, nuestra posición y nuestro entorno no son los más favorecedores.

El objetivo central de nuestra actuación es la salud de las personas a las que atendemos, esa lección si que la tenemos más que interiorizada, la anteponeamos a todo y no es que no me parezca bien, que lo es, pero también es necesario poner en la balanza de los grandes valores otras áreas como la formación y la investigación. En nuestro trabajo cotidiano no es fácil encontrar los espacios disponibles para poderla realizar, aun en los tiempos en los que nos encontramos, la investigación suele ser un trabajo sobreañadido que hacemos fuera del horario laboral y en la que empeñamos nuestro compromiso personal.

Como dice el tango y ahora que ya tengo *la huella del tiempo plateando mi sien*, no quiero por nada del mundo ser pesimista, aun recuerdo mi primera actuación allá por el año 1988, o tal vez el 89, en unas jornadas de SAMFyC que se celebraron en Nerja y en las que hablábamos de las Urgencias, a mí me tocaba contar las características de la urgencia del CS de Algotocín, hoy me puede parecer anecdótico y pueril, pero ¿qué esfuerzo me supuso aquello?

Y ¿qué ha pasado en estos 30 años?, cuando hacemos el recuento de lo hecho es cuando apreciamos los pasos que hemos dado.

Tenemos consolidado líneas de trabajos, somos rigurosos metodológicamente hablando, tenemos suficiente capacidad de autocrítica y no desfallecemos ante las inclemencias que nos acechan. Nunca ha sido tarea fácil, lo habitual ha sido movernos entre la incredulidad y la ignorancia, reportando escaso valor por venir de donde viene y sin tener en consideración la propia investigación en si misma, hemos tenido que superar esta fase a base de constancia, hacer bien las cosas y sufrir muchísimo, por ello, nos hemos encallecido y hoy en día para los médicos de familia hablar de Odd-ratio, grupos SICA, estudios de cluster, NNT, FISS, etc, forman parte de la normalidad; por ello cuando aparecen las épocas de crisis, podemos seguir trabajando, dando respuesta a los problemas y buscando soluciones a las dudas que se plantean.

Durante estos años hemos aprendido y hemos enseñado, hemos ido creciendo colectiva e individualmente, muchos han sido los compañeros y compañeras que nos han ayudado en este angosto camino, en nombre todos quiero dejar constancia de mi agradecimiento personal a nuestra inolvidable Maribel Fernández y junto con su nombre a todos los que habéis y actualmente estáis apoyando y edificando la construcción de una investigación importante, de calidad y con transferencia a la realidad del entorno.

Este congreso es un claro ejemplo de la realidad expuesta, tanto las ponencias y mesas como los talleres que se proponen responden a las inquietudes más próximas a la vez que a las incertidumbres de futuro de los médicos de familia, en aquellas situaciones en las que nos movemos con mayor dificultad y a la que queremos entre todos buscar las mejores respuestas, como siempre, el

abánico es amplio y diverso, como nuestra especialidad exige, especial consideración al abordaje de las enfermedades crónicas, no como entidades aisladas sino ante la presencia de las comorbilidades, que es como realmente se nos presentan en la cotidianeidad, áreas en constante desarrollo y en la que en numerosas ocasiones nos da la impresión de llegar tarde como el abordaje del cáncer, el riesgo cardiovascular, ese gran azote de nuestra población, los nuevos anticonceptivos, las necesidades de nuevos roles profesionales o la aplicación de las nuevas tecnologías en la búsqueda de las mejores soluciones.

En cuanto al programa de talleres es para que nos sintamos orgullosos como sociedad, 24 talleres en un congreso autonómico, una selección rica y variada de habilidades de última tecnología puesta al servicio de todos nosotros.

Por último quiero animar al intercambio de conocimientos con los compañeros que acudirán al Wonca 2010, congreso que se celebra conjunta y paralelamente con el nuestro, es una situación especial y de difícil repetición en la que podemos encontrarnos con compañeros y compañeras de países variados y en la que podemos compartir cuitas, dudas y logros.

Por todo ello, ante la crisis, deberemos buscar fórmulas que nos permitan seguir avanzando, construyendo y respondiendo a todas aquellas situaciones que se nos van planteando y para las que aun no tenemos respuesta clara.

Espero que los próximos 20 años sean tan ricos como los pasados, el futuro está en nuestras manos, estamos acostumbrados a navegar en aguas tortuosas.

MESA: Actualización terapéutica. María: diagnosticada de diabetes, hipertensión arterial, y dislipemia. URM

Cruz Sánchez M^aA

Médica de Familia. CS El Porvenir, Sevilla

Esta Mesa se llama como la paciente que nos la ha inspirado: es la Mesa de María.

Nos parece importante presentarla, porque el objetivo de la atención de los médicos de familia son las personas, cada una con sus problemas de salud, creencias y actitudes. Nos quedaríamos cortos tratando sólo entidades nosológicas.

María es una mujer de 62 años, con riesgo cardiovascular alto, que recibe mucha información sobre su salud, tanto por cauces sanitarios como no sanitarios.

La importancia de este hecho es crucial, porque cualquier ciudadano tiene acceso a información que hasta hace poco teníamos en exclusiva.

Algo ha pasado, porque María ha decidido tomar las riendas de su propio cuidado, asociando medidas de estilo de vida a su tratamiento farmacológico habitual.

Han cambiado sus costumbres y su relación con nosotros, hasta el punto haber decidido no tomar fármacos.

Podríamos suspender el tratamiento una vez alcanzados los objetivos terapéuticos, pero los fármacos prescritos están indicados "de por vida" y dudamos entre retirar la medicación o desplegar argumentos a favor de mantenerla.

Buscamos en la bibliografía y vemos que los ensayos clínicos aleatorios que consultamos para resolver el problema, se hacen, generalmente, en poblaciones diferentes a nuestros pacientes, por

lo que las recomendaciones no siempre se pueden aplicar.

Se dan tres circunstancias en la actualidad:

- Estamos en el momento de la autonomía del paciente, de conocer sus creencias y respetarlas, del consentimiento informado.
- La evidencia científica no es inamovible, sino cambiante y ya hemos experimentado la zozobra del viraje brusco, cuando se desaconseja lo previamente aconsejado.
- El resultado de las diversas intervenciones no farmacológicas para mejorar la salud no es fácil de valorar, realmente, es más fácil hacer estudios con fármacos que con cambios de estilo de vida.

Proponemos una reflexión sobre el riesgo cardiovascular, las tablas de medida del mismo y la evidencia clínica sobre la eficacia de diferentes tratamientos.

Pondremos sobre la mesa los problemas que tenemos cuando no coinciden las "recomendaciones científicas" con los deseos de nuestro paciente.

Pretendemos responder a algunas preguntas como éstas: ¿es lo mismo pasear que tomar estatinas? ¿Hacer dieta y tomar metformina? ¿Bajar peso tiene el mismo efecto que un fármaco antihipertensivo?

No podremos resolver todas las dudas, pero será grato compartirlas y poner algo de luz entre todos.

MESA: Actualización terapéutica. María: diagnosticada de diabetes, hipertensión arterial, y dislipemia. URM

Ponencia: Doctora yo no tengo diabetes. Tengo el azúcar alta

Luque López M^aC

Médica de Familia. CS Las Albarizas. Marbella (Málaga)

Una de nuestras principales funciones es que el paciente tome conciencia de su nueva enfermedad y conozca las posibles complicaciones que puedan aparecer si no hay un adecuado control de la misma. Es precisamente el paciente quien debe tomar las riendas de su control. Claro, siempre con nuestra ayuda y asesoramiento, con un abordaje multidisciplinario. De esta forma se da el Empoderamiento (empowerment), filosofía que reconoce el derecho fundamental de las personas a ser los primeros en la toma de decisiones para el control de su afección. Representa un modelo más compatible del cuidado y la educación necesarios para una enfermedad autocontrolada (1).

La diabetes mellitus es de ese tipo de enfermedades. Está caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre, como consecuencia de una alteración en la secreción y/o acción de la insulina. Pero no sólo afecta el metabolismo de los hidratos de carbono, también, de los lípidos y proteínas.

La importancia de este problema deriva de su incidencia (60-150 casos nuevos/100.000 habitantes/año de Diabetes Mellitus tipo 2) y de sus complicaciones crónicas, micro y macrovasculares, constituyendo una de las principales causas de invalidez y mortalidad prematura en la mayoría de los países desarrollados, aparte de afectar a la calidad de vida de las personas afectadas. En Andalucía existe un exceso de mortalidad por Diabetes con respecto a otras provincias españolas (más en Andalucía Occidental) Además, el riesgo de un evento cardiovascular es 4 veces superior en mujeres diabéticas (2).

En la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), la realización de una dieta adecuada es la piedra angular del tratamiento. No obstante, los argumentos sobre sus beneficios terapéuticos son tan evidentes como los fracasos en su cumplimiento. Podemos encontrar múltiples barreras que dificultan la implantación de medidas encaminadas a la modificación de conductas garantizando un estilo de vida saludable. Desde factores psicológicos (no percepción del riesgo) a beneficios económicos. Por esta razón, junto con un hábito insuficiente hacia el ejercicio físico (a veces se complica por las limitaciones inherentes a la edad y a otras patologías asociadas), el tratamiento farmacológico es muy frecuente. Máxime ejemplo, las recomendaciones del Consenso ADA/EASD 2008 donde en el primer escalón se aconseja por igual el tratamiento higiénico dietético junto al farmacológico, en contraposición a las recomendaciones de la principal guía europea (NICE-2009) que ha sido acogida por nuestra Sociedad Científica y por el Ministerio de Sanidad.

¿Qué ocurre cuándo nuestro esfuerzos se ven recompensados y nuestra paciente es capaz de realizar un cambio de conducta y lograr un estilo de vida saludable con la consiguiente consecución de objetivos? ¿Somos capaces de reevaluar y de retroceder en las recomendaciones que nos dan la guía clínica que seguimos o continuamos dónde estamos? ¿Consideramos el riesgo preclínico? Nuestra paciente, María, ha conseguido con sus cambios de conductas un normopeso así como un ejercicio físico adecuado para mantener sus objetivos de control de la diabetes ¿retiramos los fármacos o lo mantenemos a la mínima dosis? ¿Existe alguna evidencia clínica

que avale la postura que decidamos? En caso de no existir, ¿qué camino tomaríamos?

Sigue siendo una realidad nuestro reiterado fracaso en la instauración y cumplimiento de nuevos estilos de vida saludable. Pero, ¿tenemos en cuenta que las desigualdades de clase social y género, además, pueden contribuir a aumentar este fracaso?

Bibliografía:

1.- Funnell M. Los Nuevos Roles en el Cuidado de la Diabetes. *Diabetes Voice*. 2001; 46: 11-13.

2.- Hipoglucemias. Grupo Diabetes SAMFyC. URL: <http://www.grupodiabetessamfyc.cica.es/index.php>



MESA: Actualización terapéutica. María: diagnosticada de diabetes, hipertensión arterial, y dislipemia

Ponencia: ¡Doctor, quiero dejar mis pastillas para la tensión!

Portillo Strempe J

Médico de Familia. CS Estepona Oeste. Estepota (Málaga)

La prevalencia de HTA en Andalucía ronda el 42%: solamente un tercio está controlada (estudio ERICE). La mayoría presentan FRCV asociados y correlacionados, de manera que el objetivo terapéutico debería individualizarse según el RCV total mediante tablas de riesgo para aplicar criterios de decisión, debiendo corregirlas ante la presencia de modificadores del riesgo o lesiones de órganos diana.

Las últimas recomendaciones internacionales (ADA-2010, SEH-2009) establecen que los diabéticos con TA > 140/90 al diagnóstico o durante el seguimiento, deben iniciar tratamiento farmacológico, preferiblemente actuando sobre el sistema renina-angiotensina por el efecto preventivo demostrado sobre la microalbuminuria, coadyuvándose con intervenciones no farmacológicas (evidencia A), recomendándose que, al considerarse como de alto riesgo se intente llegar lo más próximo a 130/85, aún reconociendo que no hay evidencia de beneficio de ese dintel tensional, salvo se objetive lesión orgánica o microalbuminuria.

Generalmente, salvo diagnósticos dudosos o requerimientos contrarios del paciente, tras iniciar el tratamiento, éste deberá mantenerse indefinidamente. A pesar de ello, las GPC en uso consideran que una disminución progresiva o una retirada cuidadosa del tratamiento podría contemplarse en pacientes con RCV no excesivo, tras conseguir y mantener objetivos tensionales con bajas dosis de fármacos que quieran mantener comportamientos que reduzcan riesgos, se sometan a controles regulares por la alta incidencia de recurrencia (hasta 75% el primer año cuando no contemplan otras intervenciones igualmente efectivas - estudio TONE-) y reinicien tratamientos farmacológicos

si la TA vuelve a aumentar. Generalmente la discontinuidad del tratamiento suele ser bien recibida por los pacientes.

El desconocimiento de la enfermedad y la falta de sentimiento de amenaza suelen determinar el abandono de los programas de control de HTA. Por tanto, ante requerimientos de retirada del tratamiento, revisaremos los factores que condicionan esta decisión (creencias, tolerabilidad, grado de proactividad del paciente al tomar decisiones compartidas y concordantes respecto a su proceso de cambio), y basaremos nuestras intervenciones en un enfoque centrado en el paciente, respetando su elección debidamente informada y asesorada.

A pesar de que la mayoría de ensayos sobre eficacia de fármacos en el ámbito de la HTA y reducción de RCV enfrentan sus resultados a placebo y no incluyen en sus diseños intervenciones no farmacológicas, se considera que la potencia para disminuir TA mediante asociaciones de fármacos es mayor que con medidas no farmacológicas. Las últimas revisiones sistemáticas (JNC-7, Colegio Americano de Medicina Preventiva, 2009) establecen los siguientes rangos de disminución de TA para las medidas no farmacológicas de mayor evidencia contrastada:

- Disminución de peso: 5-20mmHg/10kg.
- Adopción dieta DASH: 8-14mmHg.
- Reducción de ingesta de sodio: 2-8mmHg.
- Actividad física: 4-9mmHg (mayormente por el estado de la forma física que por la propia actividad física).

- Consumo moderado de alcohol: 2-4mmHg.

- No parece haber evidencia que la cesación tabáquica influya en el descenso de la TA, aunque mejore el RCV global.

Al emplear conjuntamente reducción de peso, ejercicio físico y restricción salina obtendremos mayores mejoras de HTA (rango de 11.5-5.5 mm Hg) que realizando intervenciones unitarias (DASH, DEW-IT, TONE, L-AHEAD), concluyéndose que la implementación de estas medidas disminuiría la TA al menos tan bien como la monoterapia farmacológica.

Los cambios de estilos de vida saludables y su mantenimiento conllevan un proceso de apren-

dizaje -para profesionales y pacientes-, y están influenciados por el contexto social. Sabemos que, a diferencia de los avisos sobre la toma de medicación antihipertensiva y sobre la pérdida de peso, los apercebimientos para incrementar el ejercicio físico no parecen ser tan efectivos entre los diabéticos hipertensos. Con todo, se ha constatado que no advertimos a la mayoría de nuestros pacientes de alto riesgo para que sigan un programa de manejo de factores de riesgo y estilos de vida (EUROASPIRE-III-PrimaryCare); y es que, en nuestro ámbito, reconocemos algunas barreras a su implementación: falta de tiempo, de formación, de recursos o de coordinación interniveles, actitudes profesionales y/o de los pacientes, problemas organizacionales, desconocimiento de la efectividad o los infraregistros.

MESA: La atención a las personas con cáncer. Oportunidad y reto para la medicina de familia

Ponencia: Acompañamiento en el proceso diagnóstico-terapéutico, apoyo al paciente y a la familia

Lupiáñez Pérez Y¹, Lupiáñez Pérez I²

¹ Enfermera. Coordinadora del Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

² Enfermera. Coordinadora de cuidados de Atención Primaria, CS Carlinda, Málaga

La "vivencia" del paciente oncológico desde que presenta los primeros síntomas de alarma, es diagnosticado e informado de padecer cáncer, y se le administran los tratamientos, conlleva una fuente de estrés tanto para sí mismo como para los familiares.

La actuación de los profesionales sanitarios que lo atienden, dependerá de la fase en la que se encuentre (diagnóstico, tratamiento oncológico, remisión o recidiva, seguimiento o, fase terminal y duelo), y de la especialidad de los mismos; teniendo importancia capital la atención por parte de Primaria como eslabón básico del proceso oncológico.

El paciente oncológico independientemente de la localización tumoral y de la extensión de la enfermedad demanda: información, ayuda en la toma de decisiones, detalles de su tratamiento (secuencia de los mismos, duración, toxicidades,

resultados, planteamiento tras la terapia administrada, etc.) Una buena comunicación facilita la confianza y seguridad del paciente hacia el profesional que lo atiende; esto nos permitirá ayudarlo en los cambios que conlleva la enfermedad, como hábitos, alteración de la imagen corporal, discapacidades como consecuencia de la enfermedad o de los tratamientos, aislamiento social e incluso familiar, el médico de familia debe ser un elemento fundamental en su cuidado y el de su entorno.

La atención que se debe dar a estos pacientes consiste en detectar sus necesidades y la de sus familias, proporcionando los recursos necesarios en cada etapa de la enfermedad; los profesionales de atención primaria deben asumir un papel proactivo en la resolución de estas necesidades y en dar un apoyo emocional que no encuentran en otros ambientes más tecnificados.

MESA: La atención a las personas con cáncer. Oportunidad y reto para la medicina de familia

Ponencia: El plan integral de oncología de andalucía y la medicina de familia. Relación entre niveles asistenciales

Medina Carmona JA

Especialista en oncología radioterápica. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

El cáncer, en España, es la primera causa de muerte. Las localizaciones tumorales más frecuentes en España (excluyendo los tumores de piel no-melanoma) son el cáncer de pulmón, los cánceres colorrectales, el cáncer de próstata y el de vejiga en hombres y, en mujeres, el cáncer de mama, los tumores colorrectales, el cáncer de estómago, útero y el de ovario. El envejecimiento de la población, el incremento de la incidencia y la mejora de la supervivencia de los enfermos de cáncer debida a los avances diagnósticos y terapéuticos, han supuesto un aumento significativo del número de pacientes de cáncer.

La atención del paciente oncológico está demandando profundos cambios organizativos y de objetivos, pasando del inicial diagnóstico, curación y paliación a las actuales propuestas que incluyen: prevención primaria, diagnóstico precoz, curación, tratamientos que prolonguen la supervivencia, tratamientos de soporte, rehabilitación, cuidados continuos y cuidados paliativos progresivos.

En el proceso de atención al cáncer hace que, tanto atención primaria como especializada y en particular oncología, compartan responsabilidades en el abordaje del paciente oncológico desde los aspectos clínicos y terapéuticos hasta el apoyo psicosocial al paciente y a su familia. Este proceso de atención compartida debe extenderse desde el síntoma que hace sospechar un proceso oncológico, el diagnóstico, el tratamiento, con especial atención a los efectos secundarios y el impacto en las comorbilidades que puedan existir, hasta el seguimiento posterior con las revisiones programadas, el abordaje de las comorbilidades y los secundarismos precoces y

tardíos, la detección de recidivas y segundas neoplasias hasta los cuidados paliativos.

Hay datos de peso que sustentan el hecho que los médicos de familia pueden realizar el seguimiento de pacientes oncológicos en remisión sin riesgo de que se incrementen los eventos clínicos relevantes relacionados con recurrencias ni de que se deteriore la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes

Los especialistas opinan que la colaboración con los médicos de familia en la fase de remisión es deseable pero escasa, viendo su propia organización como una barrera tanto para la comunicación como para la colaboración, destacando la dificultad de mantener colaboración con todos los médicos de atención primaria de su área de referencia, sobre todo en base a las sobrecarga asistencial y la falta de tiempo. También destacan determinadas características y conductas de los médicos de familia como barreras: las actitudes personales, la diferente implicación según trabajen en medio rural o urbano, la limitación de conocimientos y experiencia en el manejo del cáncer, y sobre todo las preferencias de los pacientes que llegan a definir como dependientes de los centros especializados

El Plan Integral de Oncología en Andalucía 2007-2012 entre otros objetivos marca el garantizar una Red Asistencial Integrada para la totalidad de pacientes con cáncer y el potenciar el papel de Atención Primaria en el manejo clínico y evolutivo de pacientes con procesos oncológicos. Para el desarrollo de este modelo asistencial, basado en una Red de calidad, es necesario readaptar nuestra organización, especialmente en el uso sistemático

de instrumentos clínicos. Debemos distinguir entre instrumentos de la práctica clínica (procesos, protocolos, guías de práctica, etc.) e instrumentos de gestión (Unidades de Gestión Clínica –UGC–). Ambos instrumentos se interrelacionan y sirven para conseguir los mismos objetivos: mejorar la comunicación e integración de cada paciente en la toma de decisiones, la continuidad asistencial, la investigación, la docencia y formación.

La consecución de esta red de Calidad choca con una serie de barreras:

- La escasa cultura de comunicación entre profesionales de los diferentes niveles asistenciales dificulta, tanto la información a pacientes como la implantación de estrategias de acto único diagnóstico.
- Desigual valoración, entre profesionales, de la utilidad de los diferentes instrumentos clínicos y de gestión, como los Procesos Asistenciales Integrados y otros.
- Dificultades relacionadas con las competencias entre servicios y entre los diferentes colectivos expertos a la hora de implantar instrumentos de gestión.

Los objetivos a conseguir con la instauración de esta Red Asistencial serían:

1. Implantar de forma eficaz todos los instrumentos (clínicos y de gestión) que han mostrado utilidad para mejorar la atención sanitaria en Andalucía.
2. Incluir todos los elementos de evaluación de la calidad en los contratos programa.

Para cumplir estos objetivos deberíamos iniciar una serie de acciones, que vincularía directamente a la Atención en Primaria, como son:

- La implantación y seguimiento de los Procesos Asistenciales Integrados Oncológicos, lo que implica las siguientes acciones específicas:

- a. Asegurar la difusión de los procesos asistenciales integrados relacionados con la oncología.
- b. Potenciar el papel de Atención Primaria en el manejo clínico y evolutivo de pacientes con procesos oncológicos.
- c. Verificar la existencia de un conjunto de indicadores de cada proceso común para Atención Primaria y Especializada (indicadores de proceso, de calidad y de resultados).
- d. Evaluar la implantación de los mismos mediante control de demoras, flujo de pacientes y protocolos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
- e. Asegurar la incorporación de las modificaciones necesarias del proceso a través de los grupos de mejora.
- f. Elaborar toda la información de apoyo que se considere necesaria.

En resumen una atención de calidad en el paciente oncológico y la garantía de la continuidad asistencial de su proceso oncológico, pasa por la colaboración “sin reservas” de Atención Primaria con Especializada.

MESA: Necesidades de especialistas, nuevas tecnologías y puestos de trabajo. Presentación del proyecto de investigación: necesidades de formación especializada en el SSPA. Proyecto NESPECIALIST

Prados-Torres JD

Coordinador Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Málaga

La disponibilidad de especialistas formados en una determinada Comunidad Autónoma (CA) y en nuestro caso en Andalucía, no depende sólo de los que esa CA es capaz de formar, sino también de los flujos migratorios profesionales y de la demografía profesional (incluidas las jubilaciones), entre otras causas. Interesa conocer (al menos de forma aproximada) que necesidades de especialistas tendrá una CA en el futuro, para así planificar mejor la oferta de plazas para formación. Si además existe en la oferta una correcta distribución entre unas y otras especialidades, la planificación ayudará a solventar las demandas de especialistas esperables (conviene tener en cuenta que la formación de los especialistas es costosa en recursos económicos, tiempo y esfuerzos y que su capacitación decrece conforme aumenta el tiempo sin ejercicio asistencial. Además el ajuste inadecuado entre demanda y producción de especialistas, puede ser escenario de una crisis profesional que, de mantenerse, podría ser fuente de frus-

tración de éstos y de ineficiencia del sistema sanitario en el futuro).

Las necesidades de especialistas sanitarios en una determinada comunidad autónoma, están influenciadas además por una serie de variables entre las que cabe destacar: la aparición de nuevas tecnologías sanitarias y su manejo, la evolución de la oferta sanitaria y las carteras de servicios que se ofertan, la elaboración de nuevos planes de salud y nuevos servicios, y la opinión de pacientes, profesionales y responsables de la planificación sanitaria.

La oferta de plazas MIR en Medicina de Familia en el SSPA, como especialidad mayoritaria está especialmente influenciada por todas ellas.

En la presente mesa se presentan los resultados del proyecto de investigación denominado NESPECIALIST, financiado por FIS y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, que trata de responder a éstas interrogantes.

MESA: Necesidades de especialistas, nuevas tecnologías y puestos de trabajo. Presentación del proyecto de investigación: necesidades de formación especializada en el SSPA. Proyecto NESPECIALIST

Ponencia: Análisis cuantitativo y demográfico de las necesidades de especialistas sanitarios en el sistema sanitario público andaluz

Irastorza-Aldasoro A

Jefa de Servicio de Protocolos asistenciales del Servicio Andaluz de Salud

Las convocatorias de ofertas de plazas de Especialistas Residentes, venían realizándose tras la recogida a nivel central autonómico la oferta que los centros hospitalarios aportaban, valorada en su conjunto antes de ser presentada al Ministerio de Sanidad, con criterios intuitivos y muchas veces mediatizados por la opinión que el Ministerio, las Comisiones Asesoras de la Especialidad y algunas Sociedades Científicas tenían de la situación.

Hasta la realización del Estudio de Necesidades de formación especializada iniciado en 2001, en el seno de un grupo de trabajo, no dispusimos de criterios objetivos para valorar la idoneidad o no de la oferta para nuestra Comunidad.

El estudio se diseñó desde varias vertientes. La primera fue la realización de un análisis cuantitativo que nos permitiera extraer datos de fácil interpretación para conocer la situación actual y la previsión de evolución demográfica en un entorno de 5 y 10 años. La segunda fue realizar un análisis del dimensionamiento necesario para dar cobertura a la previsión de implantación de nuevos servicios, el estudio demográfico de población andaluza y su morbimortalidad. Se complementó con una valoración cualitativa para conocer las expectativas que los mismos profesionales tenían sobre la evolución de las necesidades de especialistas en Andalucía.

Dentro del **análisis cuantitativo** se incluyó el estudio de diferentes apartados. El primero fue conocer el número de médicos especialistas y su distribución por edad que en el momento del

estudio trabajaban en el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA). También se calculó el número de médicos especialistas que en ese momento se estaban formando y su proyección para los siguientes cinco y diez años.

Se analizaron los flujos migratorios de especialistas con el resto del Estado Español y con otros estados. Este análisis se llevó a cabo identificando a los médicos que realizaban su último curso de residencia cinco años antes y se procedió a determinar qué porcentaje de ellos trabajaban en el momento del estudio en el Servicio Andaluz de Salud.

Se incluyeron variables que actuaban como posible entrada de especialistas en el Sistema, como el número de especialistas que en el momento del estudio se registraban en situación de desempleo en nuestra Comunidad, se cuantificaron los médicos especialistas por otras vías (MESTOS) y la actividad derivada a centros concertados del SSPA.

Se consideró el crecimiento de la población andaluza en los 5 y 10 años del estudio, y las necesidades de recursos especializados que con la implantación de nuevos servicios, y planes se preveían en el momento del estudio.

Del análisis resultante de estas variables se obtuvieron unos datos por especialidad a los que, se les aplicó el criterio de *mantenimiento* a aquellas especialidades que se movían entre un 15% y un 25% por encima de la formación necesaria para el recambio, las que se localiza-

ban por debajo del 15% se consideraron *deficitarias* y las que sobrepasaban el 25% *excedentarias* siempre en un horizonte de 5 y 10 años y en las condiciones que existían en el momento.

En anexo se adjunta el análisis cuantitativo actualizado a 2009, plantilla de enero 2009, la previsión de futuros especialistas en los próximos 5 y 10 años, y considerando un nivel de adherencia o permanencia de estos futuros especialistas en el SSPA del 75%.

ANEXO

Especialidad	% Saldo 5 a.	Especialidad	% Saldo 5 a
ALERGOLOGIA	22	MEDIC.FISICA Y REHAB	11
ANALISIS CLINICOS	-9	MEDICINA INTENSIVA	1
ANATOMIA PATOLOGICA	7	MEDICINA INTERNA	14
ANESTESIOLOGIA/REANIMACION	6	MEDICINA NUCLEAR	22
ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	10	MICROBIOLOGIA-PARASITOL.	19
APARATO DIGESTIVO	20	NEFROLOGIA	20
BIOQUIMICA CLINICA	66	NEUMOLOGIA	12
CARDIOLOGIA	14	NEUROCIRUGIA	-7
CIR. ORTOP. Y TRAUMATOLOGIA	0	NEUROFISIOLOGIA CLINICA	3
CIR. PLAST/ESTET/REPA	13	NEUROLOGIA	18
CIRUGIA GRAL/AP. DIGEST	-2	OBSTETRICIA Y GINEC.	10
CIRUGIA ORAL/MAXILOFAC	24	OFTALMOLOGIA	14
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	-7	ONCOL.RADIOTERAPICA	27
CIRUGIA PEDIATRICA	-5	ONCOLOGIA MEDICA	44
CIRUGIA TORACICA	18	OTORRINOLARINGOLOGIA	5
DERMAT. M. QUIR./VENER	23	PEDIATRIA	0
ENDOCRIN. Y NUTRICION	10	PSIQUIATRIA	13
FARMACIA HOSPITALARI	49	RADIODIAGNOSTICO	7
FARMACOLOGIA CLINICA	195	RADIOFISI.HOSPITALAR	22
HEMATOLOG./HEMOTERAP	-2	RADIOFARMACIA	12
INMUNOLOGIA	34	REUMATOLOGIA	19
MED.FAMILIAR/COMUNIT	9	UROLOGIA	5
MED.PREVENT/SAL.PUBL	39	Total especialidades deficitarias	24

Se encuentran 24 especialidades deficitarias a los 5 años (saldos en negrita)

Especialidad	% Saldo 10 a.	Especialidad	% Saldo 10 a
ALERGOLOGIA	49	MEDIC.FISICA Y REHAB	17
ANALISIS CLINICOS	-17	MEDICINA INTENSIVA	1
ANATOMIA PATOLOGICA	22	MEDICINA INTERNA	28
ANESTESIOLOGIA/REANIMACION	9	MEDICINA NUCLEAR	42
ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	11	MICROBIOLOGIA-PARASITOL.	40
APARATO DIGESTIVO	36	NEFROLOGIA	34
BIOQUIMICA CLINICA	147	NEUMOLOGIA	18
CARDIOLOGIA	20	NEUROCIRUGIA	6
CIR. ORTOP. Y TRAUMATOLOGIA	2	NEUROFISIOLOGIA CLINICA	30
CIR. PLAST/ESTET/REPA	29	NEUROLOGIA	31
CIRUGIA GRAL/AP. DIGEST	-4	OBSTETRICIA Y GINEC.	23
CIRUGIA ORAL/MAXILOFAC	56	OFTALMOLOGIA	18
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	21	ONCOL.RADIOTERAPICA	85
CIRUGIA PEDIATRICA	5	ONCOLOGIA MEDICA	58
CIRUGIA TORACICA	38	OTORRINOLARINGOLOGIA	2
DERMAT.M. QUIR./VENER	45	PEDIATRIA	0
ENDOCRIN. Y NUTRICION	20	PSIQUIATRIA	23
FARMACIA HOSPITALARI	100	RADIODIAGNOSTICO	17
FARMACOLOGIA CLINICA	393	RADIOFISI.HOSPITALAR	50
HEMATOLOG./HEMOTERAP	6	RADIOFARMACIA	31
INMUNOLOGIA	75	REUMATOLOGIA	32
MED.FAMILIAR/COMUNIT	8	UROLOGIA	0
MED.PREVENT/SAL.PUBL	86	Total	13

Se encuentran 13 especialidades deficitarias a los 10 años (saldos en negrita)

MESA: Necesidades de especialistas, nuevas tecnologías y puestos de trabajo. Presentación del proyecto de investigación: necesidades de formación especializada en el SSPA. Proyecto NESPECIALIST

Ponencia: Análisis prospectivo *DELPHI* sobre necesidades de especialistas, nuevas tecnologías y puestos de trabajo en Andalucía

Vidal España F

Socióloga. Málaga

OBJETIVO: Identificar la percepción de necesidades de nuevos especialistas y de nuevas tecnologías a aparecer en Andalucía a medio (5 años) y largo plazo (10 años) en los expertos seleccionados.

DISEÑO: Técnica de consenso *DELPHI*, mediante encuesta en 3 rondas, a 157 médicos especialistas del SSPA, y estructurada en tres bloques de preguntas:

1- Sobre necesidades percibidas en cuanto a número de especialistas en 45 especialidades "MIR"

2- De nuevas tecnologías sanitarias a aparecer.

3- De nuevas especialidades/subespecialidades o puestos de trabajo a aparecer en Andalucía.

Grado de acuerdo. Se considera consenso entre los panelistas, cuando acuerdo $\geq 70\%$.

RESULTADOS:

PARTICIPACIÓN: 236 cuestionarios enviados. Muestra inicial de 157 panelistas. De los 157 participantes iniciales, tasa de respuesta en primera ronda del 66.8%. Las tres rondas fueron completadas por 59 de los 105 respondentes iniciales.

Tasa de no respuesta en apartado de necesidades de profesionales 40%. En el de necesidades tecnológicas. 38.43%, y en el de nuevas especialidades, subespecialidades o puestos de trabajo a aparecer, 27.4% (tasa promedio de las tres rondas).

PERCEPCIÓN DE NECESIDADES DE PROFESIONALES:

• Especialidades con número de especialistas deficitario (11):

Alergología, Anestesiología, Angiología, C Cardiovascular, Geriátría, M Familia, Neurocirugía, Oncología Médica, Psicología, Psiquiatría, Radiodiagnóstico.

• Especialidades con número de especialistas adecuado (17):

A Clínicos, A Patológica, A Digestivo, C General y A Digestivo, C Torácica, Dermatología, Endocrinología, M Intensiva, M Preventiva, Microbiología, Nefrología, Neumología, Oncología Radioterápica, Otorrinolaringología, Radiofísica Hospitalaria, M Física y Rehabilitadora, Urología.

• No hay consenso para 18 especialidades:

Bioquímica Clínica, Cardiología, C Pediátrica, C Oral y Maxilofacial, C Ortopédica y Traumatológica, C Plástica, F Clínica, F Hospitalaria, Hematología y Hemoterapia, Inmunología, M Interna, M Nuclear, Neurología, Neurofisiología Clínica, Obstetricia y Ginecología, Oftalmología, Pediatría, y Reumatología.

PERCEPCIÓN DE NECESIDADES TECNOLÓGICAS:

• Nuevos métodos diagnósticos (incluidos imagen y diagnósticos no invasivos).

- Nuevos tratamientos (médicos, quirúrgicos, alternativos e intervenciones psicosociales).
- Sistemas de comunicación, información, redes y telemática.
- Tecnologías de evaluación de intervenciones (impacto, seguridad, eficiencia y costes).
- Planificación y gestión (incluidas fuentes de información y gestión clínica).

Consenso en el 86.24% de las 109 propuestas realizadas.

PERCEPCIÓN DE NUEVAS ESPECIALIDADES, SUBESPECIALIDADES, O PUESTOS DE TRABAJO MÉDICOS A APARECER EN EL FUTURO:

Acuerdo en el 28.9% de las 90 propuestas:

- Biología molecular; Flebología y Angiología; Consejo genético; Inmunología clínica; Inmunología y terapia génica; Medicina de urgencias: como especialidad, subespecialidad o área de capacitación específica; Medicina preventiva y Medio ambiente; Nuevas subespecialidades relacionadas con trasplantes y con el desarrollo de tejidos a partir de células embrionarias; Psiquiatría infantil/juvenil; Geriatría; Hepatología médica;

Especialistas en gestión y en gestión clínica; Internista infectólogo; C. cardiovascular; C. endovascular; C. hepatobiliopancreática; C. reparadora en oncología; C. torácica de trasplantes; Subespecialidad de Neurocirugía de columna; Subespecialidad de Neurocirugía pediátrica; Diagnóstico por la imagen; Diagnóstico vascular no invasivo; Endoscopia y ecografía digestiva avanzada; Radiología intervencionista; Radiología vascular-intervencionista.

COMPARATIVA ESTUDIO CUANTITATIVO 2005/ DELPHI 2009, RESPECTO A ESPECIALIDADES DEFICITARIAS EN N° DE ESPECIALISTAS:

Según estudio cuantitativo previo realizado por el grupo de trabajo NESPECIALIST en 2005, la previsión sobre especialidades deficitarias en 2010 eran: Análisis Clínicos; Anatomía Patológica; Anestesia; Angiología; Aparato Digestivo; Cardiología; Cirugía General; Cirugía O. Traumatológica; Cirugía Pediátrica; Dermatología; Endocrino; Hematología; Medicina F y C; Medicina Física y Rehabilitadora; Neumología; Neurocirugía; O.R.L.; Ginecología-Obstetricia; Oftalmología; Pediatría; Psiquiatría; Radiodiagnóstico; Urología. Hay resultados coincidentes en el estudio DELPHI realizado en 2009 en las siguientes: *Anestesia; Angiología; Medicina F y C; Neurocirugía; Psiquiatría y Radiodiagnóstico.*

MESA: Necesidades de especialistas, nuevas tecnologías y puestos de trabajo. Presentación del proyecto de investigación: necesidades de formación especializada en el SSPA. Proyecto NESPECIALIST

Ponencia: Necesidades de MFyC en Andalucía

Prados-Torres JD

Coordinador Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Málaga

En el Informe publicado por el MSPS, sobre la *Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025)*, publicado en marzo de 2009, las dos especialidades de Atención Primaria (pediatría con un 26% de déficit y medicina de familia con el 36%), son percibidas por los Servicios Regionales de Salud como las más deficitarias.

En el elaborado por la CNE de MFyC en 2010 sobre oferta de residentes en este año, se relacionan las necesidades con la Proyección demográfica de la población, las proyecciones demográficas de los profesionales, la tasa de reposición por jubilación y mortalidad y el indicador de capacidad de Saltman (cuanto menos nº población/MF mayor capacidad de la AP para atender a las necesidades de la población: media en UE de los 15 1MF/1200 personas).

La tasa de reposición de MF por jubilación y mortalidad, porcentaje de abandono y reespecialización de MF se calcula en un 4.8% (Barber P, Gonzalez B. *Oferta y necesidad de especialistas médicos en España 2008-2025*). Cuando se recalcula teniendo en cuenta en un horizonte de unos 15 años, una ratio de 50% de MF/Médicos del SNS (estándar europeo) y considerando los abandonos y reespecialización de los MF se obtiene un 8.85% de tasa de reposición ajustada de MF durante los próximos 15 años.

En el informe NESPECIALIST (2007/2009), en relación a la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC), el posicionamiento de los expertos panelistas del SSPA, participantes en la Técnica DELPHI realizada específicamente para

conocer sus opiniones en torno a las necesidades de nuevos especialistas y nuevas tecnologías a aparecer en Andalucía, se consensuó, con un 84,1% de acuerdo ($X=3.98$) (IC95%,3.73-4.22) que hay un déficit de un 30% de plantilla en esta especialidad.

Los criterios seguidos por el equipo investigador para valorar el grado de consenso para cada ítem, era el logro del 70% de acuerdo en la suma de los valores positivos o negativos de una escala psicométrica de Likert, con una puntuación del 1 al 5 (1=totalmente en desacuerdo, 5=totalmente de acuerdo).

En cuanto a las necesidades de nuevas tecnologías a aparecer, se citan las que de forma directa o indirecta se relacionan con el perfil profesional y posibles tareas de los MF: la gran mayoría de los participantes (96,5%) ($X=4.46$) (IC95%, 4.29-4.62) estuvo de acuerdo en la necesidad de desarrollar las relacionadas con la atención a los tratamientos paliativos. Una segunda propuesta relacionada con el desarrollo de técnicas de apoyo psicológico a pacientes, psicoterapia y apoyo terapéutico, no obtuvo el consenso necesario para su aprobación, quedándose en un 53,9% ($X=3.41$) (IC95%,3.09-3.72).

Respecto a las competencias y/o puestos de trabajo a aparecer que pudieran relacionarse con el perfil de MFyC (especialmente cuando se refiere al ámbito no hospitalario), las propuestas que obtuvieron el apoyo necesario para el consenso fueron: Consejo Genético (76,8%); Especialistas en Gestión y Gestión Clínica (81,6%); Atención Geriátrica (79%); Medicina de urgencias: como especialidad, subespecialidad o área de capaci-

tación específica (80,1%); y Medicina Preventiva y Medio Ambiente (71,2%).

En opinión de expertos (CNE de MFyC, Starfield, B.) las expectativas laborales de los MF, también influyen en el nº de abandonos de MIR y en la reespecialización y por lo tanto condiciona la tasa de reposición de estos especialistas.

En cualquier caso y aunque la mayoría de los expertos internacionales coinciden en que la manera más costo efectiva de proporcionar estos servicios es contando con la medicina de familia, dependerá de las especificidades del crecimiento del SSPA, el papel que la MF juegue en el futuro y las necesidades reales.

MESA: Actualización terapéutica. Antonio: Fumador y diagnosticado de patología osteoarticular, tabaco y obesidad. URM

Ponencia: ¿Merece la pena tratar la obesidad en Atención Primaria?

Pulido Vázquez C

Médica de Familia. CS El Palo. Málaga

Antonio no viene mucho a consulta, pero esta vez se le ve fastidiado de verdad ("ese maldito dolor de rodillas, doctor, tiene que haber algo para esto..."). A partir de esta queja tenemos varias alternativas:

A) Prescribirle un nuevo antiinflamatorio y/o derivarlo al traumatólogo: solución rápida para hoy, pero Antonio volverá y seguiremos en las mismas...

B) Explicarle que, como ya vimos en la radiografía, las rodillas le duelen porque tiene los huesos desgastados por la edad y con esos kilitos de más... Podemos pesarle y tallarle, calculando su IMC (Índice de Masa Corporal). Necesitaríamos unos minutos más y después podríamos usar la información para:

B.1) Culparle de su sobrepeso (justificando nuestra impotencia para ayudarlo), haciéndole responsable de éste y por tanto de su dolor de rodillas, con la actitud del médico paternalista que se reduce a decir "¡coma usted menos y muévase más!" y, como mucho, a darle una dieta prediseñada... Solución menos rápida y algo más acorde con la situación pero: ¿suficiente?, ¿adaptada a las características del paciente?, ¿útil?

B.2) Hacerle comprender que el sobrepeso puede ser parte de la causa de sus dolores y preguntarle si quiere perder peso, valorando si está dispuesto al cambio (preparado para la acción) o no. En este contexto, no podemos dejar escapar al paciente que está preparado para la acción, estamos obligados a hacer algo más. Si Antonio nos dice que sí, que quiere ponerse a dieta, nos está pidiendo

que ayude y debemos ofrecérsela pero... ¿cómo?

Desde aquí, proponemos una forma de abordaje distinto: un programa de tratamiento de la obesidad y el sedentarismo en Atención Primaria (programas de características similares se realizan desde hace años en Europa –Counterweight– y han demostrado ser factibles y coste-efectivos), basado en tres pilares:

- *Atención en consulta individual*, donde se realiza el diagnóstico (cálculo del IMC, registro alimentario y podometría) y tratamiento (prescripción de dieta, ejercicio y fármacos si fuera necesario, según las características del paciente).

- *Grupos educativos*, donde se plantean temas como qué comer, cómo comer, factores psicológicos implicados...

- *Atención comunitaria*, en la que se realiza ejercicio físico, se tratan aspectos emocionales y de desarrollo cultural, entre otros, con la finalidad última de la responsabilización del sujeto en su propio proceso de salud.

Sobre las distintas dietas, la evidencia científica demuestra que, independientemente de la estrategia utilizada, la única variable que predice la pérdida de peso es la adherencia. Por eso, un programa de estas características que refuerza todos los aspectos (biológicos, psicológicos y sociales) de la obesidad se presenta como una buena opción para afrontar el problema, reforzando la adherencia.

Es indudable que cada profesional, dependiendo de sus características personales, sus intere-

ses, el tiempo disponible en consulta... y, sobre todo, de su visión de la obesidad como problema susceptible de tratamiento o no, es libre de tomar un camino u otro. El principal obstáculo para el abordaje de la obesidad y el sedentarismo desde Atención Primaria es que los profesionales sanitarios pensamos que los pacientes no van a cambiar sus hábitos y que nuestra intervención no merece la pena. Es el "nihilismo terapéutico" que

no nos permite darle una oportunidad al cambio. Son otros muchos los obstáculos del paciente, de su entorno, del médico, del equipo del centro de salud... Pero otra forma de ver las cosas es posible y necesaria si queremos enfrentarnos a la epidemia del siglo XXI desde Atención Primaria haciendo promoción de la salud que es, al fin y al cabo, tarea fundamental del médico de familia: ¿estamos preparados para la acción?



MESA: Actualización terapéutica. Antonio: Fumador y diagnosticado de patología osteoarticular, tabaco y obesidad. URM

Ponencia: Tratamiento oportunista del tabaquismo en la consulta del médico de familia

Hernando Jiménez V

Médica de Familia. CS Nuestra Señora de la Paz, San Juan de Aznalfarache, Distrito Aljarafe, Sevilla

El tabaco es la primera causa de muerte prevenible en los países desarrollados. Disponemos de recursos efectivos para el abordaje de la deshabituación tabáquica y las características de la Atención Primaria, concretamente su longitudinalidad, convierten a nuestro medio en un propicio ámbito de actuación.

Antonio, acude a nuestra consulta por una gonalgia crónica que le tiene muy preocupado. Durante la entrevista observamos en su bolsillo una cajetilla de tabaco. En la historia no consta registro de su hábito. En ese momento se nos plantea una decisión que determinará nuestra intervención: "¿le abordo o no le abordo?". Tenemos diversas opciones:

1. "¿Con el retraso que llevo!" Optamos por el "hoy no, mejor otro día. Seguro que vuelve". Y Antonio se marcha, perdiendo una oportunidad para intervenir. No nos sentimos orgullosos, pero somos humanos y a veces la sobrecarga de trabajo puede hacernos tomar una decisión equivocada. En la siguiente ocasión que tengamos deberemos estar preparados para actuar y no dejar pasar de nuevo la oportunidad.

2. O quizás optamos por preguntar. "¿Fuma usted, Antonio?" "Sí doctora, fumo cerca de un paquetillo diario". Tras esta pregunta podemos optar por:

a. Una actitud paternalista, reprendiendo al paciente: "¿Pero Antonio!, ¿sabe usted que se está matando lentamente? ¿Con la de problemas de salud que tiene, se va a buscar otros! ¡Ya le he dicho mil veces que debe dejar de fumar!" Antonio se marchará con su paquete de tabaco en el bolsillo y la firme promesa

de no volver a ser sincero. No lograremos con esta actitud promover el cambio.

b. O por el contrario decidimos confrontarle con el problema y le preguntamos si desea dejar de fumar, si alguna vez lo ha intentado (podemos intentar previamente que asocie su historial patológico al tabaco). Puede que nos diga que no es el momento, tal vez más adelante. Entonces le ofreceremos información y nuestra ayuda en el momento en que decida dar el paso. Pero puede que nos diga que sí, que desea dejarlo. En este punto valoraremos el proceso de cambio, intentaremos fijar con él una fecha, aumentaremos su autoconfianza y trataremos de delimitar el tiempo y el proceder terapéutico, para lograr la adherencia. De no hacerlo podemos perderlo.

La mayoría de organizaciones recomiendan estructurar las intervenciones en los siguientes pasos, las "A":

- ASK (Averiguar) sobre el consumo de tabaco y reflejarlo en la historia clínica. Determinar el grado de dependencia (Fagerström).

- ADVISE (Aconsejar) sobre lo beneficioso de dejarlo, de forma firme y seria.

- ASSES (Apreciar/ayudar) a hacer frente al proceso de abandono del consumo de tabaco. Valorar la disposición al cambio y en función de ésta programar una ayuda concreta. El ofrecimiento de ayuda es crucial. Podemos prepararle para el día D, ofrecerle tratamiento farmacológico y/o la asistencia a grupos terapéuticos de deshabituación, si existen.

- ARRANGE (Acordar) un seguimiento programado.

Para lograr abordar estos cinco pasos en el espacio de una consulta podemos ayudarnos de una serie de preguntas clave, que nos permitirán conocer el grado de consumo y dependencia del tabaco, ofrecer ayuda y acordar un plan de acción. Aunque es cierto que para realizar esto en

cinco minutos precisaremos de cierta habilidad y destreza que iremos adquiriendo con el tiempo. El abordaje global precisará de más tiempo que se puede ir fraccionando en diversas consultas.

Son múltiples las posibilidades. Conociendo las herramientas que nos serán de utilidad, contamos con nuestra imaginación y creatividad.

SIMPOSIO: Impacto de los nuevos fármacos ACO en la práctica clínica. URM

Mancera Romero J

Médico de Familia. CS Ciudad Jardín. Málaga

Objetivos:

General: Conocer el estado actual de la anticoagulación oral en Andalucía y disponer de información científica actual sobre los nuevos fármacos anticoagulantes.

Específicos:

1. Analizar la situación actual de la anticoagulación oral en Atención Primaria.
2. Realizar propuestas de mejora.
3. Información sobre los nuevos fármacos y sus indicaciones basada en la evidencia.
4. Utilización racional de los nuevos fármacos anticoagulantes.

Pertinencia:

El III Plan Andaluz de Salud, en su apartado VIII.4, contempla "Reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad a través del desarrollo de Planes integrales contra el cáncer, la diabetes, las enfermedades del corazón, los ac-

cidentes, los problemas osteoarticulares y a favor de la salud mental y la atención a las personas en situación de dependencia (Objetivos nº 13, 14, 15, 16, 17 y 18)".

Por otra parte, el II Plan de Calidad contempla adaptar los servicios al entorno social de los centros (Proceso Estratégico I) y el intercambio de conocimientos en el sistema sanitario (Proceso Estratégico IV).

El Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía y los Procesos Asistenciales Integrados relacionados (sobre todo el de Fibrilación Auricular) preconizan la utilización de la anticoagulación oral como una actividad destacada en la prevención de la aparición de eventos vasculares.

Dentro de la Cartera de Servicios de Atención Primaria, en el punto 2.1.6. la Anticoagulación Oral se define como el servicio que, de manera coordinada y protocolizada con el nivel asistencial especializado, se oferta para realizar el seguimiento de personas con tratamiento anticoagulante oral, tanto en el centro como en el domicilio.

SIMPOSIO: Impacto de los nuevos fármacos ACO en la práctica clínica. URM

Ponencia: Situación actual de la ACO en la medicina de familia

Hormigo Pozo A

Médico de Familia. Director UGC. CS Puerta Blanca. Málaga

El incremento del uso de ACO en Atención Primaria como consecuencia de la aplicación de las guías de práctica clínica como medida profiláctica en patologías prevalentes como la Fibrilación Auricular hace necesario un conocimiento adecuado del uso de estos fármacos por el Médico de Atención Primaria.

Los objetivos de esta actividad son adquirir los conocimientos de fisiología y farmaco-

logía de los ACO, sus indicaciones habituales en Atención Primaria, el inicio del tratamiento por parte de los médicos de primaria en casos necesarios y las interacciones, contraindicaciones y situaciones especiales (Biospsias, inyectables, embarazo, etc.) que se presentan en el manejo de estos fármacos. Avance de los nuevos ACOs y sus indicaciones actuales.

SIMPOSIO: Impacto de los nuevos fármacos ACO en la práctica clínica. URM

Ponencia: Nuevas evidencias en ACO: Estudio RE-LY

De Teresa Galván E

Cardiólogo. Jefe de Servicio. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Los principales resultados del estudio RE-LY son:

1. Dabigatrán etexilato ha reducido simultáneamente los episodios hemorrágicos y trombóticos en relación a warfarina.

2. Ambas dosis de dabigatrán ofrecen ventajas distintas y complementarias respecto a warfarina:

- Una dosis de 150 mg. dos veces al día tiene una eficacia superior con una tasa de hemorragias similar.

- Una dosis de 110 mg. dos veces a día tiene una tasa de hemorragias significativamente menor con una eficacia similar.

- Se apreció un beneficio clínico neto similar entre las dos dosis de dabigatrán.

- El beneficio de dabigatrán fue similar en pacientes nuevos o previamente tratados con warfarina.

- Los pacientes con mal control del INR (TRT bajo), podrían tener un beneficio adicional con dabigatrán.

TALLER

Anticoncepción hormonal, DIU e implantes. URM

Navarro Martín JA¹, Trillo Fernández C², Corona Páez I³

¹ Médico de Familia. Centro de Salud Arroyo de la Miel. Benalmádena. Málaga

² Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga

³ Médica de familia. Centro de Salud La Palmilla. Málaga

RESUMEN

Andalucía es pionera en el abordaje de la Planificación Familiar desde los centros de salud por los médicos de Atención Primaria, por lo que éstos deben estar capacitados para ofertar a las parejas que lo desean los distintos métodos anticonceptivos.

El DIU es un excelente método contraceptivo y se encuentra infrautilizado. Su uso es mayor entre las mujeres que acuden a los programas de planificación de los centros de salud que integran todos los métodos no quirúrgicos que en los que es necesaria la derivación a otro nivel fuera del centro, ya que la accesibilidad al método resulta fundamental para que éste sea utilizado. La inserción y extracción del DIU son unas técnicas sencillas que pueden ser abordadas por el médico de familia. Igual consideración podríamos hacer en relación con el implante subcutáneo.

JUSTIFICACIÓN Y DESARROLLO DEL TALLER

Recientemente han aparecido en el mercado nuevas presentaciones de anticonceptivos. En su elección debemos valorar aspectos como el riesgo de aparición de trombosis venosa profunda, la dosis de estrógeno más adecuada, otras indicaciones distintas de la anticoncepción o las características de las mujeres que condicionan su elección. Asimismo debemos estar familiarizados con el uso del anillo vaginal y el parche cutáneo, cada vez más utilizados.

El implante subcutáneo es uno de los métodos anticonceptivos de los que disponemos en el momento actual. La técnica de inserción y extrac-

ción es sencilla y accesible para el médico de familia.

Dentro de los DIU disponibles encontramos los de cobre y el medicado con levonorgestrel. Éste último presenta una serie de indicaciones y beneficios específicos. Al igual que en el caso del implante subcutáneo la inserción y extracción del DIU es sencilla y puede ser llevada a cabo por el médico de familia.

La contracepción de urgencia (postcoital) es solicitada con frecuencia. Aunque actualmente las pautas de actuación están bien definidas, sigue existiendo controversia y variabilidad en su prescripción.

En el taller intentaremos aportar la información disponible en relación con estos u otros aspectos que puedan surgir.

El taller se estructura de la siguiente forma:

- Exposición sobre los distintos métodos anticonceptivos hormonales (combinados y con sólo gestágenos) y sobre la contracepción de urgencia.
- Distintas vías de administración: oral, anillo vaginal, parche cutáneo, inyectable, DIU, e implante subdérmico.
- Prácticas:
 - Casos clínicos.
 - Inserción y extracción del implante subdérmico.
 - Inserción y extracción del DIU.

TALLER

Recursos alternativos en medicina de urgencia: McGuiver

Lado Llerena AL¹, Gil Calvo G², Brea Torres G³

¹ Médico de Familia. CS de Outes (A Coruña)

² Médico de Familia. CS "Concepción Arenal" de Santiago de Compostela (A Coruña)

³ Médico de Familia. Adjunto del Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Barbanza de Oleiros, Riveira (A Coruña)

1. Objetivos:

· 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.

· El resultado deseado es 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.

2. Resumen:

La capacidad de resolución de problemas médicos, en especial los urgentes, por parte del médico de atención primaria ahorra costes, y produce gran satisfacción tanto en el paciente como en el profesional. Se trata de que cierto tipo de problemas que encuentran soluciones descritas en la literatura, pero no conocidas y por tanto no manejadas en atención primaria, puedan incorporarse fácilmente a su quehacer diario.

Cada sesión habitualmente dura 4 horas: 2 horas de teoría y 2 de práctica.

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.

3. Temas tratados:

· 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.
- Cuerpos extraños corneales
- Bloqueo anestésico de pequeños nervios periféricos.
- Quemaduras eléctricas
- Coma psicogénico y pruebas calóricas.

TALLER

Psicofarmacología básica en AP. URM

Ruiz Peña M¹, Gómez Díaz I²; Madueño Caro AJ³

¹ Médico de Familia, CS Los Barrios, Los Barrios (Cádiz)

² Médica de Familia, CS La Plata, Sevilla (Sevilla)

³ Médico de Familia, CS La Laguna, Cádiz (Cádiz)

Los trastornos mentales son un conjunto de patologías que cada vez ocupan más espacio en la consulta diaria de un médico de familia. Aunque el espectro es amplio, en el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía se reconoce que depresión, ansiedad y somatizaciones constituyen los trastornos que más atendemos en Atención Primaria, ocupando casi el 60% de la patología mental.

Los médicos de familia nos sentimos cómodos aplicando tratamientos sintomáticos de las patologías que vemos a diario. Sin embargo, cuando tenemos delante un problema de Salud Mental, a veces nos encontramos en situaciones donde disponemos de un amplio arsenal terapéutico y no sabemos muy bien cual elegir.

En el taller Psicofarmacología Básica nos centraremos exclusivamente en el tratamiento de los trastornos mentales con fármacos con el fin de que nuestra prescripción nos lleve a una recuperación más eficaz de nuestros pacientes. Emplearemos una metodología ágil para la que necesitaremos la participación de los asistentes.

Introducción

Necesitaremos introducir una serie de conceptos, de manera muy gráfica, que nos permita entender las bases de la neurotransmisión. Posteriormente, nos servirá para entender cómo funcionan los distintos fármacos, por qué obtenemos mejores resultados al emplear unos en vez de otros y por qué mantenerlos en el tiempo.

Depresión

La depresión se entiende en la actualidad como una enfermedad crónica que empeora el pronóstico de otras patologías. Cuando la tratamos, nuestro objetivo debe ser que el paciente vuelva a recuperar su estado de ánimo basal.

Hay muchas maneras de seleccionar el fármaco adecuado. La elección puede basarse en nuestra experiencia previa, en los criterios de calidad de prescripción,... pero también puede hacerse basándonos en la topografía cerebral de la emoción, cognición y conducta.

El apartado dedicado al tratamiento de la depresión ocupará el 40% del tiempo del taller y emplearemos 3 casos clínicos. Los asistentes se reunirán en grupo y debatirán sobre qué tratamiento es el más adecuado. Partiendo de la base del caso, iremos construyendo los cimientos que nos permitan relacionar determinados síntomas con déficits de neurotransmisores.

El objetivo principal es conseguir diferenciar entre los distintos perfiles sintomatológicos y asociarlos a los tratamientos farmacológicos para seleccionar el fármaco que mejor se adapte a la clínica del paciente.

Ansiedad

El tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad ha evolucionado desde los años 60 hasta la actualidad. De ahí que muchas estrategias terapéuticas, ampliamente implantadas en las consultas de Atención Primaria, se

hayan quedado obsoletas y se han sustituido por otras más eficaces y con menos efectos adversos.

Hablar del tratamiento de la ansiedad no sólo se limita al uso de benzodiazepinas. Discutiremos sobre los distintos fármacos que sean capaces de mitigar la sintomatología ansiosa.

Este apartado estará representado con el 30% del tiempo total y emplearemos 2 casos clínicos que serán discutidos en grupo. Uno de ellos será debatido antes de la exposición y otro al final.

El objetivo principal es mejorar la elección del fármaco empleado y entender por qué es necesario el empleo de algunos fármacos durante un tiempo limitado mientras que otros es preciso que se mantengan en el tiempo.

Trastornos psicóticos

Los trastornos psicóticos son menos frecuentes en Atención Primaria y el manejo de los antipsicóticos es casi exclusivo de Psiquiatría. Sin embargo, no son pocos los pacientes que los usan y pensamos que es relevante conocer su mecanismo de acción y su repercusión sobre otras enfermedades.

En este apartado explicaremos los circuitos relacionados con los trastornos psicóticos, los síntomas que aparecen cuando hay deficiencias en alguno de estos y la manera en la que actúan los distintos tipos de antipsicóticos.

A este apartado le dedicaremos el 15% del taller. El objetivo principal es conocer dónde se originan los síntomas psicóticos y cómo actúan los fármacos.

TALLER

Herramientas para valorar la adecuación de la medicación en las personas mayores. URM

Rodríguez Dominguez S¹, Mon Carol A¹, Cabrera Rodríguez JM²

¹ Médica de familia. UGC Pino Montano A. Sevilla

² Médico de familia. Director UGC Pino Montano A. Sevilla

El aumento de la esperanza de vida y la realización de actividades preventivas y terapéuticas exhaustivas, son factores que determinan el uso frecuente de fármacos en edades avanzadas. Según la Encuesta Nacional de Sanidad 2006, en el grupo de edad de 75 años y más, un 93,4% de las personas se han medicado en las últimas dos semanas.

Alrededor de un 20% de los mayores de 70 años reciben 5 o más fármacos¹.

A pesar de estos datos, son escasos los ensayos clínicos que incluyen a las personas de edad avanzada con comorbilidad importante y uso simultáneo de varios fármacos.

La polifarmacia supone un mayor riesgo de utilización de medicaciones inadecuadas y es un factor de riesgo independiente para la mortalidad en los mayores².

En ocasiones, son excluidos por criterios de edad para poder recibir tratamientos indicados y basados en la evidencia que podrían mejorar su situación clínica. La otra cara del problema es el uso inadecuado de fármacos³, que tiene una especial relevancia en las mujeres⁴.

Entre un 14- 24 % reciben medicación potencialmente inadecuada⁵. Alrededor de un 30% de los ingresos hospitalarios en personas de edad avanzada están relacionados con eventos adversos producidos por fármacos⁶.

El uso de medicamentos sin indicación en mayores es alto, en un estudio realizado en Jaén un 47% consumía al menos un medicamento no apropiado⁷.

En otro trabajo llevado a cabo en Córdoba⁸ en ancianos inmovilizados en domicilio, el porcentaje de pacientes con un consumo de más de 4 fármacos fue del 76,1%. El 35% tomaba algún fármaco potencialmente inapropiado, siendo las mujeres y los polimedicados los que alcanzaban porcentajes más elevados.

Para disminuir los eventos adversos asociados al consumo de fármacos en personas de edad avanzada se proponen una serie de medidas⁹:

1. Revisar la medicación de cada paciente nuevo cada seis a 12 meses después y con cualquier cambio de medicación. (Nivel de evidencia C).
2. Identificar medicamentos no apropiados en mayores usando los criterios de Beer's y las Guías de Práctica Clínica. (C).
3. Monitorizar a los pacientes que toman psicotrópicos y a aquellos con más de 4 medicamentos porque tienen elevado riesgo de caídas. (B).
4. Usar el cuestionario de Hamdy para decidir qué fármacos se deben suspender. (C).
5. Considerar tratamientos no farmacológicos y revisar si los fármacos prescritos siguen teniendo indicación. (C).
6. Calcular la función renal y ajustar la dosis. (C).
7. Considerar medicamentos de dosis única en combinación para mejorar la cumplimentación, siempre que esto no repercuta en los costes. (C).

8. Combinar ayudas cognitivas y educación sanitaria para mejorar la cumplimentación. (C).

9. En la elaboración del tratamiento hay que tener en cuenta la opinión del paciente y su calidad de vida¹⁰. El plan terapéutico ha de contemplar que se trata de cuidados individualizados en pacientes con múltiples condiciones clínicas y sociales.

10. La prescripción inadecuada puede reducirse con la revisión de la medicación, prescripción electrónica, auditorías de adecuación y reduciendo el número de prescriptores¹¹.

En el presente taller discutiremos y profundizaremos en el uso de los instrumentos necesarios para valorar la adecuación de la medicación en mayores (criterios de Beer's¹², IPET, ACOVE-3, criterios STOPP-START¹³), vigilancia en el uso de fármacos en este colectivo y eventos adversos asociados al consumo de fármacos. Se proponen medidas para la reducción del consumo de fármacos inadecuados, especialmente dirigidas a las mujeres.

Las herramientas propuestas no deberían reemplazar a un correcto juicio clínico, pero este tendría que fundamentarse siempre en conocimientos en farmacología y clínica específicos para personas de edad avanzada.

Bibliografía:

1.- Rollason V, Vogt N. Reduction of polypharmacy in the elderly: a systemic review of the role of the pharmacist. *Drugs Aging*. 2003; 20:817-32.

2.- Alarcón T, Bárcena A, González-Montalbo JI, Peñalosa C, Salgado A. Factors predictive of outcome on admisión to an acute geriatric ward. *Age Ageing*. 1999; 28:429-32.

3.- Jano E, Aparasu RR. Healthcare Outcomes Associated with Beers' Criteria: A Systematic Review. *Ann Pharmacother*. 2007; 41:438-48.

4.- Johnell K, Weitoft GR, Fastbom J. Sex Differences in Inappropriate Drug Use: a Register-Based

Study of Over 600,000 Older People. *Ann Pharmacother*. 2009; 43:1233-8.

5.- Aparasu RR, Mort JR. Inappropriate prescribing for the elderly: Beers criteria-based review. *Ann Pharmacother*. 2000; 34:338-46.

6.- Onder G, Pedone C, Landi F, Cesari M, Della Vedova C, Bernabei R, Gambassi G: Adverse drug reactions as a cause of hospital admissions: results from the Italian Group of Pharmacoepidemiology in the Elderly (GIFA). *J Am Geriatr Soc*. 2002; 50:1962.

7.- Pérez- Fuentes MF, Castillo R, Rodríguez-Toquero J. Adecuación del tratamiento farmacológico en población anciana polimedicada. *Med fam Andal*. 2002; 1: 23-28.

8.- Gavilán Moral E, Morales MT, Hoyos JA et al. Polimedicación y prescripción de fármacos inadecuados en pacientes ancianos inmovilizados que viven en la comunidad Aten Primaria. 2006; 38:476-82

9.- Pham C, Dickman R. Minimizing Adverse Drug Events in Older Patients. *Am Fam Physician*. 2007; 76:1387-44.

10.- Boyd C, Darer J, Boulton C. Clinical Practice Guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases. *JAMA*. 2005; 294.

11.- Milton JC, Hill-Smith I, Jackson S.. Prescribing for older people. *BMJ*. 2008; 336:606-609.

12.- Fick D, Cooper JW, Wade W. Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. Results of a US Consensus Panel of Experts. *Arch Intern Med*. 2003; 163: 8-2.

13.- Gallagher P, Ryan C, Byrne S et al. STOPP (Screening Tool of Older Person's potentially inappropriate Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment): Consensus Validation. *J Clin Pharm Ther*. 2008; 46: 72-83.

TALLER

Infiltraciones

López García A¹, Utrera Martín F², Ramírez Fernández A³

¹ Médico de Familia. CS Torre del Mar. Málaga

² Médico de Familia. CS Nerja. Málaga

³ Médico de Familia. UCCU Hospital Comarcal de la Axarquía. Málaga

La infiltración de partes blandas del aparato locomotor constituye uno de los apartados terapéuticos de la Cartera de Servicios del Proceso de Cirugía Menor ofertado por el SSPA. Su puesta en la práctica del médico de familia contribuye a mejorar la accesibilidad de los usuarios, disminuir la demanda de atención en el nivel hospitalario y reducir costes además de aumentar la satisfacción de los profesionales sanitarios.

Objetivos generales: Aplicar los conocimientos y habilidades adquiridas como herramienta terapéutica y/o paliativa en la práctica clínica habitual de los médicos de familia.

Objetivos específicos: Conocer los requisitos necesarios para la práctica de la Infiltración en Atención Primaria de Salud. Aprender maniobras exploratorias sencillas que ayuden a diagnosticar las enfermedades susceptibles de infiltración y/o diferenciarlas de otras parecidas. Distinguir las distintas patologías susceptibles de Infiltración en Atención Primaria. Conocer las distintas alternativas terapéuticas previas a la oferta de Infiltración o a ella misma.

Contenidos: Generalidades: justificación, requisitos, materiales, indicaciones, contraindicaciones. Patologías susceptibles infiltración en atención primaria: Hombro, codo, muñeca, cadera, rodilla y pie: anatomía, clínica, diagnóstico, medidas terapéuticas físicas y técnicas de infiltración.

Metodología: Explicación oral: Presentación en power point de las generalidades y posteriormente 3 grupos de 8 personas como máximo en cada grupo que irán rotando. Explicación teórica de cada patología y posteriormente: Práctica simulada: autoexploración, exploración por parejas, demostración de la técnica en muñecos y práctica de cada discente en ellos.

Material empleado: ordenador, proyector, material fungible, piezas anatómicas de muñecos, 3 mesas redondas de capacidad mínima 8 personas, sillas para 24 discentes y 3 docentes. Documento contenidos del taller.

Evaluación: Registro de observaciones: Comprobación por el docente de la correcta aplicación de la técnica por el alumno. Repetición hasta asegurar la correcta aplicación.

TALLER

Pruebas complementarias en patología respiratoria: espirometría, peak flow y pulsioximetría

Trillo Fernández C

Médico de Familia. CS Puerta Blanca. Málaga

RESUMEN

La espirometría forzada es imprescindible en el diagnóstico de la EPOC y la principal herramienta en el diagnóstico del asma bronquial; es muy importante asegurarse de que la técnica de realización es correcta.

El peak flow puede ser útil en el diagnóstico del asma bronquial y en el seguimiento del paciente asmático.

La pulsioximetría es útil en la evaluación de algunos pacientes neumológicos y en las crisis asmáticas y exacerbaciones de la EPOC.

ESPIROMETRÍA FORZADA

La espirometría forzada es una técnica básica para el estudio del asma bronquial y de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)^{1,2}.

Actualmente se sabe que la EPOC está infradiagnosticada³, siendo la disponibilidad de la espirometría en Atención Primaria un factor importante a la hora de realizar el correcto diagnóstico de un paciente con asma y con EPOC.

Mediante la espirometría podemos medir la capacidad ventilatoria del paciente y determinar su tipo de alteración (obstructiva, restrictiva o mixta); se pueden obtener un gran número de parámetros, aunque en el ámbito de la AP sólo necesitaremos algunos de ellos en la mayoría de las ocasiones⁴:

- Capacidad vital forzada (FVC).

- Volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1).

- Relación FEV1/ FVC (FEV1%).

A la hora de interpretar una espirometría debemos asegurarnos de que la técnica de realización ha sido correcta, ya que de lo contrario podemos llegar a conclusiones diagnósticas erróneas; es imprescindible observar las curvas de volumen- tiempo y de flujo- volumen.

Tras la realización de una espirometría forzada, debemos realizar la prueba broncodilatadora (PBD) cuando sospechamos asma y si nos encontramos ante un patrón obstructivo.

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

- Valorar las condiciones de realización.

- Observar la morfología de las curvas.

- Realizar al menos 3 maniobras y comprobar que la variabilidad del FEV1 y de la CVF de las 2 mejores es inferior al 5%.

Una vez comprobada la validez de la espirometría, procederemos a interpretarla. Para ello miraremos en primer lugar el FEV1% y después la FCV. Encontraremos las siguientes posibilidades:

- FEV1% superior al 70% y FVC mayor al 80% -> Patrón normal.

- FEV1% inferior al 70% y FVC mayor al 80% -> Patrón obstructivo.

- FEV1% superior al 70% y FVC menor del 80% -> Patrón restrictivo.

- FEV1% inferior al 70% y FVC menor del 80% -> Patrón mixto.

En los patrones obstructivo y mixto, el % del FEV1 respecto a su teórico servirá para cuantificar la severidad de la obstrucción.

PEAK FLOW

El pico de flujo es la velocidad máxima que alcanza el aire durante la espiración forzada. Puede utilizarse en el diagnóstico de asma cuando no llegamos a él tras una espirometría forzada con PBD, así como en el seguimiento del paciente asmático.

Los valores normales dependen de la edad, la altura y sexo del paciente⁵. Su medición es muy dependiente del esfuerzo, por lo que los errores son frecuentes.

En el diagnóstico del asma, la medición debe realizarse a primera hora de la mañana y al anochecer durante 2 semanas; una variación diaria superior al 20% en 3 ocasiones en una semana es diagnóstico de asma⁶.

PULSIOXIMETRÍA

Consiste en la medición no invasiva del oxígeno transportado por la hemoglobina en el interior de los vasos sanguíneos.

Se utiliza en la evaluación inicial de los pacientes con patología respiratoria, como monitori-

zación durante el traslado al hospital de los pacientes inestables, en la atención domiciliaria de pacientes neumológicos y en la valoración de la severidad de una crisis asmática o de una exacerbación de EPOC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for diagnosis, management, and prevention of COPD. Updated 2009. URL: <http://www.goldcopd.org/>
2. GEMA. Guía española para el manejo del asma. Madrid: Ed Luzán 5 SA; 2009.
3. Miravittles M, Soriano JB, García-Río F, Muñoz L, Duran-Tauleria E, Sanchez G, et al. Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. *Thorax*. 2009; 64:863-8.
4. Documento de Consenso de Espirometría en Andalucía. NEUMOSUR, SAMFyC y SEMERGEN, 2009. URL: <http://www.samfyc.es/pdf/consensoespirometria.pdf>
5. Nunn AJ, Gregg I. New regression equations for predicting peak expiratory flow in adults. *BMJ*. 1989; 298:1068-70.
6. Parameswaran K, Belda J, Sears MR. Use of peak flow variability and methacholine responsiveness in predicting changes from pre-test diagnosis of asthma. *Eur Respir J*. 1999; 14: 1358-62.
7. Lisa V. La pulsioximetría. ¿Cómo se hace? *FMC*. 2003; 10: 399-400.

TALLER

Otoscopia

Castillo Castillo R¹, Espinosa Sánchez JM²

¹ Médico de Familia. Distrito Sanitario Jaén Norte. Linares (Jaén)

² Jefe de Sección de ORL. Hospital de San Agustín Linares (Jaén)

Introducción

La otoscopia es una técnica exploratoria que busca signos que complementen la orientación diagnóstica que nos sugieren los síntomas recogidos en la anamnesis. El método habitual para explorar el oído en atención primaria es el empleo del otoscopio eléctrico.

Características del otoscopio

Un otoscopio eléctrico consta de 2 partes: el cabezal y el mango. El cabezal contiene una lente de aumento fijo, que se puede retirar para manipular a través del cabezal y una bombilla.

El mango contiene las baterías, que pueden ser pilas convencionales, alcalinas o baterías recargables de ión Litio. Habitualmente, se emplean espéculos de 2,5 mm de diámetro en lactantes y de 4 mm en el resto de pacientes.

Posición del paciente

El conducto auditivo externo (CAE) se dispone anatómicamente de fuera adentro y de atrás adelante; por ello, se solicita al paciente, que habitualmente está sentado, que gire la cabeza hacia el hombro contrario al oído que se va a explorar.

Posición del explorador

El médico se ha de situar a la misma altura que el paciente para que el ojo del explorador se en-

cuentre en el mismo plano horizontal que el oído del enfermo; de otro modo se vería más el techo o el suelo del CAE. El otoscopio se sujeta entre los dedos índice y pulgar, de modo similar a como se agarra un útil de escritura, apoyando los otros 3 dedos en la mejilla del paciente. Con la otra mano se tracciona del pabellón hacia arriba y atrás; de esta forma se corrigen las curvaturas anatómicas del CAE, rectificándolo para poder visualizar el tímpano. En lactantes, basta con traccionar hacia atrás.

Sistemática exploratoria

La otoscopia debe ser una exploración ordenada y sistemática. Es un error frecuente dirigir nuestra atención de forma inmediata y exclusiva al tímpano. Hay que comenzar inspeccionando el área periauricular y el pabellón.

Después comienza la otoscopia propiamente dicha. Se explorará el meato auditivo externo, el CAE (techo, suelo, pared anterior y pared posterior) y finalmente la membrana timpánica, que consta de 2 porciones claramente diferenciadas: la *pars* flácida y la *pars* tensa. Si se traza una línea imaginaria sobre el mango del martillo y se prolonga se puede dividir el tímpano en 2 mitades. Trazando otra línea por el *umbo*, perpendicular a la anterior, la *pars* tensa se divide en 4 cuadrantes (anterosuperior, anteroinferior, posterosuperior y posteroinferior).

El objetivo primordial de la otoscopia para el médico de familia es distinguir si la membrana timpánica es normal o está alterada, y en tal caso reconocer los signos de alteraciones más frecuentes. Para lograr este objetivo proponemos 2 eta-

pas: en primer lugar, identificar las referencias anatómicas básicas, y en segundo lugar, valorar 5 características de la membrana timpánica.

1. Identificación de referencias anatómicas básicas de la membrana timpánica: 1) *pars flácida*; 2) *pars tensa*; 3) apófisis corta del martillo; 4) **mango del martillo**; 5) ombligo o *umbo*; 6) anillo fibroso, y 7) triángulo luminoso. Estas 7 estructuras anatómicas están presentes y deben reconocerse en toda membrana timpánica normal.

2. Valorar características de la membrana timpánica:

– *Integridad*. La membrana timpánica normal debe estar íntegra. Las alteraciones de la integridad son las perforaciones.

– *Posición*. La membrana timpánica se dispone de forma oblicua y ligeramente cóncava en el

fondo del conducto auditivo externo. Los trastornos de la posición son el abombamiento y la retracción.

– *Coloración*. La membrana timpánica normal tiene una coloración gris perlado algo brillante, que puede verse alterada por un proceso patológico subyacente.

– *Translucencia*. La membrana timpánica es translúcida, y deja vislumbrar el contenido de la caja timpánica, así como algunas de sus estructuras anatómicas. Se puede alterar por exceso (opacificación), como sucede con las placas de miringoescclerosis o por defecto (transparencia), caso de las áreas diméricas.

– *Movilidad*. La maniobra de Valsalva, a la vez que se realiza la otoscopia, es útil para el médico de familia a la hora de diferenciar un área dimérica de una perforación.

TALLER

Vendajes funcionales e inmovilizaciones en atención primaria (AP)

Hazañas Ruiz S¹, Vargas-Machuca Benítez A²

¹ Médica de Familia. Especialista en cirugía ortopédica y traumatológica. UGC Tiro Pichón. Málaga

² Médica de Familia. UGC Tiro Pichón. Málaga

RESUMEN

La frecuencia de pacientes que tras sufrir un traumatismo o lesión deportiva acuden a un Centro de Salud es cada vez mayor, por ello el Médico de familia debe estar capacitado para resolver el mayor número de estas patologías de una manera efectiva, evitando, si es posible el desplazamiento del paciente a otros centros sanitarios.

Los vendajes funcionales (VF) constituyen un tipo de inmovilización muy selectiva, con unas indicaciones concretas, que permiten curar un tipo de lesiones concretas en el plazo más corto de tiempo y con un resultado más funcional, evitando las secuelas que producen inmovilizaciones más prolongadas y/o rígidas. Pretendemos lograr una inmovilización biomecánica, o sea, impedir solamente los movimientos que afectan a las estructuras lesionadas sin limitar el resto.

Valorando en su conjunto, las principales ventajas de los vendajes funcionales son la rápida vuelta a la actividad laboral o deportiva, la mayor movilidad en la recuperación de la lesión y la menor atrofia muscular, además de la mejoría en la calidad de vida de los pacientes.

En AP, son poco los profesionales que conocen y manejan este tipo de inmovilizaciones. El objetivo de este taller es acercar y dar a conocer una opción terapéutica diferente a la convencional, con amplias posibilidades y escasos efectos secundarios. Lo más importante en el aprendizaje de ésta técnica es conocer su filosofía, aplicar la lógica y el sentido común.

El uso de los VF aporta un valor adicional a nuestra práctica diaria, permite disminuir las

derivaciones a atención hospitalaria que produciría pérdida de tiempo a los pacientes y retardo en la curación o el alivio de los síntomas.

Queremos que éste taller sea lo más práctico posible. Existen muchas formas de realizar los vendajes funcionales, expondremos las técnicas que sean más fáciles de manejar y más útiles para nosotros.

Los mejores resultados se obtienen en articulaciones distales (muñeca, mano y principalmente tobillo)

INDICACIONES

1. Distensiones ligamentosas de 1º y 2º grado
2. Pequeñas rotulas de fibras musculares
3. Lesiones tendinosas
4. Después de la retirada de yesos

CONTRAINDICACIONES

1. Fracturas óseas
2. Edema importante de la zona lesionada
3. Grandes roturas ligamentosas, tendinosas y musculares.
4. Enfermedades de la piel, trastornos tróficos, dermatitis

5. Alteraciones vasculares arteriales o insuficiencia venosa

- Tape
- Venda Elástica adhesiva

6. Alergia al material adhesivo

7. Hipoestesis cutáneas

MATERIAL

- Almohadillado
- Pre vendaje

PRECAUCIONES

Colocar la articulación lesionada en posición funcional

Proteger las zonas sensibles con material acolchado

Colocación de tiras de anclaje

Enconfrado

Comprobar la comodidad del paciente

TALLER

Arritmias: manejo de los principales trastornos del ritmo

López Téllez A¹, Godoy Godoy D²

¹ Médico de Familia. CS Puerta Blanca. Málaga

² Médico de Familia. DCCU Distrito Sanitario Málaga

Introducción: Consideramos arritmia a cualquier ritmo cardiaco diferente del sinusal.

Las arritmias son muy frecuentes; algunas no suponen riesgo para el paciente; sin embargo, otras pueden ser potencialmente graves.

El objetivo del taller es mejorar el diagnóstico y abordaje de las arritmias más frecuentes: identificar las principales arritmias, sus causas, significación y tratamiento.

Contenidos: Se repasarán cuestiones básicas de ECG; clasificación práctica de las arritmias, y presentación de algoritmos, continuando con la exposición y abordaje de casos prácticos.

Clasificación de las Arritmias:

Tres datos del ECG nos permiten una clasificación práctica:

Frecuencia Cardiaca (FC<60 lpm: bradiarritmias; FC>100 lpm: taquiarritmias)

Duración del QRS (estrecho o normal < 0,12seg; ó QRS ancho >0,12seg).

Regularidad del intervalo entre los complejos.

Bradiarritmias:

Enfermedad del nodo sinusal:

Bradycardia sinusal: FC < 60 lpm. Ritmo sinusal. Se produce en condiciones fisiológicas.

cas. No requiere tratamiento, salvo sintomáticas (Atropina).

Bloqueo aurículo-ventricular: Dependiendo de la gravedad se diferencian tres grados.

Bloqueo AV de 1º Grado: PR>0,2. No requiere tratamiento.

Bloqueo AV de 2º Grado Tipo I: Alargamiento progresivo del PR, hasta que una onda "P" no conduce. Si la FC es baja se administra Atropina, Adrenalina o implantación de marcapasos.

Bloqueo AV de 2º Grado Tipo II: El intervalo PR es constante, hasta que una onda "P" no se sigue de QRS. Suele evolucionar a bloqueo completo. Tratamiento: marcapasos.

Bloqueo AV de 3º Grado o Completo: ausencia de conducción entre aurículas y ventrículos. No hay relación entre P y QRS. QRS ancho o estrecho. Tratamiento: marcapasos.

Asistolia: Ausencia de actividad eléctrica. Requiere maniobras inmediatas de SVA.

Taquiarritmias Supraventriculares:

Extrasistolia auricular: Onda "P'" anticipada, diferente de la sinusal normal; P'-R normal o prolongado. QRS estrecho. Aparece en sujetos normales, suelen ser asintomáticas y no requieren tratamiento.

Taquicardia sinusal: Frecuencia: 100-160 lpm. Ritmo sinusal. Onda "P" normal. QRS normal.

Cada onda "P" seguida de QRS. Generalmente es fisiológica. Tratamiento etiológico.

Taquicardia Supraventricular (TSV): Es una taquicardia auricular no sinusal. Frecuencia entre 150 y 250 lpm. Ritmo regular. Ondas "P" frecuentemente no visibles. QRS estrecho: puede ensancharse por aberrancia. Suele ser secundaria a cardiopatías, fármacos, alteraciones metabólicas, también en sanos. Tratamiento: se emplean maniobras vagales; si no se revierte la taquicardia, se utiliza Adenosina IV.

Fibrilación auricular (FA): Una de las arritmias más frecuentes. Frecuencia auricular muy rápida. Ausencia de ondas "P". Ritmo ventricular siempre Irregular. QRS habitualmente normal. Tratamiento: control de la FC, control del Ritmo (cardioversión farmacológica o eléctrica) y valoración de *anticoagulación*. Si inestabilidad hemodinámica, cardioversión eléctrica.

Flúter auricular: aparece un foco ectópico a nivel auricular.

Frecuencia auricular rápida. Ausencia de ondas "P", en su lugar ondas "F" con imagen en "dientes de sierra". Ritmo ventricular generalmente

Regular. QRS normal. Relación P y QRS más frecuente 2:1. Asienta sobre cardiopatías orgánicas. Tratamiento similar a la fibrilación auricular.

Taquiarritmias Ventriculares:

Extrasístoles ventriculares (ESV): Ausencia de ondas "P"; QRS ancho y adelantado. En ausencia de cardiopatía subyacente no requieren tratamiento. Betabloqueantes, si son muy sintomáticos.

Taquicardia ventricular (TV): Frecuencia > 100 lpm (generalmente entre 140-250). Ritmo Regular o ligeramente irregular. Ondas "P" no visibles; QRS ancho y diferente de la configuración habitual. Se presenta en cardiopatías graves (generalmente cardiopatía isquémica). Puede degenerar a FV. Si TV sostenida bien tolerada, puede tratarse con Amiodarona. Si inestabilidad hemodinámica, cardioversión eléctrica.

Fibrilación ventricular (FV): Taquiarritmia irregular, rápida y caótica incapaz de producir una contracción eficaz. Tratamiento: actuación inmediata mediante maniobras de SVA.

TALLER

Doppler y arteriopatía periférica: detección de arteriosclerosis subclínicaRamírez Torres JM¹, Romero Aguilar JF²¹ Médico de Familia. CS Puerta Blanca. Málaga² Médico de Familia. DCCU Distrito Sanitario Málaga

La arteriopatía periférica o enfermedad arterial periférica (EAP) constituye un problema frecuente, con importantes repercusiones clínicas y socioeconómicas, cuya prevalencia aumenta con la edad. Se estima que un 12-17% de la población mayor de 50 años tiene EAP. En la diabetes mellitus, la EAP es una complicación habitual afectando a uno de cada cinco diabéticos tipo 2. Los pacientes con EAP sintomática presentan una reducción de unos 10 años en su expectativa de vida.

Los métodos diagnósticos que detectan la EAP en una fase temprana, preferentemente todavía asintomática, son útiles ya que permiten instaurar un tratamiento precoz y un control más intenso de los factores de riesgo cardiovascular asociados.

El Doppler portátil es un instrumento de fácil manejo y poco molesto para el paciente, y que en unos 15 minutos permite tener una idea sobre el estado de las arterias de las extremidades inferiores.

La determinación del *Índice tobillo/brazo* mediante Doppler portátil es una prueba no invasiva, sencilla, de escaso coste y muy útil para la detección de EAP. Un ITB inferior a 0,9 tiene una sensibilidad del 95% y una especificidad del 99% para detectar EAP en relación con la arteriografía.

El interés del ITB radica no sólo en la valoración del paciente con sospecha clínica de arteriopatía periférica, sino también como método de valoración del riesgo cardiovascular, ya que permite identificar lesiones aterosclerosas subclínicas con un importante valor predictivo de morbimorta-

lidad cardiovascular. El riesgo cardiovascular de un individuo con un ITB bajo es equiparable al de pacientes con manifestaciones clínicas previas de enfermedad cardiovascular (ángor, IAM, ACV). Además se ha relacionado con una mayor incidencia de insuficiencia cardiaca congestiva, necesidad de cirugía de by-pass coronario, cirugía vascular carotídea y periférica; en pacientes con enfermedad coronaria de múltiples vasos un ITB bajo comporta un riesgo adicional.

La utilización del ITB en la evaluación del riesgo cardiovascular en diferentes grupos de pacientes está recomendada en diversas guías de actuación. Así, La American Heart Association recomienda la determinación del ITB en sujetos mayores de 50 años con riesgo intermedio o alto, y especialmente en fumadores y diabéticos. La Asociación Americana de Diabetes recomienda además su realización en los diabéticos menores de 50 años con varios factores de riesgo o con más de 10 años de evolución.

De forma general, los dos grupos de pacientes que más se beneficiarían de la determinación del ITB serían:

- Los pacientes con RCV intermedio (10-20% según Framingham o 3-4% según SCORE) en los que un resultado patológico cambiaría su clasificación de riesgo y obligaría a intensificar el tratamiento de sus factores de riesgo y a antiagregar.
- Los diabéticos o sujetos de alto riesgo pero sin enfermedad cardiovascular, en los que la presencia de un ITB patológico implicaría la búsqueda de aterosclerosis coronaria o cerebrovascular asintomáticas (pruebas de isquemia mio-

cárdica y/o eco-Doppler de troncos supraaórticos).

En las Guías 2007 de manejo de la Hipertensión Arterial publicadas por la Sociedad Europea de Hipertensión/Sociedad Europea de Cardiología, se incluye el ITB $< 0,9$ como marcador de daño orgánico subclínico. Se le considera como un dato de enfermedad aterosclerótica relativamente fácil de obtener. Su valor predictivo cardiovascular es superior a técnicas como el score cálcico coronario y similar a las técnicas ecográficas de de-

tección de disfunción endotelial con un coste muy inferior a ellas.

Los objetivos fundamentales del taller son:

1. Realizar una actualización de los aspectos diagnósticos y terapéuticos de la EAP en el ámbito de Atención Primaria.
2. Divulgar y promover el uso del doppler portátil como procedimiento de detección de aterosclerosis preclínica en Atención Primaria.

TALLER

La cesta de la compra

Panisello Royo J¹, Alins Presas J², Vilarroig Aguilera E³¹ *Directora General Fundación para el fomento de la Salud, FUFOSA. Madrid*² *Médico de Familia, Coordinador Área Básica Salud de Abrera. Barcelona*³ *Enfermera Pediatría. Área básica de Salud de Abrera. Barcelona*

Los hábitos dietéticos de la población española han ido cambiando de forma importante en estos últimos 40 años y aún más en el último cuarto de siglo. Si comparamos los estudios que sobre los presupuestos familiares realiza el Ministerio de Sanidad, observamos que ha aumentado mucho el consumo de carnes, disminuyendo paralelamente el de verduras y cereales, fundamentalmente en forma de pan. Del análisis de estos datos observamos que el presupuesto dedicado a carnes pasó de un 17% en la década de los cincuenta a casi un 30% en la década de los 90; este aumento de casi un 50% comportó un aumento de las raciones cárnicas, que pasaron de 145 g/día a casi 300 g en la actualidad. Por otra parte ha habido un incremento uniforme del consumo de grasas, paralelo a una disminución de los hidratos de carbono. Si bien es cierto que en este tiempo se ha mantenido siempre un alto consumo de grasa monoinsaturada (del 15 al 20% de las calorías diarias), debido al uso habitual del aceite de oliva en la cocina, la contribución de la grasa saturada (que oscila entre el 13 y el 17%) es muy superior a la cantidad recomendada de menos del 10%. En el caso específico de los niños se ha constatado también una ingesta elevada de la grasa total y saturada, que muy probablemente está en relación con el alto consumo de preparados comerciales de bollería, ricos en grasas saturadas y característicos de la edad infantil.

Paralelamente a estos cambios en la adquisición de los alimentos, se ha apreciado un cambio en la forma de realizar la compra, pasando de realizarse diariamente, acudiendo al mercado y/o a pequeños colmados cercanos al domicilio, a realizarse en periodos más dilatados (semanalmente, quincenalmente o mensualmente) y fun-

damentalmente en grandes superficies. Es en estas, en donde la oferta de productos es tan abundante y en la que los frecuentes cambios de ubicación de los productos obliga a recorrer todo el centro a la búsqueda de los productos que deseamos adquirir (una estrategia para incrementar las ventas), donde debemos acudir con la lista de la compra hecha previamente, si no queremos acabar con el carro lleno de productos "apetecibles", muchos de ellos preparados y con alto contenido en grasas y azúcares, productos que acaban substituyendo a aquellos otros que deberíamos o incluso queríamos en realidad adquirir.

Por todo ello es esencial que nos eduquemos en la forma de realizar la compra, si no queremos acabar comprando lo que casualmente encontramos y comiendo lo que "casualmente" compramos. Consejos:

1. Acudir a la compra **habiendo comido previamente** y nunca con la sensación de hambre. Está demostrado que adquirimos muchísima más cantidad de alimentos de los que necesitamos si no lo hacemos así.
2. Aprovechar la compra para **enseñar a nuestros hijos** a hacerla siguiendo parámetros nutricionales y económicos. Hay que tener en cuenta que ir a comprar con nuestros hijos puede ser un "extraescolar" del que podrán sacar un gran provecho.
3. Acudir siempre con una **lista de la compra hecha**.
4. **Comprobarla** a la salida. Al menos de vez en cuando, hay que cerciorarse de que la diferencia

entre lo que compramos y lo que habíamos decidido comprar no es superior al 10%.

5. Comprar productos frescos: verduras, hortalizas y fruta **“del tiempo”**. De esta manera aseguramos que su aporte de antioxidantes y vitaminas sea el máximo y que se consiga con la mejor **relación cantidad y calidad-precio**. Es muy importante tener presente que un zumo de frutas nunca puede sustituir a una fruta entera ni un preparado de verduras a una buena ensalada o unas verduras al vapor.

6. Comprar pocos alimentos preparados. En caso de hacerlo, **revisar** siempre sus **ingredientes**. Asegúrase de que escoge “grasas saludables” como el aceite de oliva, preferentemente si el aceite de oliva es “virgen” por su mayor riqueza en antioxidantes, que siempre preferirá a los aceites de semillas (cánola, girasol, soja y maíz), Hay variantes seleccionadas de estas semillas de las que se obtiene variantes de aceite, más resistentes a la oxidación al tener una mayor proporción de ácido oleico, como por ejemplo sería la denominada girasol alto oleico (“oleosan”) Al comprobar los ingredientes de los

alimentos preparados, evitaremos los elaborados con grasas no identificadas, o no recomendables: saturadas (grasas animales, grasas vegetales de coco, palma y palmaste) y parcialmente hidrogenadas (trans). Los elaborados con aceites de semillas son una opción intermedia.

7. Compruebe a la salida que su carrito: a) Está **lleno a rezumar de verduras, frutas y hortalizas del tiempo** y que presenta una gran **variedad de colores** (cada gama cromática suele corresponderse con un grupo de antioxidantes); b) contiene abundantes **legumbres y pescados**, tanto blancos como azules; c) contiene lácteos bajos en grasa; d) contiene **pocas carnes**, que deben ser **preferentemente blancas** o de avestruz; e) lleva muy pocos alimentos preparados; f) sólo contiene, si es que las hay, conservas al natural o en aceite de oliva. g) Utiliza, siempre que le sea posible, cestas en lugar de bolsas de plástico, pues nos acercan mucho más a la tan deseada sostenibilidad.

La técnica de los tres pasos, descrita en la siguiente tabla, nos puede ayudar a seguir correctamente las recomendaciones precedentes:

Tabla: Técnica de los tres pasos

- Antes de la compra

- Hacer la lista de la compra, a medida que se acaben los productos en casa.
- Ir a comprar con el estómago lleno.
- Llevar gafas o una lupa para poder leer bien los ingredientes.

- Durante la compra

- Consultar la fecha de caducidad.
- Consultar precio y peso.
- Leer críticamente el listado de ingredientes.

- Después de la compra

- Comprobar que entre el contenido del carro y la lista de la compra no haya una desviación superior al 10%.
- Comprobar que se haya seguido la técnica de los tres pasos.
- Hacer “la foto del carro”, aunque sea virtualmente, comprobando que éste contiene muchos productos frescos y pocos elaborados.

TALLER

Exploración del aparato locomotor

Hazañas Ruiz S

Médica de Familia. Especialista en cirugía ortopédica y traumatológica. UGC Tiro Pichón. Málaga

La osteoartrosis (OA) es la enfermedad articular más frecuente, es la causa más importante de discapacidad entre los ancianos en nuestro país y en otros del mundo occidental. La prevalencia de la misma en España es de 10.2% para OA de rodilla y de 14 % para la OA de manos. Las enfermedades osteomusculares están relacionadas con el 50.7% de las incapacidades laborales, suponen un elevado número de demandas clínicas de los pacientes de atención primaria (AP).

El envejecimiento de la población a la que atendemos, junto al aumento de las prácticas deportivas, han hecho que aún sean más prevalentes este tipo de dolencias

Las patologías ARTICULARES se diagnostican en un 80% por anamnesis y exploración física completa, sin necesidad en muchas ocasiones de más pruebas complementarias. Por ello para una exploración adecuada, es necesario un conocimiento básico de la zona a explorar, saber si la causa de la patología fue o no traumática para intuir las posibles estructuras afectadas. Es fundamental dominar la exploración de articulaciones "sanas" para conseguir destreza e identificar así mediante la práctica repetida, las posibles exploraciones patológicas.

El III Plan Andaluz de Salud dice que los problemas que con mayor frecuencia manifiesta la población en Andalucía son dolor de espalda (26%), artrosis o reumatismo (20%).

Según la Encuesta sobre Discapacidades, deficiencias y Estado de Salud del año 1992, el 5.63 por ciento de los andaluces de 6 a 64 años presentaba alguna discapacidad.

El mencionado Plan de Salud, prioriza unos problemas de salud, y entre ellos está: reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad a través del desarrollo de los planes integrales contra el cáncer, la diabetes, las enfermedades del corazón, los accidentes, los problemas osteoarticulares y a favor de la salud mental y la atención a las personas en situación de dependencia.

El programa de la especialidad de MFyC recoge como contenido primario saber hacer:

- Exploración de las diferentes articulaciones
- Manejo diagnóstico, terapéutico y/o criterios de derivación del paciente con :
 - Hombro doloroso.
 - Dolor en extremidad superior (codo, muñeca, mano).
 - Dolor en extremidad inferior (cadera, rodilla, tobillo y pie) ...entre otros.

Entre las competencias de los médicos de familia está la realización de una exploración del aparato locomotor para manejar las patologías traumatológicas más frecuentes, que son muy prevalentes en AP.

El objetivo de este taller es fomentar el abordaje de patologías del aparato locomotor frecuentes en AP, dotando a los profesionales de conocimientos y habilidades para ello. Así como aumentar los conocimientos del alumno en procesos traumatológicos que se pueden manejar en AP y las habilidades de exploración necesarias para ello.

Dentro de la exploración traumatológica del miembro superior, veremos:

- Hombro y Codo:

Objetivos:

Conocer la anatomía del hombro-codo.

Demostrar las técnicas de exploración de estas articulaciones.

Practicar las técnicas de exploración entre los participantes.

Discriminar las patologías más frecuentes de estas articulaciones.

Contenidos:

¿Qué debemos conocer de la anatomía del hombro-codo?

¿Cómo se explora el hombro-codo?

Patologías más frecuentes.

Dentro de la exploración traumatológica del miembro inferior, veremos:

- Cadera-rodilla:

Objetivos:

Conocer la anatomía cadera-rodilla

Demostrar las técnicas de exploración de estas articulaciones.

Practicar las técnicas de exploración entre los participantes.

Discriminar las patologías más frecuentes de estas articulaciones.

Contenidos:

¿Qué debemos conocer de la anatomía del hombro-codo?

¿Cómo se explora el hombro-codo?

Patologías más frecuentes.



TALLER

Planificación anticipada de las decisiones al final de la vida: la voluntad vital anticipada

Sanz Amores R¹, Espinosa Almendro JM²

¹ Médica de familia. Miembro del GdT de Bioética de SAMFyC. Asesora T. del Servicio de Calidad y Procesos. Consejería de Salud. Sevilla

² Médico de Familia. Miembro del GdT de Bioética de SAMFyC. Director del Plan de Alzheimer. Consejería de Salud

El ámbito de la Atención Primaria es considerado como el más favorable para introducir al paciente en los aspectos concernientes al testamento vital, instrucciones previas o declaración de voluntad vital anticipada (DVVA).

La percepción de lo que puede ayudarnos a morir en paz es muy variable de unas personas a otras. Para poder respetar los intereses de cada uno es necesario que esos intereses puedan expresarse libre y claramente, por si llegado el momento, estos no pueden ser expresados.

En un estudio realizado en el ámbito de la AP, los participantes estaban claramente a favor del DVVA, y se observaba una amplia intención de formalizarlo; además, deseaban tratar el tema con sus familiares y médicos de familia¹.

En el planteamiento de esta necesidad es donde éstos deben jugar su papel fundamental. Es el que conoce al paciente, y de forma paulatina y sencilla pueden informarle sobre la existencia de la DVVA.

Sin embargo, la práctica nos demuestra que son pocos los profesionales que lo hacen por falta de tiempo, de conocimiento, de concienciación.^{2,3,4}

El taller pretende impulsar y favorecer la formación en la ayuda a la planificación de las decisiones final de la vida y actualizar conocimientos y actitudes sobre la Declaración de la Voluntad Vital Anticipada (DVVA).

Estos conocimientos son sobre:

- La muerte como elemento de cierre biográfico:

La muerte es una experiencia única para cada individuo, pero de la que no podemos tener conocimiento salvo en la muerte de otros. Y es a la vez plural, pues depende de las realidades, vivencias, creencias, valores y significados que cada ser humano otorga a su vida en general y a la muerte en particular. La vivencia y conciencia de la muerte es, además, claramente intersubjetiva, puesto que el hombre es un ser eminentemente social, a la vez que racional y emocional: los sentimientos, deseos y la afectividad van a ser clave en la interpretación de la muerte⁵.

- El principio ético de Autonomía y el consentimiento informado.

- Principio de Autonomía, significa dar valor y considerar las opiniones y elecciones de las personas y abstenerse de obstaculizar sus acciones, a menos que éstas produzcan un claro perjuicio a otros.

- El consentimiento informado, es el modelo de relación entre personas en el marco de procesos de toma de decisiones donde participan profesionales. Se trata de un proceso continuo, dialógico (hablado), comunicativo, deliberativo y prudencial.

- La capacidad, nos referimos a la capacidad de la persona para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles y las consecuencias previsibles, para a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores.

· Los principales dilemas éticos al final de la vida:

Actualmente nos encontramos con una situación en la que es importante delimitar conceptualmente las acciones a realizar y recomendar, por ello es importante tener conocimientos básicos acerca de⁶:

- La eutanasia y suicidio asistido.
- La limitación de esfuerzo terapéutico.
- El rechazo a tratamiento.

· La legislación actual sobre la DVVA, centrada en Andalucía.

Hacemos un repaso de la legislación que soporta esta toma de decisiones, entre ellas:

- Convenio para la protección de los Derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina o Convenio de Oviedo de 1997 (España, 2000).
- Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente.
- La Ley 5/2003, de 9 de octubre, de Declaración de Voluntad Vital Anticipada, publicada en Boja el 31 de octubre de 2003
- Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte.

· El modelo y como puede ayudar el MF a elaborar la VVA.

La persona que decide otorgar por escrito sus voluntades anticipadas debería haber hecho previamente una reflexión profunda e interiorizada de cuales serían sus decisiones y opciones ante una situación crítica por razones de salud. El profesional sanitario debe tener un papel fundamental, no solo ante la pregunta o petición de información por parte del propio paciente, sino también intro-

duciendo el tema ante pacientes con diagnósticos claros, conociendo la evolución de la enfermedad hacia la muerte, y en un estadio que de margen para la reflexión y el diálogo sosegado⁷.

· Promover una actitud positiva hacia el fomento de la realización de la DVVA en la ciudadanía, dando las pautas, claves, momentos y poblaciones diana a las que dirigimos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Santos de Unamuno C. Documento de voluntades anticipadas: actitud de los pacientes de atención primaria. *Aten Primaria* 2003;32.
2. Bachiller Baeza A, Hernández de Miguel S, Martínez Queipo M, Delgado Martínez R, Domínguez Cano V. Testamento vital: La opinión médica en la provincia de Valladolid. *Metas de Enfermería*. 2004;7:24-7.
3. Santos Unamuno C. ¿Estamos preparados los médicos de familia para ayudar a nuestros pacientes a hacer el testamento vital? *Rev Calidad Asistencial*. 2007;22:262.
4. Simón-Lorda P, Tamayo-Velázquez MI, Alejandro Vázquez-Vicente, Durán-Hoyos A, Pena-González J, Jiménez-Zurita P. Conocimientos y actitudes de los médicos en dos áreas sanitarias sobre las voluntades vitales anticipadas. *Aten Primaria*. 2008;40:61-8.
5. Ogando B y García C. Morir con propiedad en el siglo XXI, *Rev Calidad Asistencial*. 2007;22:147-53.
6. Comisión Autónoma de **Ética e Investigación Sanitaria. Ética y muerte digna = Ethics and death with dignity** / [Comisión Autónoma de Ética e Investigación Sanitaria ; vocales: **Pablo Simón Lorda, Francisco J. Alarcos Martínez**]. [Sevilla] : Consejería de Salud, [2008]
7. Terribas i Sala N. *FMC*. 2006;13:354-7.

TALLER

Aprender haciendo: resolución de problemas de la práctica clínica utilizando las mejores evidencias

Valverde Bolívar FJ¹, Torío Durántez J²

¹ Médico de Familia-Técnico de salud y docencia. Unidad Docente de MFyC de Jaén

² Médico de Familia. Coordinador docente del PCCEIR. Unidad Docente de MFyC de Jaén

Objetivo general:

Aprender la metodología de la medicina basada en la evidencia para afrontar las dudas surgidas en la práctica clínica.

Objetivos específicos:

1. Formular preguntas clínicas concretas.
2. Conocer como se realiza una búsqueda eficiente de la evidencia.
3. Aprender a evaluar de forma crítica la validez, magnitud y precisión de la evidencia.
4. Aprender a redactar de forma ordenada todo el proceso realizado.

La estructura temporal del taller se desarrolla en tres fases:

- Presentación de los docentes/disciplinarios y exploración de conocimientos.
- Trabajo en grupos, desarrollando el contenido del cuaderno de aprendizaje mediante una metodología por descubrimiento.
- Resumen y puesta en común.

Aprender haciendo: resolución de problemas de la práctica clínica utilizando las mejores evidencias, pretende ser un instrumento novedoso que nos ayude a resolver las dudas que diariamente nos asaltan en nuestro trabajo. No en vano hasta un 30-40% de nuestros pacientes no recibe la atención adecuada según las mejores evidencias disponibles.

Por tanto el objetivo es facilitar el diseño de una pregunta clínica que pueda ser respondida con la mayor evidencia posible, establecer una estrategia de búsqueda de la información y las herramientas para valorar la información encontrada.

Basado en los principios de la educación de adultos, se sustenta en el denominado aprendizaje basado en la resolución de problemas y en el principio de autodescubrimiento.

El documento irá guiando al alumno en el planteamiento y desarrollo de una pregunta clínica, planteándole diferentes escenarios de su práctica clínica, que al contestar cubrirán el proceso.

El alumno al finalizar el taller habrá realizado un recorrido por las diferentes etapas en la práctica de la metodología de la Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencia (ASBE):

1. Traducir las dudas o necesidades clínicas en preguntas que puedan ser respondidas.
2. Conocer como realizar una búsqueda bibliográfica de la mejor evidencia disponible para responder a nuestras preguntas.
3. Valorar de forma crítica la validez y la aplicabilidad de los documentos obtenidos.
4. Integrar la evidencia a nuestra experiencia clínica y aplicarla en la práctica.
5. Evaluar su respuesta en nuestra práctica.

Haciendo especial hincapié y tratando con mayor profundidad las tres primeras, lo que hoy

día consideramos Tema Evaluado Críticamente traducido del inglés Critically Appraised Topic (CAT),

Obteniendo así un documento que plasme el esfuerzo realizado para encontrar la información, de forma resumida, que pueda ser guardado (bancos de CATs), que pueda servir a otros compañeros que se planteen las mismas preguntas clínicas en el futuro o para la realización de sesiones clínicas.

De acuerdo al método empleado, es muy importante realizar el trabajo intelectual de intentar responder a todas las preguntas, mejor en cola-

boración con otros compañeros, sin importar que la respuesta sea errónea o diferente a la propuesta en el cuaderno, de hecho, ésta no tiene por qué ser la única, ni siquiera la mejor.

Otro elemento importante del método es la interacción constante con los docentes, por lo que se anima a comentar, plantear dudas, estableciéndose un debate y discusión continuos que enriquecen el desarrollo del taller.

Finalmente, el resumen y puesta en común, nos aportan las valoraciones de los participantes, imprescindibles para la evaluación del taller y ciclo de mejora.

SEMINARIO

Actualización en hipertensión arterial

Martín Rioboó E, García Criado EI

Médicos de Familia. Grupo de HTA de SAMFyC

Introducción

El presente documento plantea una actualización de las novedades más recientes en el campo de la hipertensión arterial (HTA). Para su elaboración ha sido fundamental la lectura de varios documentos. Por un lado la revisión de las guías europeas de HTA publicadas el año pasado¹, su traducción al español por el Dr Molina Díaz del grupo de HTA de SAMFyC², y los comentarios que sobre estas guías publicamos en la página web del grupo de HTA de SAMFyC los autores de este material³.

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) más frecuentes, de ahí su elevada prevalencia que alcanza un 30% en población general mayor de 18 años y de peor control en nuestro medio (no superando el 40% del total de los pacientes)⁴. Si a esto unimos el envejecimiento de la población, sedentarismo, estrés, exceso de peso, razones que, tanto de forma individual como conjuntamente, aumentan su frecuencia y morbilidad es motivo más que suficiente para realizar constantes revisiones y recomendaciones en su tratamiento.

En un reciente informe de la OMS del año 2009 se ha podido corroborar como incluso a nivel mundial, incluyendo tanto países en desarrollo como países desarrollados, la HTA constituye la primera causa objetivable de mortalidad y de morbilidad atribuible de todos los FRCV conocidos⁵

Documentos muy recientes reafirman la hipótesis de la inexistencia, o si cabe un efecto marginal de algunos fármacos concretos en determinadas patologías, de un efecto de clase en determinados hipotensores más allá del efecto intrínseco de descenso de la PA, ya sea en pacientes hipertensos de bajo o de alto riesgo^{6,7}.

Diagnóstico en HTA

Aunque no existen grandes avances ni nuevos y sugestivos cambios, si que es posible añadir varios aspectos significativos en el tema del diagnóstico.

- Las recomendaciones Canadienses sobre HTA nos confirman en este año 2010 que para el diagnóstico se podrá usar un manómetro de mercurio o un anerode recientemente calibrado o un aparato automático validado⁸. Los dispositivos aneroides sólo deben ser usados si se ha realizado una calibración periódica cada 12 meses (re bajado este período a 6 meses en una revisión española reciente 10)⁹

- Utilizar únicamente aparatos automáticos que hayan pasado cualquiera de los procesos de validación que aprueban las Sociedades Científicas (AAMI; BHS; Protocolo Internacional).

- Utilización sistemática de la automedida de PA en domicilio por todos los pacientes, como medida aconsejable para el diagnóstico de HTA de consulta aislada, HTA enmascarada y en el seguimiento del paciente^{10,11,12}

- Refrendar el MAPA como una técnica muy útil en el diagnóstico de HTA, y para la confirmación de las patologías anteriormente citadas¹² (documento semFYC)

Daño orgánico subclínico en la estratificación del riesgo CV

Ya en el año 2007 la publicación de las guías en HTA de la Sociedad Europea hicieron énfasis en la detección de la lesión en órganos diana y su sig-

nificado como multiplicador del RCV¹³. En la revisión del 2009 no solo se mantiene si no que se amplía gracias a nuevas evidencias científicas que corroboran dicha importancia pronóstica de la lesión.

Una de las lesiones más importantes es la hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI). En la actualidad disponemos de estudios como el PREHVA que analiza los criterios electrocardiográficos clásicos de HVI¹⁴. De igual modo, en un subanálisis del LIFE se ha puesto de manifiesto la utilidad pronóstica del boqueo de rama izquierda y en el estudio MAVI la simple medición del voltaje de la onda R en AVL sirvieron para el mismo fin. Por último comentar que el índice Novacode, que estima la masa ventricular izquierda por la presencia de criterios de voltaje y del patrón de sobrecarga, ha sido validado como marcador de riesgo en un estudio multicéntrico (registro NHANES).

En lo referente al objetivo terapéutico (OT) un reciente ensayo clínico publicado hace un año viene a confirmar la necesidad de conseguir OT más rígidos en pacientes con HVI (130 frente 140 mmHg)¹⁵.

Respecto a la ecografía es más sensible que el electrocardiograma (ECG) para la detección de HVI como demuestra el estudio VITAE realizado por médicos de Atención Primaria siendo además imprescindible para conocer el tipo de remodelado que caracteriza a esta lesión anatómica cardíaca, con el subsiguiente cambio en el pronóstico.

La microalbuminuria es un factor predictor de lesión de orgánica subclínica de fácil disponibilidad. Si bien el estudio ONTARGET sembró dudas al no hallarse menor número de eventos cardiovasculares en la rama de ramipril/telmisartan (incluso con aumento de eventos renales), a pesar de que ésta se asoció a una mayor reducción de microalbuminuria (o un mayor efecto antiproteinúrico), por el contrario el estudio ADVANCE demostró que la progresión de la albuminuria esta asociada a un mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares. En cambio la PCR ultrasensible ha desaparecido de la lista de FRCV independientes.

Inicio del tratamiento

Los cambios más importantes serían: 1.-Tratamiento farmacológico inicial en pacientes con

HTA estadio II-III y estadio I con riesgo alto. 2.- No tratamiento farmacológico inicial en HTA estadio I con bajo o moderado RCV, al menos hasta haber recomendado entre 3-6 meses de cambios de estilo de vida. 3.-No evidencias actuales sobre tratamiento de la HTA normal-alta, ni siquiera en diabéticos. Podría ser prudente permitir tratamiento farmacológico en casos de presencia de LOD asociada, aunque la evidencia es muy limitada.

En el primero de los casos, en cualquier caso, recomiendan tratamiento farmacológico tras un periodo de cambios de estilo de vida (no especificado), pero que recordamos se acertó en la guía europea de HTA del 2007 a semanas (en caso de riesgo moderado) o hasta 3-6 meses (en caso de riesgo leve)¹³.

Límites y objetivos de la presión arterial

Aunque se acepta en población general hipertensa un objetivo de PA < 140/90 (excepto probablemente en ancianos donde las evidencias son escasas), no encuentran evidencia suficiente para seguir recomendando un descenso de PA a 130/80 mmHg en pacientes diabéticos o de alto riesgo CV.

El fenómeno de curva en J, (aumento de la mortalidad si el descenso de la PA es muy pronunciado) sólo estaría justificado en pacientes con avanzada enfermedad arteriosclerótica. En cualquier caso la publicación en este año del ACCORD study¹⁶ ha venido a limitar los objetivos terapéuticos en pacientes diabéticos, y, en cualquier caso descender la PA por debajo de 140/90, aunque ha dejado en entredicho este nivel de 130 de PAS mmHg como ya planteaba la revisión del 2009 de la Sociedad Europea, publicada antes del lanzamiento de este estudio. La duda surge en la PAS, ya que el estudio ACCORD se planteó para cifras < 120mmHg frente a 140 mmHg, no consiguiéndose mejores resultados para estas cifras inferiores de PAS.

Elección del tratamiento farmacológico

La guía del 2007 señalaba 5 grupos principales de fármacos para iniciar el tratamiento del HTA:

diuréticos, IECA, ARA II, ACA, y Beta Bloqueantes (BB). Las nuevas investigaciones nos han aportado los inhibidores directos de la renina (IDR) sobre los que nueva guía del 2009 no aporta directrices, solo expectativas.

En esta nueva revisión del 2009¹, al igual que un metaanálisis muy reciente⁶, reafirman que el beneficio de la terapia antihipertensiva es debido al descenso de la PA "per se".

En cambio una reciente metaanálisis publicado en Cochrane, apoyaba a los diuréticos a baja dosis como los primeros fármacos de elección en el tratamiento de la HTA, al menos de forma inicial¹⁷

Respecto a los BB, debido a la discordancia de resultados desfavorables (LIFE y ASCOT), frente a otros estudios en los que se mostraron equivalentes a los demás grupos (STOP, INVEST, UKPDS, etc.), la guía del 2009, ha optado por mantenerlos como fármaco antihipertensivo principal, recordando sus indicaciones y uso correcto. En cualquier caso se preconiza la utilización de nuevos BB con efectos vasodilatadores (nevilolol, carvedilol y celiprolol)

Monoterapia y terapia combinada

La mayor parte de las guías consultadas son partidarias de utilizar precozmente la combinación de fármacos, como una medida útil para disminuir la PA. Ya desde la publicación de la guía del 2007, se apostó por el tratamiento combinado de inicio en casos de alto riesgo vascular, aunque en esta última revisión se enfatiza que las evidencias para considerar esta posibilidad son escasas. En cambio Wald et al han demostrado en una reciente revisión como el efecto del tratamiento combinado puede llegar a ser incluso 5 veces superior al tratamiento en monoterapia de forma aislada¹⁸

Respecto a qué combinaciones pueden usarse, las evidencias son favorables a la combinación de bloqueadores del sistema renina-angiotensina, IECA, ARA II, con una tiazida (probados en ensayos de tanto peso como el estudio ADVANCE y PROGRESS). También se puede combinar IECA y ARA II con calcioantagonistas (estudios ASCOT

y ACCOMPLISH), desaconsejándose en cambio la utilización de BB con diuréticos por su posible efecto diabetógeno. Una de las dudas actuales es si en próximas guías de práctica clínica (JNC VIII, NICE, BHS) se decantarán por la asociación con antagonistas del calcio, dado los resultados espectaculares de los estudios reseñados (como ya hizo la guía Australiana del año 2008) o bien seguirán apostando por la combinación con diuréticos (avalada por una larga experiencia previa). En cualquier caso es muy probable que el famoso diamante de asociaciones quede relegado a otra figura más simple (pentágono o cuadrilátero) primando combinaciones entre estos tres grupos.

El doble bloqueo del sistema renina-angiotensina-aldosterona con la combinación IECA y ARA II prácticamente se ha desechado desde la publicación del estudio ONTARGET, siendo la evidencia para no utilizar esta combinación elevada. Únicamente podría ser utilizada para reducir proteinuria cuando esta es severa según la opinión de algunos autores¹⁹, y, probablemente como terapia de 3º-4º escalón en la insuficiencia cardíaca con disfunción sistólica, aunque en nuestra opinión, dada la rotundidad de los resultados del ONTARGET, incluso en estos casos, su utilización deberá ser muy prudente y vigilada.

Planteamiento terapéutico en situaciones especiales

- *Tratamiento antihipertensivo en el anciano:* 4 ideas.

Todos los fármacos podrían ser útiles (aunque el efecto de los BB es considerablemente inferior en este grupo de edad), No existe información para cifras de PAS inicial 140-160 mmHg, el sentido común sugiere que los objetivos de control sean los mismos que para el resto de los hipertensos (aunque la evidencia es prácticamente inexistente entre 140-160 mmHg), y, por último el tratamiento en octogenarios reduce las complicaciones y la mortalidad (estudio HYVET)

- *Tratamiento antihipertensivo en diabéticos:* Todos los fármacos son útiles aunque las combinaciones deben incluir un fármaco que inhiba el SRA-A, y, para muchos autores, éstos deben ser los fármacos de elección en primer lugar. Varios

documentos restringen la combinación de BB/diuréticos en estos pacientes por su potencial efecto diabético. -Los objetivos de PA <130/80 mmHg no están basados en la evidencia procedentes de ensayos clínicos. Un objetivo más racional sería intentar cifras entre 130-140 y/o 80-85 mmHg. En ésta línea ya se pronunciaban algunas guías de práctica clínica como la guía NICE quién ya en el año 2008 proponía como objetivo terapéutico en diabetes sin lesión de órganos diana el de 140/80 y sólo alcanzar un OT de 130/80 en pacientes con LOD (retinopatía, enf. Cerebrovascular o microalbuminuria)²⁰.

Y, aunque no esté bien decir "ya lo dijimos", en función de estas mismas guías referidas y revisando los estudios publicados, del mismo modo nuestro grupo fuimos cautos en plantear los objetivos para diabéticos²¹. Ahora tras el ACCORD¹⁶, que confirma estas dudas, nos atrevemos a augurar que auguramos que próximas ediciones de guías en HTA confirmarán estas precauciones.

- Tratamiento antihipertensivo en pacientes con fibrilación auricular

Se han modificado las directrices del 2007 frente al 2009 ya que no se ha confirmado en estudios recientes (ONTARGET, PROFES. I-PRESERVE, etc.) que los IECA o los ARA II reduzcan la aparición de FA en hipertensos

- Tratamiento antihipertensivo con enfermedad coronaria e insuficiencia cardiaca

No se ha clarificado el rango ideal de la PAS en pacientes con estas patologías pues la evidencia es contradictoria para valores inferiores a 130 mmHg. Se recomienda tratar entre 130-139 mmHg.

- Tratamiento de la HTA en mujeres

El reciente metaanálisis de los BPLTT demuestra que la reducción de PA y la mejoría pronóstica es similar en ambos sexos con cualquier tratamiento antihipertensivo.

Tratamiento de los factores de riesgo asociado

Se confirma la recomendación ya existente en la guía del 2007 de considerar tratamiento con

estatinas en pacientes con HTA y RCV elevado o incluso en el moderado con niveles de PCR altos (estudio JUPITER).

También se recomienda utilizar bajas dosis de ácido acetilsalicílico en pacientes hipertensos con antecedentes de ECV (prevención secundaria), pudiendo considerarse también en hipertensos o con alto riesgo CV (definida en la guía 2007 como *aquellos pacientes hipertensos con un aumento moderado de la creatinina sérica > 1.3 (o filtrado glomerular < 45), los pacientes hipertensos de edad ≥ 50 años con un riesgo cardiovascular total alto o muy alto o con unos valores de presión arterial iniciales más altos.*

Necesidad de nuevos ensayos clínicos

A tener en cuenta futuras investigaciones para mejorar el conocimiento en las siguientes situaciones:

- HTA grado 1 (PA 140-160/90-100) y riesgo bajo-moderado (¿Fármacos?. ¿Cuándo?), - HTA grado 1 en ancianos (¿Objetivos PAS <140 mmHg?), -Diabetes o complicaciones CV y PA normal-alta (¿Objetivos PA <130/80 mmHg?), - establecer los valores "seguros" de la reducción de la PA. Objetivos terapéuticos más rígidos frente a otros menos exigentes- Evaluar el impacto sobre morbimortalidad de las medidas no farmacológicas, y, por último, -efectividad de la polipíldora.

Ensayos polémicos recientes

Una publicación muy reciente ha suscitado un alerta con los ARA 2. En un metaanálisis publicado en The Lancet en Junio de este mismo año, Siphai et al²² revisan el posible efecto cancerígeno de los ARA 2 y, aunque la conclusión de los propios autores es dubitativa, vuelve a suscitar polémica sobre un efecto secundario de enorme gravedad, sin los estudios apropiados para demostrarlo. Aunque la duda, sin duda, ya está sembrada.

Dada su trascendencia os transcribimos literalmente sus conclusiones: "Este meta-análisis de

ensayos controlados aleatorios sugiere que los ARA II se asocian con un modesto aumento del riesgo de cáncer. Dada la escasez de datos, no es posible sacar conclusiones acerca del riesgo de cáncer qué, exactamente se asocia con cada medicamento en particular. Estos resultados necesitan una investigación mejor para su confirmación”.

Quisiéramos, aprovechando este estudio, lanzar nuestra reflexión: Varios autores han puesto en duda la magnificencia de los resultados de los metaanálisis cuando éstos se limitan a unir de forma deslavazada y con multitud de estrategias estadísticas para intentar vencer los posibles sesgos (muchos estudios sin objetivos similares, muestras totalmente diferentes tanto cuantitativa como cualitativamente, resultados dispares...etc)

Así, según Brotons y Permanyer²³ argumentan que para poder agrupar los resultados de diferentes ensayos clínicos es preciso que se cumplan tres requisitos (asumiendo que todos se plantean la misma pregunta de investigación): 1.- Similitud en los tratamientos 2.- Similitud de participantes o pacientes en el ensayo 3.- Similitud en las variables de resultados. Si existe gran heterogeneidad clínica difícilmente se podrán agrupar para realizar un metaanálisis.

Nuevos fármacos

Nuevos fármacos hipotensores aparecen en el horizonte. Recientemente se ha publicado un artículo firmado por el Dr. Ruilope donde se analiza la efectividad de una nueva molécula (antagonistas de la neprilisina/ARAII)²⁴. Ejemplo:

A) Nuevos ARA II: Azilsartan B) Inhibidores de la pFOX, oxidación parcial de los ácidos grasos: Ranolazina. C) Inhibidores de endotelina: Darusentan. D) Inhibidores orales de la renina: Aiskiren. E) Inhibidores de la neprilisina/ARAII: LCZ696. E) Análogos del péptido auricular natriurético: Nesiritida. F) Antagonista de receptores de urotensina: Palosuran. G) Otras nuevas sustancias con mecanismos de acción diversos: - Inhibidores de la aminopeptidasa A cerebral EC33, Moduladores de la enzima de conversión de la angiotensina (Agonistas de ECA 2), Anta-

gonistas del calcio tipo L de acción ultracorta, y antagonistas del calcio tipo T (Clevidipino, Azelnidipino), Inhibidores de la NADPH oxidasa vascular, Antagonistas de canales del Ca⁺ y de los receptores de la 5ht2 nexopamil (Lu 4468), Agonistas del receptor de dopamina d (fenoldopam), Antagonista del receptor de la serotonina (kentaserin), Inhibidores de la endopeptidasa neutra (candoxatril, ecadotrol), Inhibidores de los canales de potasio (Iptakalim), Fragmentadores del entrecruzamiento anormal del colágeno mediado por productos terminales de la glicosilación avanzada, Inhibidores de la quinasa Rho, Bloqueante de los canales del calcio y de los receptores a-adrenérgico (monatepil), y la inmunización activa contra la angiotensina II (vacuna contra la “HTA”)

Variabilidad tensional

Nuevos estudios publicados este año nos alertan sobre el riesgo de la variabilidad tensional y el pronóstico cardiovascular adverso de los pacientes que la sufren. Así un claro aumento de ICTUS y de eventos cardiovasculares de pudieron observar en los pacientes en los que en cada visita la variabilidad era elevada²⁵⁻²⁷

Ello justifica una vez más un control homogéneo y un seguimiento adecuado de los pacientes hipertensos que eviten incumplimientos temporales o cese de la toma de medicación, como se objetiva en numerosos estudios, así como el uso de fármacos que provean de un buen control tensional de 24 horas.

Bibliografía

1. Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, Ambrosioni E, Burnier M, Caulfield MJ, et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document Journal of Hypertension. 2009; 27: 2121-2158.
2. Revisión de la Guía Europea de manejo de hipertensión. URL: http://www.riesgovascular.org/pre/Archivos/Revision2009_GuiaEuropeaHTA2007.pdf

3. Comentarios a la Revisión 2009 de la Guía de HTA de 2007. "La revisión de la duda". URL: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/201044.pdf>
4. Benitez M, Dalfó A, González-Elena L, Altuzarra J, Martín-Rioboó E, Pérez-Zamora E. DISEHTAE. Diagnóstico y seguimiento de la HTA en España. *Hipertens riesgo vasc.* 2010; 27: 99-107.
5. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization 2009. URL: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf
6. Staessen J, Richart T, Wang Z, Thijs L. Implications of Recently Published Trials of Blood Pressure-Lowering Drugs in Hypertensive or High-Risk Patients. *Hypertension.* 2010; 55: 819-831.
7. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ.* 2009; 338: b1665.
8. 2010 Annual CHEP Recommendations based on scientific evidence, peer reviewed, hypertension best practices. URL: <http://hypertension.ca/chep/wpcontent/uploads/2010/04/FullRecommendations2010.pdf>
9. De la Sierra. Evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en España. Documento de consenso. *Med Clin (Barc).* 2008; 131: 104-16.
10. Parati G, Stergiou GS, AsmarR, Bilo G, De Leeuw P, Imai Y, et al; on behalf of ESH Working Group on Blood Pressure Monitoring European Society of Hypertension Practice Guidelines for home blood pressure monitoring. *Journal of Human Hypertension.* 2010; 1-7.
11. Pickering TG. Call to Action on Use and Reimbursement for Home Blood Pressure Monitorin A Joint Scientific Statement From the American Heart Association, American Society of Hypertension, and Preventive Cardiovascular Nurses Association. *Hypertension.* 2008; 52; 10-29.
12. Dominguez M, Fernández JR, Mojón A. Validez de la automedida de la presión arterial en el diagnóstico de hipertensión arterial, hipertensión clínica aislada e hipertensión enmascarada. *Hipertens riesgosvasc.* 2010; 27: 146-153.
13. Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens.* 2007; 25: 1105-87.
14. Martín-Rioboó E, García Criado E, Pérula DeTorres LA, Cea-Calvo L, Anguita Sánchez M, López Granados A, et al en representación del Grupo de Hipertensión Arterial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC) y los investigadores del estudio PREHVIA. "Prevalencia de hipertrofia ventricular izquierda, fibrilación auricular y enfermedad cardiovascular en hipertensos de Andalucía. Estudio PREHVIA". *Med Clin. (Barc).* 2009; 132: 243-250.
15. Verdecchia P, Staessen JA, Angeli F, de Simone G, Achilli A, Ganau A, et; cardio-Sis investigators. Usual versus tight control of systolic blood pressure in non-diabetic patients with hypertension (Cardio-Sis): an open-label randomised trial. *The Lancet.* 2009; 12; 374(9693)-880.
16. The ACCORD Study Group* Effects of Intensive Blood-Pressure Control in Type 2 Diabetes Mellitus. *N Engl J Med.* 2010; 362: 1575-1585.
17. Wright JM, Musini VM. First-line drugs for hypertension. **Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3. Art. No.: CD001841. DOI: 10.1002/14651858.CD001841.pub2.**
18. Wald D, Law M, Morris JK, Bestwick JP, Wald NJ. Combination Therapy Versus Monotherapy in Reducing Blood Pressure: Meta-analysis on 11,000 Participants from 42 Trials. *American Journal of Medicine.* 2009; 22: 290-300.
19. Coca A, Redón J. Revisión de las directrices europeas sobre el tratamiento de la hipertensión 2009. *Journal of Hypertension.* 2009; 27: 2121-2158. *Drugs Expert.* Wolters Kluwer Pharma Solutions. SA. Madrid; 2009.

20. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Type 2 diabetes: national clinical guideline for management in primary and secondary care (update). London: Royal College of Physicians, 2008.
21. Martín-Rioboó E. HTA y Diabetes. Tratamiento de la HTA en situaciones especiales. En: Manual de HTA en la práctica clínica de Atención Primaria. Granada: SAMFyC; 2006
22. Brotons C, Permanyer G. Metaanálisis, megaensayos y práctica clínica en cardiología. Rev Esp Cardiol. 1999; 52: 840-50.
23. Sipahi I, Debanne DM, Rowland DU, Simon DI, Fang JC. Angiotensin-receptor blockade and risk of cancer: meta-analysis of randomised controlled trials. The Lancet. 2010; 11: 627-636.
24. Ruilope LM, Dukat A, Böhm M, Lacourcière Y, Gong Y, Lefkowitz MP. Blood-pressure reduction with LCZ696, a novel dual-acting inhibitor of the angiotensin II receptor and neprilysin: a randomised, double-blind, placebo-controlled, active comparator study. The Lancet. 2010; 375: 1255-1266.
25. Rothwell PM, Howard SC, Dolan E, O'Brien E, Dobson JE, Dahlöf B, et al. Prognostic significance of visit-to-visit variability, maximum systolic blood pressure, and episodic hypertension. Lancet. 2010; 375:895-905.
26. Webb AJ, Fischer U, Mehta Z, Rothwell PM. Effects of antihypertensive-drug class on interindividual variation in blood pressure and risk of stroke: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2010; 375: 906-15.
27. Rothwell PM. Limitations of the usual blood-pressure hypothesis and importance of variability, instability, and episodic hypertension. Lancet. 2010; 375: 938-48.

A black and white photograph of a coastal town and beach. The town is built on a hillside overlooking the ocean. The beach is in the foreground with waves washing onto the shore. A dark vertical bar runs down the center of the image, with a lighthouse graphic at the top. The lighthouse has a small white light on top. In the top left corner, there is a graphic of a white ribbon with a dark cross-like shape. In the top right corner, there is a solid black circle.

Comunicaciones orales
Comunicaciones tipo póster
Proyectos de investigación

COMUNICACIÓN ORAL

Efectividad de la intervención avanzada grupal frente a la individual para el cese del hábito tabáquico

Martín Azofra M¹, Hermosilla Camacho C¹, Poley González A¹, Pedregal González M², Ortega Blanco J³, Dominguez Quintero B⁴

¹ MIR IV MFyC, UGC Molino de la Vega (Huelva)

² Doctor en Medicina, Especialista en MFyC, Técnico de la UD de Huelva

³ Doctor en Medicina, Especialista en MFyC, Director de la UGC Molino de la Vega (Huelva)

⁴ Especialista en MFyC, UGC Molino de la Vega (Huelva)

Título: Efectividad de la intervención avanzada grupal frente a la individual para el cese del hábito tabáquico.

Objetivos: Evaluar la efectividad de la intervención tabáquica avanzada grupal frente a la individual.

Diseño: Ensayo clínico aleatorio.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método: Se realizaron 31 intervenciones. Los pacientes se captaron en una mesa informativa instalada en el Centro durante la X Semana Sin Humo. Asignación aleatoria, participando 12 en el grupo y 19 en individual.

Las variables principales son cese del hábito tabáquico (entrevista y cooximetría), y adherencia a las visitas. Las independientes, comorbilidad, apoyo sociofamiliar, consumo de otros tóxicos, motivación (Richmond) y dependencia (Fagëstrom).

En el análisis descriptivo, se usaron media y desviación típica para variables cuantitativas y porcentajes para cualitativas. Comparando va-

riables cualitativas, test de la Chi Cuadrado. Comparando medias, test de la t para muestras independientes.

Resultados: No hubo diferencias entre ambos al inicio del estudio.

El total de abandonos del hábito fue 33.31% en intervención grupal y 36.8% en individual ($p=0.842$). El porcentaje de pérdidas grupales fue 41.7% y 47.4% en individuales ($p=0.756$).

De las mujeres, cesaron tabaquismo un 47.1%, frente al 21.4% de hombres ($p=0.138$). La media de edad de los abandonos fue 46.18 y 42 en los que siguieron fumando ($p=0.387$). La media del Fagëstrom fue 6.18 entre los abandonos y 5.75 entre los que continuaron el hábito ($p=0.565$). El Richmond tuvo una media de 6.73 entre los abandonos y 5.45 entre los que siguieron consumiendo ($p=0.041$).

Conclusiones: Aunque no existen diferencias significativas entre ambas intervenciones, la grupal optimiza la utilización de recursos sanitarios.

Palabras clave: ensayo clínico, cesación tabáquica, intervención avanzada.

COMUNICACIÓN ORAL

Prevalencia, recursos sanitarios e impacto socioeconómico de las enfermedades osteoarticulares en Atención Primaria

Poley González A¹, Ortega Blanco J¹, Martín Azofra M¹, Hermsilla Camacho C¹, Domínguez Quintero B¹, Pedregal González M²

¹ UGC Molino de la Vega, Huelva

² Técnico Unidad Docente MFyC Huelva

Título: Prevalencia, recursos sanitarios e impacto socioeconómico de las enfermedades osteoarticulares en Atención Primaria.

Objetivos: Estimar la prevalencia de enfermedades osteoarticulares. Describir la utilización de recursos sanitarios y valorar el impacto socioeconómico en pacientes con artrosis.

Diseño: Estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: Mayores de 40 años con algún tipo de enfermedad osteoarticular. Muestreo aleatorio. Se estimó una prevalencia del 10%, precisión 3%, confianza 95% y añadiendo un 20% (n = 464). Variables: Edad, sexo, patología osteo-articular, utilización de recursos (visitas, derivaciones, pruebas complementarias, fármacos e infiltraciones), situación laboral, días de Incapacidad Temporal (IT), calidad de vida (WOMAC) y nivel de incapacidad (Katz).

Resultados: 56.9% mujeres, edad 59.47 (DT 13.24). La patología osteoarticular más prevalente fue la artrosis, 33.6% (IC 29.43-38.02). Acudieron entre 0-1 consulta el 52 % (IC 42.93-60.91). El 73.2% (IC 65,03-80,38) no se derivó. El 66.1% (IC 57.58-73.97) no requirió pruebas complementarias. Tomaron AINEs con analgésicos el 43.1 % (IC 37.22-49.07), gastroprotección el 52.1 % (IC 46.06-58.01) y el 7.5 % (IC 4.76-11.13) se infiltró. Se encontraban en IT el 0.78% (IC 0.039-3.82). Tenían dificultad para subir escaleras (WOMAC) el 55.2 % (IC 43.22-66.79). La categoría A del Katz fue la más frecuente, 69.38% (IC 59.75-77.90).

Conclusiones: La enfermedad osteoarticular más frecuente fue la artrosis. La mayoría recibieron analgésicos y AINEs y una proporción importante gastroprotectores. La utilización del resto de recursos (visitas, derivaciones y pruebas complementarias) no fue alta. La IT fue menor de lo esperado. Existe afectación de la calidad de vida aunque la mayoría eran independientes para ABVD.

Palabras Clave: Prevalence, Osteoarthritis, Rheumatic Diseases.

COMUNICACIÓN ORAL

Mejorando los conocimientos de Lactancia Materna del personal sanitario de Atención Primaria mediante talleres formativos

Fernández Martínez O, López Cintas R, Gallardo García I, González Martínez E, Ferre Curtido P, Amezcua Fernández I

Centro de Salud Salvador Caballero. Granada

Título: Mejorando los conocimientos de Lactancia Materna del personal sanitario de Atención Primaria mediante talleres formativos.

Objetivos: Formar al personal sanitario de atención primaria en lactancia materna (LM). Fomentar la LM y proporcionar herramientas para el manejo de situaciones difíciles.

Diseño: Talleres formativos.

Emplazamiento: Atención Primaria (AP).

Material y Método: Organizamos un taller de 2 horas en los distintos centros de salud de nuestro distrito sanitario, en total participaron 20 centros de salud. Participaron 180 profesionales: Médicos de Familia, Pediatras y Enfermeras.

Previo al desarrollo del taller evaluamos los conocimientos de LM del personal sanitario mediante un cuestionario auto administrado (22 ítems para evaluar conocimientos de LM), tras la realización del taller volvimos a administrar el cuestionario de evaluación de conocimientos y un cuestionario de satisfacción con el taller impartido.

Contenidos de la charla: Ventajas de la LM para la madre y el niño; Beneficios para la sociedad:

Recomendaciones de la OMS sobre LM; Mecanismo fisiológico de producción de la leche materna; Composición de la LM; Evaluación de la correcta postura al amamantar; Problemas del pecho y del pezón durante la lactancia; Uso de fármacos durante la lactancia; Situaciones difíciles; Importancia de los grupos de apoyo a la LM.

Resultados: El cuestionario previo al taller formativo mostró que los conocimientos del personal sanitario sobre LM eran insuficientes y en ocasiones erróneos, mejorando estos conocimientos tras el taller.

El 92% de los participantes concluyeron que el taller había sido útil, el 88% habían mejorado sus conocimientos de LM, el 98% lo recomendarían a otros compañeros. El 80% consideraba que había adquirido herramientas para fomentar la LM entre la población.

Conclusiones: Los talleres formativos de LM son útiles para mejorar los conocimientos de LM del personal sanitario de AP y fomentar la LM.

Palabras Clave: Breast feeding; questionnaire; Knowledge.

COMUNICACIÓN ORAL

Perfil del paciente polimedicado de un distrito sanitario

Ortega Blanco J¹, Atienza Martín F², González Fernández R¹, Pérez Márquez A¹, López Aguilar J³, Baz Montero S⁴

¹ CS Molino de la Vega. Huelva

² CS Adoratrices. Huelva

³ CS Isla chica. Huelva

⁴ Director Salud Distrito Huelva

Título: Perfil del paciente polimedicado de un distrito sanitario.

Objetivos: Estudiar el perfil de los pacientes polimedicados en un distrito sanitario

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centros de salud de un distrito sanitario mixto (urbano y rural)

Material y Método: Se seleccionan, de manera aleatoria, 372 historias clínicas correspondientes a pacientes incluidos en el servicio de atención a pacientes polimedicados del Distrito Sanitario.

Este trabajo tiene una continuación con un estudio de intervención. Se recogen los siguientes datos:

- Antropométricos y demográficos
- Comorbilidad
- Cribado de ansiedad y depresión (Test de Goldberg)
- Cumplimiento terapéutico (test de Morinsky)

Resultados: Sexo: 58.1% mujeres

Edad media: 70.78 años (IC 95%: 69.8-70.8).

El IMC medio fue de 29,91 (IC 95% 29,4-30,4). Hombres 28,93 (DS 3,9) y mujeres 30,65 (DS: 5,6) (p<0.00001).

La comorbilidad más frecuente fue:

HTA	72.3%
Diabetes	46.5%

Cardiopatía isquémica	39.2%
Dislipemia	34.7%
Poliartrosis	32.3%

Cribado positivo de ansiedad en el 47% de los pacientes y de depresión en el 63.2%

Incumplidores el 26.9% de los pacientes

Los fármacos más utilizados fueron:

Inhibidores de bomba de protones	76.6%
Hipolipemiantes	62.1%
Diuréticos	57%
Antiagregantes	52.4%
Ansiolíticos	47%
Antidiabéticos orales	44.6%
IECAs	39%
Betabloqueantes	36.6%
ARAI	36%
Analgésicos	32.3%
Calcioantagonistas	27.2%

La media de fármacos por paciente fue de 9.1 (DS 0.7)

Conclusiones: El perfil del paciente polimedicado es una mujer de edad avanzada, con sobrepeso y con factores de riesgo cardiovascular con rasgos depresivos y que utiliza antihipertensivos, antiulcerosos, antiagregantes, antidiabéticos, ansiolíticos y analgésicos.

Es llamativo el uso de antiulcerosos con indicación de "protección" sin utilizar antiinflamatorios.

Palabras Clave: Polypharmacy (polifarmacia), primary care (atención primaria), comorbidity (comorbilidad).

COMUNICACIÓN ORAL

Inadecuación de la doble antiagregación en prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular

López Montes A, Arrillaga Ocampo I, Briones Barreiro M

Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Lagunas. Mijas (Málaga)

Título: Inadecuación de la doble antiagregación en prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular.

Objetivos: Analizar adecuación de doble antiagregación en prevención secundaria.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método: Sujetos a estudio: todos los pacientes en tratamiento con aspirina y clopidogrel entre Octubre y Diciembre 2009.

Resultados: Se revisaron 163 pacientes: 129 (79.1%) varones y 34 (20.9%) mujeres. Edad media 66.67 años+10.76. Indicación: 124 (76.1%) por enfermedad coronaria, 11 (6.7%) por enfermedad cerebrovascular, 7 (4.3%) por enfermedad arterial periférica, 6 (3.7%) por dos eventos cardiovasculares mayores, 1 (0.6%) por tromboembolismo pulmonar. En 6 pacientes (3.7%) no se

encuentra recogida la indicación. Duración: 49 (30.1%) menor o igual a 12 meses, en 114 (69.9%) mayor 12 meses. Adecuación del tratamiento, valorando motivo y duración: en 54 pacientes (33.1%) sí había una indicación clara frente a 109 (66.9%) en los que no se ajustaba a las evidencias de estudios y revisiones sistemáticas.

Conclusiones: Observamos una suprautilización de doble antiagregación en nuestra población a estudio. La duración de la terapia combinada depende del tipo de síndrome coronario agudo, de la realización o no de ACTP y del tipo de stent implantado. Ha demostrado reducir el número de eventos en los primeros meses, pero hay que tener en cuenta el riesgo de sangrado. Debemos plantearnos por qué en un 67% se mantiene a pesar de su no indicación con el consiguiente riesgo de efectos adversos.

Palabras Clave: Dual antiplatelet therapy (doble terapia antiplaquetaria), secondary prevention (prevención secundaria), clopidogrel therapy.

COMUNICACIÓN ORAL

Efectividad de la Insulinización ambulatoria con Glargina en Diabéticos tipo 1 y 2 mal controlados

Zabala S¹, Ortega Carpio A¹, Alvarez I¹, de la Rosa Martín M¹, Vázquez Rico I², Soler Sánchez M¹

¹ CS Torrejón. Huelva

² Servicio Análisis Clínicos. Hospital Juan Ramon Jimenez. Huelva

Título: Efectividad de la Insulinización ambulatoria con Glargina en Diabéticos tipo 1 y 2 mal controlados.

Objetivos: Evaluar la efectividad de Insulina Glargina asociada con Antidiabéticos Orales y/o análogos de acción rápida en pacientes Diabéticos tipo 1 y 2 con mal control metabólico.

Diseño: Estudio de intervención longitudinal prospectivo sin grupo control.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: Período de Inclusión: Junio 2007-Junio 2009.

Criterio de Inclusión: Pacientes no insulinizados con inadecuado control metabólico (HbA1c>8), intolerancia ó contraindicación ADO, o insulinizados con Detemir/NPH y mal control metabólico.

Intervención y Seguimiento: Insulinización con Glargina 0,25 mg/kg/día; ajuste de dosis y pauta trimestralmente en consulta de enfermería, y HbA1c semestral en consulta médica.

Criterio de retirada de Glargina: Mal control metabólico persistente a pesar de buena cumplimentación y ajustes terapéuticos progresivos.

Variable Dependiente Principal: HbA1c al final del seguimiento con Glargina.

Resultados: Incluimos 24 pacientes (?62% ?38%) de 63 años de edad media (IC95% 57,1-69,4) con un seguimiento medio de 16,5 meses (IC95% 12,3-20,7). La dosis media de Glargina de inicio fue 22,1 UI y la final 28,2 UI (+2,2 a 9.9UI p=0.003); el 16,7% recibieron dos dosis diarias. La HbA1c media previa fue 9,6% y la final 7,9% (0,8 a 2,4%; p=0.001). El porcentaje de pacientes con control inadecuado pasó del 66,7% al 45,8%, los de control aceptable (HbA1c 7-8%) se mantuvieron en el 20,8%, y los bien controlados (HbA1c<7%) del 12,5% al 33,3%.

Conclusiones: El régimen de Insulina Glargina en monodosis basal asociado con ADO (Metformina) o Insulina Rápida (Diabéticos tipo 1) consigue un descenso medio significativo de HbA1c del 1,6% tras 16,5 meses de seguimiento, y triplica el porcentaje de pacientes bien controlados.

Palabras Clave: Glargina, Diabetes.

COMUNICACIÓN ORAL

Evolución del consumo de alcohol entre adolescentes en una zona urbana (1997-2010)

Ramos Ruiz J¹, Osuna Díaz M¹, Escudero Garzas R¹, Mesa Gallardo M¹, Leal Helmling F¹, Pérez Milena A²

¹ Médico de Familia. Jaén

² Doctor en Medicina Familiar y Comunitaria. Jaén

Título: Evolución del consumo de alcohol entre adolescentes en una zona urbana (1997-2010).

Objetivos: Conocer la evolución del consumo de alcohol entre adolescentes de una zona urbana.

Diseño: Estudio descriptivo transversal mediante encuesta autoadministrada.

Emplazamiento: Instituto de Enseñanza Secundaria de una zona urbana.

Material y Método: Participan alumnos de ESO y Bachillerato pertenecientes a diferentes estratos sociales. Se hace un seguimiento los años 1997, 2001, 2004, 2007 y 2010, recogiendo edad, sexo y características del consumo de alcohol.

Resultados: Participan 1493 adolescentes, edad media 14,2 años ($\pm 0,3$), 48% mujeres. El consumo de alcohol disminuye progresivamente desde un 77% (1997) a un 29% (2010) ($p < 0,001 X^2$). Predomina el consumo intermitente, aumentando del 53% hasta el 71%; el consumo en fin de semana se

estabiliza en algo más de un tercio de los adolescentes y prácticamente desaparece el consumo diario ($p < 0,005 X^2$). Se consume más alcohol en patrones de fin de semana/diario ($p < 0,001$ ANOVA), aunque disminuye la cantidad de alcohol consumida (9,3UBE/semana [$\pm 0,6$] en 1997; 5,7UBE/semana [$\pm 0,5$] en 2010) ($p < 0,05$ ANOVA). Baja el consumo de cerveza (60% a 30%) y vino (46% a 6%), ocupando su lugar las bebidas de alta graduación (50% a 80%) ($p < 0,05 X^2$). No hay diferencias de género para el consumo, pero sí para la edad: a mayor edad, mayor prevalencia de consumo de alcohol ($p < 0,05 X^2$).

Conclusiones: En los últimos trece años ha disminuido el consumo de alcohol entre los adolescentes, pero se mantiene el consumo en fin de semana y se incrementa el uso de bebidas de alta graduación. Las intervenciones preventivas deberían realizarse al inicio de la adolescencia o, incluso, en la preadolescencia.

Palabras Clave: Adolescente, Alcohol, Atención Primaria.

COMUNICACIÓN ORAL

Evolución del consumo perjudicial de alcohol y los factores de riesgo acompañantes (2007-2010)

Osuna Díaz M¹, Ramos Ruiz J¹, Escudero Garzas R¹, Martínez Fernández M², Martínez Pérez R³, Pérez Milena A¹

¹ Médico de Familia. CS El Valle. Jaén

² Profesora de Educación Secundaria. IES Jabalcuz. Jaén

³ Médico de Familia. Jaén

Título: Evolución del consumo perjudicial de alcohol y los factores de riesgo acompañantes (2007-2010).

Objetivos: Valorar la evolución del consumo perjudicial de alcohol entre adolescentes y su relación con factores sociales y familiares.

Diseño: Estudio observacional de asociación cruzada.

Emplazamiento: Instituto de Enseñanza Secundaria de una zona urbana.

Material y Método: Alumnado de ESO y Bachillerato. Encuesta autoadministrada que se pasa los años 2007 y 2010, recogiendo edad, sexo, consumo de sustancias tóxicas (alcohol, tabaco, drogas), test CAGE, apoyo social (test DUKE-UNC) y función familiar (test Apgar-familiar)

Resultados: 885 adolescentes (450 en 2007 y 435 en 2010), edad media 14,5 años [$\pm 0,1$]. Un 33% ha consumido alcohol, un 13% tabaco y un 10%

otras drogas. La sospecha de consumo perjudicial entre los adolescentes que beben es de un 32%, aumenta en el segundo año (23% en 2007, 44% en 2010; $p < 0,05$ X^2) y es mayor cuando el consumo es en fin de semana (60%) y diario (100%) ($p < 0,05$ X^2). No hay relación con género (32% hombre, 30% mujer), edad (32% 12-14 años, 32% 15-18 años), consumo de drogas ilegales o apoyo social. Sí hay relación con el tabaquismo (OR 1,3), con correlación entre número de cigarrillos/día y puntuación del CAGE ($r = 0,64$; $p < 0,05$ Pearson). La disfunción familiar es más frecuente con sospecha de consumo perjudicial de alcohol (68% vs 50%, $p < 0,1$ X^2 con OR 2,13).

Conclusiones: La sospecha de consumo perjudicial de alcohol entre adolescentes es elevada, aumentando en el segundo año. El patrón de consumo de alcohol, el tabaquismo y la percepción de disfunción familiar son factores de riesgo que deben alertar sobre este problema.

Palabras Clave: Adolescente, Tabaco, Atención Primaria.

COMUNICACIÓN ORAL

Valoración del tratamiento antiresortivo en pacientes en tratamiento con corticoides

Santana Gallego M^aJ¹, Pagola De Las Heras C², Ortega Carpio A², Romero Ruiz B³, Farauste Rodríguez C⁴, Fernández Fuentes C¹

¹ MFyC, CS Gibraleón (Gibraleón). Huelva

² MFyC, CS Torrejón (Huelva)

³ MFyC, CS Punta Umbría (Punta Umbría). Huelva

⁴ MFyC. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Título: Valoración del tratamiento antiresortivo en pacientes en tratamiento con corticoides.

Objetivos: Describir el riesgo de fractura por fragilidad así como la adecuación del tratamiento preventivo en pacientes corticodependientes en condiciones de práctica clínica habitual.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: Seleccionamos todos los pacientes que recibieron tratamiento esteroideo prolongado entre Enero de 2007-09 (>7,5 mg/día de prednisona > 3 meses al año). Determinamos el riesgo de caída por la presencia de trastornos neurosensoriales (deterioro cognitivo, visual, de la marcha o el equilibrio) y el riesgo de fractura en prevención 1^a por la escala Black.

Resultados: Incluimos 59 pacientes de 66 años de edad media, en su mayoría mujeres (68%), con sobrepeso (IMC 29) y Artritis Reumatoide

(69%). El 22% tenía hecha densitometría ósea que en el 100% fue patológica. Habían presentado ya fractura por fragilidad el 5,1%. El riesgo de caída era elevado en el 30,5% y el riesgo de fractura global (prevención 1^a+2^a) del 37,3%. El 35,6% tomaba calcio y el 25,4% bifosfonatos. El principal criterio para tratar con bifosfonatos fue la presencia de fractura previa (100%) y la disminución de la DMO (69,23%), descendiendo al 31,8% cuando se tuvo en cuenta el riesgo global de fractura y al 16,7% en los pacientes con riesgo de caída.

Conclusiones: Solo la cuarta parte de los pacientes corticodependientes se tratan con bifosfonatos. En Prevención 1^a la densitometría sigue siendo el principal criterio de tratamiento, aunque su resultado es previsiblemente patológico. El riesgo de caída y el riesgo global de fractura son escasamente valorados en la indicación de antiresortivos en pacientes corticodependientes.

Palabras Clave: Osteoporosis, glucocorticoids, fracture.

COMUNICACIÓN ORAL

Evolución del consumo de tabaco entre adolescentes en una zona urbana (1997-2010)

Escudero Garzas R¹, Osuna Díaz M¹, Ramos Ruiz J¹, Jiménez Pulido I², Pérez Milena R³, Pérez Milena A⁴

¹ MIR 4º año. CS El Valle. Jaén

² Epidemióloga. Distrito Sanitario Jaén Nordeste

³ Psicólogo. Instituto Villanueva del Mar, La Herradura. Granada

⁴ Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

Título: Evolución del consumo de tabaco entre adolescentes en una zona urbana (1997-2010).

Objetivos: Conocer la evolución del consumo de tabaco entre adolescentes de una zona urbana.

Diseño: Estudio transversal, empleando un cuestionario autoadministrado.

Emplazamiento: Instituto de Enseñanza Secundaria de una zona urbana.

Material y Método: Participan alumnos de Secundaria y Bachillerato pertenecientes a diferentes estratos sociales. Se pasa la encuesta cada tres años, desde 1997 hasta 2010, recogiendo edad, sexo y características del consumo de tabaco.

Resultados: Se estudian 1493 adolescentes, con edad media de 14,2 años ($\pm 0,3$) y 52% hombres. En 1997 un 12% fuman, incrementándose progresivamente hasta 2004 (29%) para posteriormente disminuir (10% en 2010) ($p < 0,001 X^2$). El consumo intermitente (de prueba) es el más fre-

cuente y se mantiene en general en la tercera parte de los adolescentes; el consumo en fin de semana disminuye casi un 10% mientras que el consumo diario se incrementa hasta un 40% ($p < 0,005 X^2$). La cantidad de cigarrillos/día disminuye progresivamente ($7,4 \pm 1,5$ en 1997 a $4,1 \pm 0,6$ en 2010) ($p < 0,05$ ANOVA). El consumo es mayor cuando se fuma de forma diaria (hasta 8 cigarrillos/día más, $p < 0,05$ ANOVA). No hay diferencias significativas de género para el consumo, pero sí para la edad: a mayor edad, mayor consumo de tabaco ($p < 0,05 X^2$).

Conclusiones: En los últimos trece años los adolescentes han presentado diferentes prevalencias de tabaquismo así como cambios en los patrones de consumo. La edad es importante para valorar el riesgo de tabaquismo de un adolescente. Sería necesario conocer las causas de estos cambios y tenerlos en cuenta para mejorar las intervenciones antitabaco en estas edades.

Palabras Clave: Adolescente, Tabaco, Atención Primaria.

COMUNICACIÓN ORAL

¿Qué determina que nuestros hipertensos no alcancen sus objetivos terapéuticos?

Cáceres Montero M, Martínez Infantes M, López Mutuberría M, Herrera Ibarra R, Losada Fuentes F

Medicina de Familia. Unidad Gestión Clínica Estepona Oeste. Estepona (Málaga)

Título: ¿Qué determina que nuestros hipertensos no alcancen sus objetivos terapéuticos?

Objetivos: Determinar factores no dependientes de pacientes hipertensos que condicionen alcanzar objetivos terapéuticos.

Diseño: Estudio casos-control, base institucional.

Emplazamiento: Centro de Salud semi-urbano.

Material y Método: Seguimos durante un año pacientes cuya tensión arterial (TA) fue registrada 2 ó más veces por enfermería. Mediante X^2 y ANOVA, $p < 0.05$, comparamos logros de objetivos según patología prevalente, Inercia Terapéutica (IT) y uso de antihipertensivos. Calculamos las Odds-Ratio (OR, $p < 0.05$) para alcanzar objetivos y para incurrir en IT mediante regresión logística binaria.

Resultados: N=749. Edad $72,37 \pm 10,52$. Mujeres 54,6%. Tomas TA por paciente: $11,07 \pm 7,4$; 25,3 $\pm 26,6\%$ de determinaciones incurrir en IT y 10,2 $\pm 16,9\%$ en IT moderada-alta. Promedio de TA

anual en objetivos=67,2%. Mayor probabilidad de alcanzar objetivos entre pacientes no diagnosticados de Factores Riesgo Cardiovascular (FRCV) Alto, OR=1,71(1,53-1,91; 95%); empleo de diuréticos y/o β -bloqueantes, 1,62 (1,05-1,88; 95%) y 1,44 (1,12-1,85; 95%) respectivamente y entre los que no se incurre en IT 1,87(1,72-2,03; 95%). Con IT moderada-alta el riesgo de no alcanzar objetivos tensionales asciende a 2,53 (2,17-2,94; 95%). Con mayor número de FRCV es 0,57 (0,56-0,71; 95%) menos probable encontrar TA en objetivos, y 0,70(0,6-0,7; 95%) veces menos probable empleando mayor número de fármacos antihipertensivos. La IT es más probable 1,41 (1,21-1,65; 95%) entre aquellos con más FRCV.

Conclusiones: La comorbilidad cardiovascular predispone a IT que, junto con FRCV que suponen daño orgánico establecido, condicionan que nuestros pacientes mantengan o no TA dentro de los objetivos terapéuticos.

Palabras Clave: Logistic Models, Medical Errors, Hypertension.

COMUNICACIÓN ORAL

Perfil de riesgo cardiovascular en nuestros hipertensos no controlados

Lario Fernández M^aD¹, Luque Escalante M^aL², González Begines V², Fernández Roldán J¹, Domínguez Sayago E³, Aranda Lara F¹

¹ Medicina Familia. UGC Utrera Sur, Utrera (Sevilla)

² MIR Familia. UGC Utrera Sur, Utrera (Sevilla)

³ Enfermera de Familia. UGC Utrera Sur, Utrera (Sevilla)

Título: Perfil de riesgo cardiovascular en nuestros hipertensos no controlados.

Objetivos: Analizar el perfil de riesgo cardiovascular (RCV) de una muestra de pacientes hipertensos no controlados, según las Guías SEH-SEC 2007.

Diseño: Estudio retrospectivo descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: Analizamos 135 pacientes hipertensos no controlados en consulta a los que realizamos monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA), tras la cual descartamos 33 por presentar HTA de bata blanca. En los 102 pacientes (59,8% hombres) registramos su presión arterial (PA) en consulta y con MAPA, factores de RCV, lesión órganos diana (LOD), Enfermedad cardiovascular (ECV) y cálculo de RCV. También registramos el tratamiento antihipertensivo de los pacientes.

Resultados: PA (mmHg) consulta: 158,01/95,21. PA MAPA: 137,54/84,02. FRCV (%): Obesidad central= 53; Dislipemia= 44; Tabaco= 26; Edad (h>55 y m> 65)= 25; Diabetes= 12; Antecedentes familiares ECV precoz= 1. LOD (%): 17,6; ECV (%): 6,9. N° FRCV (%): 1=15; 2=37; 3=24;>4=24. RCV ALTO/MUY ALTO (%):65,6. Perfil Nictameral (%): Dipper=47; Extreme-Dipper=11,8; Non-Dipper=30,4; Riser=10,8. N° antihipertensivos (%): 0= 47,1; 1=10,8; 2=20,6;3=15,7; >4=5,9.

Conclusiones: Nuestros hipertensos no controlados presentan un elevado RCV, no sólo por su PA, sino también por la elevada asociación de otros FRCV, LOD y ECV; a pesar de ellos infratratamos a nuestros pacientes, las guías nos dice que en pacientes con riesgo alto o muy alto podemos iniciar tratamiento con una asociación de dos fármacos. Además dado el elevado perfil de riesgo de estos pacientes debemos de ir más allá de control de la presión y realizar un tratamiento integral del paciente para intentar reducir su RCV global.

Palabras Clave: Hipertensión arterial, riesgo vascular, control hipertensión.

COMUNICACIÓN ORAL

Cambios en el tratamiento hipoglucemiante tras el diagnóstico de retinopatía diabética

Guerrero García FJ¹, Sevilla Martín FJ¹, Alonso Morales M^aF², Bonillo García M^aA¹, Montoro Ruiz R¹, Gálvez Ibáñez M¹

¹ Médico de Familia. UGC Gran Capitán. Granada

² Médico de Familia. Hospital San Cecilio. Granada

Título: Cambios en el tratamiento hipoglucemiante tras el diagnóstico de retinopatía diabética.

Objetivos: La Diabetes Mellitus es una enfermedad con elevada prevalencia en la que parte de su importancia radica en la gravedad de las complicaciones crónicas, destacando la retinopatía diabética (RD), con un 42% de prevalencia en diabéticos tipo2 y un 32% en los tipo1. Un buen control metabólico previene la aparición y la progresión de la RD y las principales guías aconsejan una optimización del control glucémico como uno de los objetivos tras el hallazgo de RD. **Objetivo:** Medir los cambios de tratamiento hipoglucemiante en pacientes diabéticos con diagnóstico reciente de RD.

Diseño: Estudio Descriptivo Transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: Criterios de inclusión: Pacientes diabéticos con nuevo diagnóstico de RD en 2009. Variables: Edad, sexo, cambio en el tra-

tamiento (Aumento de dosis, cambio de fármaco y adición de nuevo fármaco).

Se revisan las historias de todos los pacientes con RD de nuevo diagnóstico durante 2009 y que no tenían retinografías previas o, de tenerlas, no eran patológicas.

Resultados: Edad media: 69,2 años. Varones: 60%. Mujeres: 40%. Del total de 50 RD informadas en 2009, se realizaron ajustes del tratamiento en 14 (28%), y no hubo cambio en 36 casos (72%), siendo el aumento de dosis un 71'42% y el cambio de principio activo y la adición de un fármaco nuevo un 14'28% cada uno.

Conclusiones: Ante la presencia de una complicación crónica de la Diabetes Mellitus que debiera ir acompañada de un refuerzo en el tratamiento mantenemos una actitud pasiva en más de 2/3 de los casos pudiendo tratarse de casos de Inercia Terapéutica.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus, Tratamiento, Inercia Terapéutica, Retinopatía diabética.

COMUNICACIÓN ORAL

Análisis de las ecografías realizadas en 2009 en un centro de Atención Primaria

Guerrero García FJ, Sevilla Martín FJ, Sánchez Ortiz, FJ, Bonillo García M^aA, Montoro Ruiz R, Puertas Tamayo A

Médicos de Familia. UGC Gran Capitán. Granada;

Título: Análisis de las ecografías realizadas en 2009 en un centro de atención primaria.

Objetivos: Analizar las ecografías realizadas durante el año 2009 en el centro de salud de Gran Capitán del Distrito Sanitario Granada y estudiar el grado de concordancia diagnóstica entre el diagnóstico de sospecha emitido por el médico de familia y el diagnóstico final, si el paciente ha precisado ser derivado al hospital.

Diseño: Estudio Descriptivo Transversal.

Emplazamiento: UGC de Atención Primaria Urbana.

Material y Método: Se analizan las 222 ecografías realizadas y registradas en el libro de ecografías durante el año 2009.

Variables analizadas:

Tipo de ecografía: obstétrica, abdominal, locomotor, tiroides, escroto y otras.

Hallazgos encontrados en la ecografía.

Diagnóstico final.

Coincidencia con el diagnóstico final.

Resultados: Tipo de ecografía realizada: Obstétrica 108, Abdominal 87, Locomotor 15, Tiroides 5, Cuello 3, Escroto 2, Otras 2. Se encontraron hallazgos en 53 de las 114 ecografías no obstétricas realizadas (46,49%). De las 53 ecografías con hallazgos 27 tuvieron valoración hospitalaria existiendo concordancia diagnóstica en 23 (85,18%). De las 48 ecografías sin hallazgos 9 fueron valoradas en el hospital existiendo concordancia diagnóstica en 8 (88,89%). Del total de 36 ecografías con valoración hospitalaria hubo concordancia en 31(86,11%).

Conclusiones: La Ecografía como método diagnóstico en atención primaria permite el diagnóstico de un importante número de hallazgos patológicos, y descartar patología en otro gran porcentaje de pacientes.

Los médicos de familia con formación en ecografía pueden realizar diagnósticos de presunción acertados en un alto porcentaje de las ocasiones, con alta concordancia con el diagnóstico definitivo.

Palabras Clave: Ecografía, Atención Primaria, Concordancia diagnóstica.

COMUNICACIÓN ORAL

Control metabólico y complicaciones cardiovasculares en pacientes con DM-2 en Atención Primaria

Cañete Bermúdez J¹, Vegas Sánchez M², Bueno Fonseca J², García Fernández D¹

¹ CS Carranque, Málaga

² CS El Palo, Málaga

Título: Control metabólico y complicaciones cardiovasculares en pacientes con DM-2 en atención primaria.

Objetivos: Conocer el grado de control metabólico y las complicaciones cardiovasculares tardías en pacientes con DM tipo 2 atendidos en atención primaria.

Diseño: Estudio epidemiológico descriptivo transversal multicéntrico. Muestreo aleatorio simple por bloques.

Emplazamiento: Dos centros de salud urbanos del distrito sanitario Málaga.

Material y Método: Pacientes registrados en el programa de diabetes. 132 pacientes, 66 por cada centro.

Medición de valores clínicos (IMC, TAS y TAD), valores analíticos (glucemia basal, perfil lipídico, HbA1c) y complicaciones cardiovasculares tardías (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y deterioro renal). Como referencia: objetivos ADA 2009. Comparación de grupos: Chi², variables cualitativas, y t - Student, variables cuantitativas. Nivel de significación 0,05.

Resultados: La media de edad es de $66,65 \pm 11,57$ años y el 51,5% son mujeres. El 41,7% tiene una hemoglobina glicosilada satisfactoria, el 12,9% un IMC controlado, el 26,3% un LDL en rango, el 30,3% una TAS correcta y el 22% presenta cardiopatía isquémica. La comparación entre ambos centros solo muestra un mejor nivel de control de TG (p 0,05) a favor de El Palo (60,6%) frente a Carranque (43,9%) y una menor aparición de ECV (p 0,015) también a favor de El Palo (3%) frente a Carranque (15,2%). En la comparación entre sexos observamos diferencias significativas en el control de CT (50% controlado en hombres, 30,9% en mujeres, p 0,025), de TG (60,9%, 44,1% p 0,05) y de HDL (67,2%, 86,8% p 0,007).

Conclusiones: El control metabólico de los pacientes es mejorable. Menos de 1 de cada 2 pacientes con DM atendidos en atención primaria presenta un control glucémico adecuado. No hay grandes diferencias entre ambos centros de salud. En la comparación por sexos, mejores cifras en el grupo de los hombres.

Palabras Clave: Control metabólico, Diabetes mellitus, Complicaciones cardiovasculares.

COMUNICACIÓN ORAL

3 años acompañando la soledad

De Los Riscos Mateos EM^{a1}, Diz González D², Santa Cruz Bellet C³, Agrela Torres SL¹, Gómez Narváez Y⁴, Rey Martín AE¹

¹ Médico de Familia. CS Trinidad-Jesús Cautivo. DS Málaga

² Médico Residente de Familia. CS Trinidad-Jesús Cautivo. DS Málaga

³ Trabajadora Social. CS Trinidad-Jesús Cautivo. DS Málaga

⁴ Enfermera Gestora de Casos. CS Trinidad-Jesús Cautivo. DS Málaga

Título: 3 años acompañando la soledad.

Objetivos: Difundir el Proyecto ACOMPAÑANDO LA SOLEDAD. Evaluar resultados del primer trienio de funcionamiento.

Diseño: Descriptivo, transversal, retrospectivo y de satisfacción.

Emplazamiento: CS urbano con zona necesitada de transformación social.

Material y Método: Periodo: Enero 2007-Enero 2010. Población: 103 ancianos frágiles en riesgo social/año. Voluntarios captados desde asociaciones y convenio con Universidad, evaluados por entrevista semiestructurada y plan formativo impartido por profesionales del centro de salud (CS). Registros del proyecto y DIRAYA. Variables cuali-cuantitativas y encuestas de satisfacción. Estadística descriptiva.

Resultados: 3 años consecutivos de funcionamiento. Inclusión reglada de 10 voluntarios/año conforme a ley 7/2001. 16 actividades en función de aptitudes, disponibilidad y cualificación de voluntarios: desde pasear hasta sustituir al

cuidador. 54 ancianos beneficiados, con media anual de 18 ancianos/2 atenciones semanales/2 horas. 11232 horas de asistencia a ancianos por voluntarios (donación horaria de voluntarios equivalente a 56160 euros). Alto nivel de satisfacción en encuestas de ambos colectivos. 4 cursos de formación (24 horas de docencia). El Programa ha recibido reconocimientos científicos: La Agencia Pública de Calidad lo ha destacado como gran fortaleza.

Conclusiones: Programa socialmente relevante con 3 años de inclusión de voluntarios como grupo de participación comunitaria en cuidados de ancianos, de forma altruista. Esta iniciativa vincula selección, formación y asignación de voluntarios a un proyecto basado en criterio científico y fomentado por la administración pública. Alta satisfacción y compromiso de voluntarios, ancianos y profesionales. Iniciativa pionera en nuestro ámbito. Nos estimulan los resultados, el incremento en cobertura y los reconocimientos por organismos de la Sanidad Pública Andaluza.

Palabras Clave: Voluntary Workers, Community action, Elderly care.

COMUNICACIÓN ORAL

Sensibilidad a la insulina en pacientes en tratamiento esteroideo prolongado

Pagola De Las Heras C¹, Santana Gallego M², Ortega Carpio A³, Farauste Rodríguez C⁴, Romero Ruiz B⁵, Arias Fortes E⁶

¹ Mir 4º MFyC, CS Torrejón (Huelva)

² MFyC, CS Gibraleón (Huelva)

³ MFyC, CS Torrejón (Huelva)

⁴ MFyC, Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva)

⁵ MFyC, CS Punta Umbría (Huelva)

⁶ MFyC, Torrejón (Huelva)

Título: Sensibilidad a la insulina en pacientes en tratamiento esteroideo prolongado.

Objetivos: Evaluar la utilidad del HOMA (homeostasis model assessment) para determinar la sensibilidad a la insulina en pacientes corticodependientes.

Diseño: Estudio multicéntrico descriptivo transversal con grupo control.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método: Población a estudio: 59 Pacientes en tratamiento esteroideo prolongado (7.5 mg prednisona o equivalente >3 meses).

Grupo control de alto RCV: 61 Pacientes sin tratamiento esteroideo los doce meses previos incluidos en el PAI pluripatológicos.

Grupo control de bajo RCV: 50 pacientes sin FRCV conocidos.

Determinamos el RCV según Framingham, la HbA1c para evaluar el control metabólico y el HOMA-S para estimar la sensibilidad a la Insulina. Se consideró resistentes a los pacientes con HOMA-S < 25%.

Resultados: El RCV de los corticodependientes (11,63%) fue intermedio entre los de alto (17,95%) y bajo riesgo (1,88%) [p<0,001], con un menor porcentaje de diabéticos en el grupo de corticodependientes (31,7%) que en el de pluripatológicos (49,2%) [p<0.05]. En cambio, el porcentaje de pacientes resistentes a la Insulina fue mayor en los corticodependientes (37,3%) que en los controles pluripatológicos (27,9%) y de bajo riesgo (10%) [p<0.005], aunque la sensibilidad media fue similar en los tres grupos. El control metabólico fue similar en el grupo de corticodependientes (6,53%) y de alto riesgo (6,52%), y en ambos peor que en los de bajo riesgo (5,15%) [p<0,001]. El peor perfil de sensibilidad a la insulina y control metabólico se acentuó en los pacientes diabéticos corticodependientes.

Conclusiones: El HOMA es un método sencillo para determinar la sensibilidad a la insulina en pacientes corticodependientes. Desde un punto de vista metabólico estos pacientes se comportan como un grupo de alto RCV no identificable según criterios clásicos.

Palabras Clave: homeostasis model assessment, glucocorticoids, insulin resistance.

COMUNICACIÓN ORAL

Influencia de los determinantes de desigualdad social en la utilización de recursos sanitarios en pacientes con diabetes tipo 2

Soto Clemente JA¹, Márquez Clemente C², Martínez Martínez, M³T³, Fernández Gamaza M⁴, Rodríguez Cerezo R⁵, Pascual de la Pisa B⁶

¹ Médico De Familia. UGC Isla Mayor, Sevilla

² Enfermero. Unidad De Investigación, Distrito Sanitario Aljarafe, Camas (Sevilla)

³ Enfermero. UGC Sanlúcar La Mayor, Sevilla

⁴ Médico De Familia. UGC Bormujos, Sevilla

⁵ Enfermería. UGC Pilas, Sevilla

⁶ Médico De Familia. Unidad De Investigación, Distrito Sanitario Aljarafe, Camas (Sevilla)

Título: Influencia de los determinantes de desigualdad social en la utilización de recursos sanitarios en pacientes con diabetes tipo 2.

Objetivos: La literatura científica relaciona los determinantes de desigualdad social (DDS) con la utilización de recursos sanitarios en personas de diabetes tipo 2 (DM2). Pretendemos conocer la influencia de DDS en el número de consultas registradas en Atención Primaria (AP).

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: Multicéntrico.

Material y Método: Sujetos: adultos diagnosticados de DM2. Criterios de exclusión: ausencia de consentimiento informado. N= 449 sujetos (alfa=5%; beta=80%; p1=50). Muestreo aleatorio simple. Variable resultado: Número de consultas registradas en diraya a medicina y enfermería durante 2009. Variables independientes: género, edad, estado civil, nivel educativo, clase social, ocupación, ingresos económicos. Métodos de medición: entrevista presencial estructurada, historia clínica digital. Análisis es-

tadístico: univariante y bivariante según variables.

Resultados: Se incluyeron 454 sujetos (54,2% eran hombres); la edad media fue 67,48 años (IC 95% 66,58 a 68,38) sin diferencias por género; 75,2% estaba casado; 60,4% no tenían estudios y el 28,1% estudios primarios; la media de ingresos fue 1.129,30 euros mensuales/sujeto (IC 95% 1.046,74 a 1.211,86); 71,7% era jubilado. La media de visitas fue 10,47/año (IC 95% 9,72 a 11,22), siendo superiores en las mujeres, en mayores de 65 años y casados (p<0,05).

Conclusiones: Los estudios realizados fuera de España relacionan el bajo nivel socioeconómico con la infrautilización de los servicios sanitarios. Esto no se corrobora en nuestro estudio, probablemente por el tipo de sistema sanitario. Recomendamos la valoración de los DDS en la DM2, como medida de vigilancia en el acceso a los recursos, la calidad de los cuidados, el apoyo social y los recursos comunitarios.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus type 2, Health Services Accessibility, Socioeconomic factors.

COMUNICACIÓN ORAL

Atención integral al paciente en programa de metadona en Atención Primaria

Mayoral Sánchez J¹, Suárez García M², Porras Martín P¹

¹ Médico De Familia. CS La Candelaria, Sevilla

² Enfermero. CS La Candelaria, Sevilla

Título: Atención integral al paciente en programa de metadona en Atención Primaria.

Objetivos: Mejorar la salud de este colectivo con intervenciones que permitan prevención, diagnóstico y seguimiento de sus patologías, utilizando el servicio de dispensación de metadona (PM).

Diseño: Estudio de intervención antes-después

Emplazamiento: Centro de Salud urbano con población asignada, de 21.669 habitantes.

Material y Método: Se seleccionan todos los pacientes del PM en 2007; iniciamos realización de serologías y priorizamos vacunación y citologías. Ofertamos atención clínica por médico y enfermero en mismo acto de dispensación de metadona.

Las variables consideradas son: edad, sexo, marcadores serología Hepatitis, Sífilis, VIH, resultados de citología, cobertura de vacunaciones, mantoux.

Comparamos resultados antes y después de cada intervención.

Resultados: Serologías conocidas al inicio, 23%; en 2009, 76% del total.

Vacunación de Hepatitis B: En 2007 cobertura del 63.63 % del total de susceptibles; en 2008 ampliamos al 72.5% y al 74% en 2009. Realizamos estudios de contactos en Hepatitis B crónica y derivaciones al Servicio de Hepatología para valorar tratamiento (Hepatitis B y C).

En 2008 se realizan Citologías al 52% de mujeres y al 72% en el año 2009, con atipias celulares/ lesión de alto grado en el 23% e infecciones en el 29.4% del total.

La vacunación antitetánica en el último año logra cobertura del 84.13%.

Todos los casos de TBC y Sífilis detectados han finalizado tratamiento, directamente observado en el 75% del total.

Conclusiones: Es efectivo dirigir el programa como medio para disminuir desigualdades en salud de este colectivo

Palabras Clave: Methadone, Primary health Care, Prevention.

COMUNICACIÓN ORAL

¿Están polimedificados los pacientes en tratamiento con anticoagulantes?

Quesada Fernández TM^a, Sánchez Linares LM^a, Vega Jiménez M^aA, Fernández-Fígares Montes C, de Pablo Molina J, Morales Naranjo J

Medicina Familia. CS Victoria, Málaga

Título: ¿Están polimedificados los pacientes en tratamiento con anticoagulantes?

Objetivos: Conocer si existe polimedicación en los pacientes anticoagulados, motivo de anticoagulación y patologías concomitantes.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano (24.000 habitantes).

Material y Método: Sujetos de estudio: Total de pacientes incluidos en programa de anticoagulación oral en los últimos 5 años.

Fuente de datos: Historia digital Diraya.

Variables: Edad, sexo, causa de anticoagulación, HTA, diabetes, dislipemia, tabaquismo, obesidad, presencia cardiopatía isquémica (CI), accidente cerebrovascular, cifras tensión arterial, perfil lipídico, índice de masa corporal (IMC), número de fármacos utilizados.

Resultados: Total pacientes 211. Edad media 71.16; rango 16 a 93; menores de 60, 12.8%, 60 a 69, 23.7%, 70 a 79, 37.44%, más de 80, 26.06%. Sexo: hombres 42.18%, mujeres 57.82%. Causa de TAO: FA 26.40%, ACV 11.85%, TVP 6.16%, TEP 3.32%, Prótesis valvular 8.53%, IAM 1.42%, WPW 0.47% y no consta 11.85%. HTA 78.77%, diabetes 35.54%, dislipemia 26.54%, fumadores 10.43%, obesidad 13.74%, no registro 67.77%, CI 22.75%, ACV 19.91%, TAS 133, TAD 75, colesterol total 198mg/dl, HDL 48 mg/dl LDL 122mg/dl, triglicéridos 152 mg/dl. IMC 29.3, no consta en 69.19%. Número de fármacos utilizados: media 7.18.

Conclusiones: Existe una polimedicación superior a 7 fármacos. La causa más frecuente de anticoagulación es la FA. La patología más prevalente es la HTA con más del 75%. Sería necesario realizar una revisión del tratamiento en estos pacientes y valorar interacciones medicamentosas.

Palabras Clave: Polimedificados, Anticoagulación, Atención Primaria.

COMUNICACIÓN ORAL

¿Están bien tratados nuestros pacientes diabéticos?

Sánchez Linares LM^a, Quesada Fernández TM^a, Vega Jiménez M^aA, Fernández-Fígares Montes C, Morales Naranjo J, Domínguez Santaella M

Medicina Familia. CS Victoria, Málaga

Título: ¿Están bien tratados nuestros pacientes diabéticos?

Objetivos: Analizar el tratamiento y el grado de control de los pacientes diabéticos seguidos en el Centro de Salud.

Diseño: Estudio descriptivo, muestreo aleatorio sistemático por conglomerados (cupos).

Emplazamiento: Pacientes diabéticos, CS urbano.

Material y Método: Población diana: total de diabéticos 1428 diabéticos (5.97%). Fuente de datos: Historia digital DIRAYA. Variables: edad, sexo, tipo de diabetes, Hemoglobina glicosilada (HbA1c), cifras de lípidos, índice de masa corporal (IMC), tensión arterial, enfermedades asociadas, hábitos, medicación y número total de fármacos utilizados.

Resultados: Pacientes a estudio 158. 51.3% mujeres. Edad media 66.8 años, DM Tipo I, 1.8%. DM tipo II tratados con antidiabéticos orales (ADO), 69% y ADO más insulina, 10.1%. HbA1c menor de 7%, 44.30. Colesterol LDL menor de

100, 18.98%. Triglicéridos menor de 150, 47.46%. IMC media 31.26%, HTA 80.37%. Cardiopatía 31% nefropatía 10,8%, retinopatía 10.1%, vasculopatía periférica 14.6%, ACV 7%. Fumadores 16.45%. Metformina 57.6%. Sulfonilureas 31.6%, insulina 19.65%. IECA 34,8%, ARA II 35.4%, diuréticos 44.3%, Betabloqueantes 19.6%, Calcioantagonistas 21,5%, estatinas 51.9%. AAS 46.8%, Gastroprotección 56,3%, n° de fármacos 7.21 de media.

Conclusiones: Los antidiabéticos más utilizados son la metformina y las sulfonilureas.

Los fármacos utilizados para la HTA se encuentran dentro de las recomendaciones actuales: IECA y ARA II (1° escalón) diuréticos (2° escalón) y calcioantagonistas y betabloqueantes (3° Escalón).

Escasa utilización de antiagregación.

Casi la mitad de los diabéticos están bien controlados y existe un bajo control del perfil lipídico.

Palabras Clave: Atención primaria, Diabetes mellitus, Tratamiento.

COMUNICACIÓN ORAL

Implantación de la unidad de tabaquismo en Atención Primaria

Frías Rando JG, Martín Ruiz M^ªC, Salas Samper F, Anés Iñiguez M, Corres Pérez I, Triviño Núñez A

UGC la Carihuela. Torremolinos. Málaga

Título: Implantación de la unidad de tabaquismo en atención primaria.

Objetivos: La experiencia adquirida en la implantación de nuestra Unidad de Tabaquismo nos permite exponer ésta para que pueda servir de guía a otros centros en la incorporación de éste programa para disminuir la incidencia y la prevalencia del tabaquismo de la población adscrita al centro.

Diseño: Se establecen tres fases para su implantación: FASE DE ANALISIS, se estudia los recursos humanos necesarios para asumir el programa, temporización de las sesiones de tabaco, espacios necesarios para el desarrollo del mismo, material necesario, Se crea un circuito interno, se desarrolla los objetivos, se establece los criterios de derivación a la Unidad de Tabaquismo, se diseña los impresos a utilizar: Historia, hoja de derivación, recomendaciones, técnicas de relajación, cartelería de identificación de la Unidad de Tabaquismo, etc. y planificación de la agenda de reuniones con el resto de los profesionales del centro, FASE DE EJECUCIÓN, se inicia la planificación previa y FASE DE CONSOLIDACIÓN, donde se establece dos funciones propias: una función docente e investigadoras

en función a los datos obtenidos en las respectivas sesiones.

Emplazamiento: Centro de Salud

Material y Método: Población adscrita al centro: fumadores con cardiopatía isquémica; fumadores con HTA; fumadores con arritmias cardiacas; fumadores con enfermedad vascular; EPOC; fumadores que después de haber realizado dos o tres intentos serios de abandono, correctamente tratados por profesionales sanitarios no hayan logrado dejar de fumar.

Resultados: La planificación previa a la implantación nos ha permitido realizar grupos avanzados para la deshabitación tabaquica de forma dinamica, que favorece finalmente la realización de nuestro trabajo.

Conclusiones: La experiencia adquirida por nuestro centro en la implantación de una Unidad de Tabaquismo nos anima a presentarla en éste foro para su difusión y nuestro deseo que pueda ser de utilidad a otros centros que se encuentran en el inicio del mismo.

Palabras Clave: Smoking, Prevention, Tobacco.

COMUNICACIÓN ORAL

Evaluación de un programa de intervención sobre el exceso de peso y el sedentarismo en Atención Primaria

Pulido Vázquez C¹, Cabo López A², García Vertedor CB², Cañete Vargas M³I³, Vázquez Alarcón R², García Gálvez I⁴

¹ Médica de Familia. CS El Palo. Málaga

² Residente de Medicina de Familia. CS San Andrés Torcal. Málaga

³ Residente de Medicina de Familia. CS Teatinos. Málaga

⁴ Educadora Social. PROSA. Málaga

Título: Evaluación de un programa de intervención sobre el exceso de peso y el sedentarismo en atención primaria.

Objetivos: Evaluar la reducción de peso a corto, medio y largo plazo de personas con IMC >25 incluidas en un programa de tratamiento de la obesidad en Atención Primaria.

Diseño: Estudio cuasiesperimental (pretest-postest de seguimiento, sin grupo control).

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: Desde 6/2008 se ofrece a pacientes con IMC >25 que demandaron perder peso, un programa con intervención individual (prescripción de dieta con seguimiento mensual), grupal (grupos educativos una vez al mes) y comunitaria (actividad física dirigida 1-2 veces por semana). 140 participantes incluidos. Variable de respuesta: % de reducción de peso a los 3, 6 y 12 meses. Análisis uni y bivalente, estadístico Chi²,

variables de control: sexo, edad, peso inicial, talla, comorbilidades asociadas y seguimiento del programa. Análisis por intención de tratar.

Resultados: El porcentaje de pacientes con pérdidas de peso superiores al 5% del peso inicial se incrementa con el tiempo de tratamiento: 3 meses 33.3% (IC95% 21-48), 6 meses 44.8% (IC95% 27-64), 12 meses 77.7% (IC95% 40-96). El fenómeno se repite cuando se consideran pérdidas superiores al 10%, llegando al 44.4% (IC95% 15-77) de los pacientes tratados a los 12 meses de seguimiento.

Conclusiones: Nuestro programa de intervención sobre la obesidad y el sedentarismo en Atención Primaria puede proporcionar pérdidas de peso al año significativas en términos de beneficios para la salud y comparables a otros programas del mismo ámbito en Europa.

Palabras Clave: Obesity, sedentary lifestyle, program evaluation.

COMUNICACIÓN ORAL

Implantación del proceso asistencial integrado “ansiedad, depresión, somatizaciones” en Andalucía

Cintado Sillero M^aC¹, Daryanani J¹, Ropero Gallardo V², González Villalba A³, Pulido Vázquez C⁴, Aranda Regules JM⁵

¹ Residente de Medicina de Familia. CS San Andrés Torcal. Málaga

² Enfermera. CS San Andrés Torcal. Málaga

³ Psicóloga. Área de Salud Mental Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

⁴ Médica de Familia. CS El Palo. Málaga

⁵ Médico de Familia. CS San Andrés Torcal. Málaga

Título: Implantación del proceso asistencial integrado “ansiedad, depresión, somatizaciones” en Andalucía.

Objetivos: Estudiar la implantación del Proceso de Atención Integrado Ansiedad, Depresión, Somatizaciones (PAIADS) en Centros de Salud (CS).

Diseño: Estudio transversal descriptivo.

Emplazamiento: Todos los CS y Unidades Salud Mental (USMC) de Andalucía.

Material y Método: Encuesta telefónica (remisión previa por correo electrónico y contacto telefónico personal) a responsables de salud mental (SM) (o en su defecto directores) de CS y coordinadores de USMC. Variables dependientes: elementos del modelo colaborativo y satisfacción de profesionales. Variables independientes: características de los Centros. Análisis uni y bivariantes con estadístico Chi² (paquete informático SPSS).

Resultados: Respuesta en CS 68.9%, en USMC 78.9%, sin diferencias según provincia o distri-

to. Existe alguna aplicación del PAIADS en 96.9% de los CS (excelente 6.5%). Por componentes: responsable SM en CS 35%, responsable del CS en USMC 47.1%; filtro derivaciones en CS 16.5%; desplazamientos periódicos USMC a CS 45.1%; consulta conjunta en CS 25%; sesiones conjuntas 37,4%; informes desde USMC 92.7%; protocolos conjuntos 31%. La variable que más explica la implantación es la inclusión de objetivos del PAIADS en el Contrato Programa (10.7%). La satisfacción de los CS (buena/excelente 53.3%) está relacionada con la aplicación de los componentes del proceso. En USMC (buena/excelente 58.6%) con existencia de responsable en CS y con calidad de derivaciones.

Conclusiones: El PAIADS tiene una escasa penetración en las instituciones a pesar de la satisfacción que provoca en los profesionales que lo ejecutan. Si se desea extender deberían incluirse objetivos específicos en todos los Acuerdos de Gestión.

Palabras Clave: Mental health, collaborative practice, primary care.

COMUNICACIÓN ORAL

La participación ciudadana como herramienta de gestión

Torres Moreno S¹, Bayona García M², Cortes Gallardo J³, Peña Martín P⁴, Carrión Ramos R⁴, Ruiz Aragón R⁴

¹ Médico EBAP-UGC Los Boliches-Fuengirola

² Gerente DS Costa del Sol-Fuengirola

³ Médico EBAP-UGC Las Lagunas

⁴ Médico EBAP-UGC Los Boliches

Título: La participación ciudadana como herramienta de gestión.

Objetivos: Compartir la experiencia de la Participación Ciudadana como herramienta de Gestión en una Unidad de Gestión clínica en Atención Primaria.

Diseño: Captación de los candidatos a la comisión. Propuestas de mejora, realización de las mismas y acciones pendientes.

Emplazamiento: Unidad de Gestión Clínica Urbana.

Material y Método: UGC Con cobertura a 33000 usuarios en zona urbana con población de diferentes nacionalidades. Se seleccionaron 10 participantes para la comisión, paridad, nivel cul-

tural medio, compromiso y la no pertenencia a asociación establecida.

Resultados: La comisión propuso mejoras en el Confort del Centro, Eficiencia energética y demandas de Educación para la Salud entre otros. En posteriores reuniones se evaluaron la implementación de las propuestas previas y se introdujeron nuevas.

Conclusiones: La participación ciudadana es una herramienta de gran valor en la gestión de las Unidades Clínicas. Nos ha sorprendido que las preocupaciones de los ciudadanos distan mucho de lo que los gestores pensábamos eran sus prioridades, como la accesibilidad o cartera de servicios...en lugar de lo expuesto en los resultados.

Palabras Clave: Ciudadanos, Experiencia, Gestión.

COMUNICACIÓN ORAL

Análisis del programa de detección precoz de retinopatía diabética en Atención Primaria

Rincón Rodríguez F¹, Cámara Lima R², Luque López M³C², Pavón Mata JM¹, Simón Prados I¹, Giménez Ribeiro AI²

¹ Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Albarizas. Marbella (Málaga)

² Médico de Familia. CS Las Albarizas. Marbella (Málaga)

Título: Análisis del programa de detección precoz de retinopatía diabética en Atención Primaria.

Objetivos: valoración de las retinografías realizadas dentro del programa de detección precoz de retinopatía diabética.

Diseño: estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: Población; pacientes diabéticos tipo II con retinografía midriática realizada en 2009.

Parámetros de estudio; edad, sexo, año de diagnóstico, tratamiento, niveles de HbA1c, nefropatía y hábito tabáquico, diagnóstico retinográfico, derivaciones realizadas a consulta de oftalmología.

Fuente de datos; programa Diraya y registro específico de consulta.

Análisis estadístico; programa informático SPSS.

Resultados: 360 retinografías realizadas, el 51.3% son varones. Edad media de 62.57±11.25 años. Diagnóstico retinográfico: retinopatías diabéticas 10.2%, no diabéticas 5.9%, normales 73.7%. Derivaciones realizadas a oftalmología 10.2%. El tiempo medio de diagnóstico de Diabetes Mellitus es 8.05±6.60 años. La media de HbA1c, 7.4 ±1.61 mg/dl. El 10.9% presentan nefropatía y el 20.9% hábito tabáquico. El 76% están en tratamiento con antidiabéticos orales de los cuales el 9.1% presentan Retinopatía Diabética, sin diferencias en cuanto a sexo.

Conclusiones: La implantación del programa de retinografía en atención primaria mejora la accesibilidad del paciente a la valoración oftalmológica periódica y favorece la comunicación y coordinación interniveles. Acorta los tiempos diagnósticos de retinopatía diabética incipiente y permite detectar pacientes susceptibles de modificación de tratamiento.

Palabras Clave: diabetes mellitus type 2 (diabetes mellitus tipo 2), primary health care (atención primaria), diabetic retinopathy (retinopatía diabética).

COMUNICACIÓN ORAL

Deshabitación tabáquica en mujeres embarazadas

Ocete Alcalde M^ªI¹, Cortés Valverde AI², Barahona del Moral M^ªA², Ortega Martín E³, Bolivar Galiano V⁴, Vasco Roa M^ªT⁵

¹ MFyC UGC Gran Capitán. Granada

² MIR 4^º año MFyC Gran Capitán

³ Matrona. Gran Capitán. Granada

⁴ Pediatra. UGC Gran Capitán

⁵ MIR 2^º año MFyC UGC Gran Capitán. Granada

Título: Deshabitación tabáquica en mujeres embarazadas.

Objetivos: Conocer las características de las mujeres embarazadas fumadoras y evolución de su hábito. Cuántas cesan al conocer su estado y por intervención mínima. Permanencia tras el parto. Diferencias entre fumadoras y no fumadoras

Diseño: Estudio poblacional observacional, con recogida retrospectiva de datos en 2009.

Emplazamiento: ZBS de Atención Primaria.

Material y Método: Tabaquismo. Cesación de hábito en el embarazo y características diferenciales.

Resultados: Del total de 269 embarazadas, un 20% eran fumadoras, un 54,7% abandonó el hábito. En 81% cesó una vez que se enteró que estaba embarazada en un 11.5% tras intervención mínima en la primera visita. No abandona el

hábito un 45.3%. De las que se deshabituaban en un 50% no vuelven a fumar tras el parto, un 50% vuelve en los meses posteriores. En las mujeres fumadoras parecen ser indicativas variables como el nivel cultural, que en un 30% el embarazo no era buscado, Un 14% no tenían pareja. Se asociaba a ansiedad en un 14%. El porcentaje es menor para todos los casos en no fumadoras. En las que no han dejado de fumar hay diferencias en el porcentaje de mujeres sin pareja mayor en las que no dejan el hábito de un 30% y en la asociación de ansiedad en un 18%.

Conclusiones: El porcentaje de mujeres embarazadas fumadoras que no cesan su hábito es alto aunque inferior a nivel nacional. Como área de mejora la intervención mínima en la primera visita y mantener el cese tras el parto. En las mujeres que no cesaron su hábito parece evidenciarse un aumento del porcentaje de mujeres sin pareja y mayor asociación de ansiedad.

Palabras Clave: Tobacco dependency, Pregnancy, Social and economic factors.

COMUNICACIÓN ORAL

Estudio controlado de utilidad de la intervención grupal mediante técnicas de relajación en la reducción de la ansiedad

García Paine JP¹, Paz Galiana J², Calleja Carton LA², Acero Guash N³, Burgos Varo M^aL⁴, Canalejo Echeverría A⁵

¹ MIR 2º año MFyC. CS El Palo. Málaga

² MIR 1er año MFyC. CS El Palo. Málaga

³ Médico de Familia. Málaga

⁴ Trabajadora Social. CS El Palo. Málaga

⁵ Médico de Familia. CS El Palo. Málaga

Título: Estudio controlado de utilidad de la intervención grupal mediante técnicas de relajación en la reducción de la ansiedad.

Objetivos: Evaluar la utilidad de talleres grupales de técnicas de relajación y cognitivas realizados en un centro de salud.

Diseño: Descriptivo longitudinal: evaluación pre-post intervención. En 2009 se incluyen mediciones de un grupo control en lista de espera.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método: Criterios selección: Personas con trastornos de ansiedad, derivadas de consulta médica, enfermería, trabajo social o salud mental.

Sujetos: Pacientes que realizan los talleres entre octubre 1997 y mayo 2010 (cobertura eficaz asistencia 80% sesiones), (N=213).

Intervenciones: Taller grupal (10-12 personas) con sesiones semanales (8 sesiones, duración 2 meses), dirigidas por la trabajadora social del centro, incluyendo entrenamiento en respiración, técnicas de relajación (relajación progresiva de Jacobson y entrenamiento autógeno de Schultz) y técnicas cognitivas (enfrentamiento de estrés y resolución de problemas).

Mediciones: Edad, sexo, motivo participación y psicofármacos. Se compara la puntuación de Escala de Ansiedad Depresión de Goldbeg (EADG)

en lista de espera (en 31 pacientes), pre y post-intervención mediante T Student para muestras apareadas y Test no paramétricos (Wilcoxon) para muestras apareadas en grupo comparación-control lista de espera, alfa 0.05.

Resultados: Se incluyen 213 pacientes, 85'55% son mujeres; edad media 48'5 años (desviación estándar 12'86); motivos para realizar el taller: Ansiedad 65'21% Intervalo Confianza 95%(58'61-71'54), síntomas somáticos 8'43% (4'81-12'42), cuidadores 7'27% (3'68-10'68). El 54'32% toma psicofármacos, sin diferencias en las puntuaciones de la EADG pre y post intervención respecto al grupo sin tratamiento. El descenso medio de ansiedad pre-post intervención en la EADG es de 3'15 puntos (2'85-3'45) ($p < 0'001$) en escala subescala ansiedad y de 2'26 puntos (1'99-2'54) ($p < 0'001$) en subescala depresión. Evolución de medias EADG (pre, postintervención inmediata, postintervención tardía): Subescala Ansiedad: 6.14-5.86-1.89 Subescala Depresión: 3.18-3.86-1.16 (diferencias estadísticamente significativas). En 31 pacientes en lista de espera la diferencia media EADG fue -0.42 en ansiedad y +0.27 en depresión (NS) respecto a la medición pretaller.

Conclusiones: Los talleres de técnicas de relajación pueden ser útiles en la reducción de la ansiedad y la depresión en atención primaria.

Palabras Clave: técnicas de relajación (relaxation techniques), trastornos de ansiedad (anxiety disorders), atención primaria (primary health care).

COMUNICACIÓN ORAL

Frecuentación en urgencias en una zona de transformación social

Jiménez Alonso E, Moratalla Cecilia N, Gregorio Arenas EM^a, Sarmiento Estévez J, Castillo Bueno HM^a, Jimena Osuna RM^a

Centro de salud de Pinos Puente (Granada)

Resumen: Frecuentación en urgencias en una zona de transformación social.

Objetivos: Conocer la diferencia en la frecuentación a urgencias entre los usuarios de la zona de transformación social (ZTS) y los que no lo son; la patología más frecuente en ambos grupos y las variables que más influyen en la frecuentación.

Diseño: Estudio Transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud rural.

Material y Método: población: 17.722 usuarios de zona básica de salud.

Muestra: 2.745.

Sujetos de estudio: usuarios que acuden a urgencias octubre-noviembre 2008.

Variable dependiente: frecuentación a urgencias.

Análisis estadístico: descriptivo.
bivariante t student
multivariante regresión lineal

Resultados: de cada 100 habitantes de ZTS el 38,8% acudió al menos una vez a urgencias. De

cada 100 habitantes de no ZTS 11,02% acudió al menos una vez a urgencias.

Patologías más frecuentes:

- aparato respiratorio asistencias=391, ZTS=22,5%, noZTS=77,5%

- lesiones y envenenamiento asistencias=285, ZTS=30,2%, noZTS=69,8%

- trastornos digestivos asistencias=245, ZTS=33,5%, noZTS=66,5%

De los pacientes que han acudido a urgencias la media de frecuentación ha sido: ZTS=1,59, noZTS=1,2(p=0,000)

Además las variables que influyen en la frecuentación son:

- hipertensión: beta=0,42

- diabetes: beta=0,38

Conclusiones: El pertenecer a ZTS, ser diabético y/o ser hipertenso determina una mayor frecuentación al servicio de urgencias.

Palabras Clave: Frecuentación, Zona de Transformación Social, Urgencias.

COMUNICACIÓN ORAL

Validación del nuevo índice pronóstico PROFUND en pacientes pluripatológicos de Atención Primaria (AP)

Bohorquez Colombo P¹, Ortiz Camuñez M^aA¹, Codina Lanaspá A², Quiroga Alonso V³, Bernabeu Wittel M⁴, Ollero Baturone M⁴

¹ MFyC. UGC Camas. Sevilla

² MFyC. UGC La Candelaria. Sevilla

³ MFyC. Los Bermejales. Sevilla

⁴ M. Interna. UGC De M. Interna. H. Virgen del Rocío

Título: Validación del nuevo índice pronóstico PROFUND en pacientes pluripatológicos de Atención Primaria (AP).

Objetivos: El índice PROFUND, desarrollado en 1.632 pacientes pluripatológicos (PPP) de 36 hospitales españoles, predice con alta precisión su mortalidad al año. Consta de nueve variables clínicas (edad \geq 85 años: 3 puntos; cuidador principal distinto de cónyuge: 2, neoplasia activa: 6, demencia: 3, disnea III-IV de la NYHA y/o MRC: 3, delirium en último ingreso: 3, hemoglobine-mia $<$ 10g/dL: 3, Barthel $<$ 60:4, \geq 4 ingresos en el último año: 3). La mortalidad según puntuación fue: 0-2:12-14%; 3-6:21.5-31.5%, 7-10:45-50% y 11 o más: 61-68%. Sin embargo, se desconoce su precisión en PPP de Atención Primaria (PPP-AP).

OBJETIVOS: Validar el índice PROFUND en PPP-AP.

Diseño: Seguimiento durante 1 año de 285 PPP-AP.

Emplazamiento: Dos Centros de Salud.

Material y Método: La precisión del índice se evaluó analizando su calibración (calculando

los cuartiles de riesgo de mortalidad comparativa, y la bondad de ajuste mediante el test de Hosmer-Lemeshow) y su poder discriminativo (mediante curvas ROC y cálculo del área bajo la curva). La precisión se comparó con la obtenida con el índice de Charlson.

Resultados: Edad media 74.5 ± 13 , 51.6% varones. Mortalidad al año: 18.9%. Mortalidad según puntuación: 0-2: 7%, 3-6: 24.7%, 7-10: 31.8%, 11 o más: 33%. La calibración fue buena (bondad de ajuste de probabilidad pronosticada mediante test de Hosmer-Lemeshov, $p=.128$) y el poder discriminativo (área bajo la curva: 0.705) ($p<.0001$). La calibración del índice de Charlson fue subóptima (bondad de ajuste de probabilidad pronosticada mediante test de Hosmer-Lemeshov, $p=.03$) y el poder discriminativo pobre (área bajo la curva 0.53, $p=.57$).

Conclusiones: índice PROFUND mantiene una buena precisión en la estratificación del riesgo de mortalidad al año en poblaciones de PPP de AP.

Palabras Clave: pluripatológico, Atención primaria, Pronóstico.

COMUNICACIÓN ORAL

Conocimiento del manejo de la HTA, glucemias y lípidos en pacientes con ictus por médicos de Atención Primaria de un área rural

Alpanseque Hoogesteyn L¹, Serrano Rodríguez L², Castilla Guerra L³, Balbuena García M³,
Fernández Moreno M³C⁴, Álvarez Suero J³

¹ Residente MFyC. CS de la Puebla de Cazalla (Sevilla)

² Residente MFyC. CS de Estepa (Sevilla)

³ Medicina Interna. Hospital de la Merced. Osuna (Sevilla)

⁴ Neurología. Hospital Virgen de Valme. Sevilla

Título: Conocimiento del manejo de la HTA, glucemias y lípidos en pacientes con ictus por médicos de Atención Primaria de un área rural.

Objetivos: Saber el conocimiento que los MAP de nuestra área poseen sobre el tratamiento de la hipertensión, hiperglucemia y lípidos en pacientes con ictus.

Diseño: Descriptivo Observacional.

Emplazamiento: Multicéntrico.

Material y Método: Encuesta a todos los MAP del área sanitaria de Osuna, área rural en el este de la provincia de Sevilla (España) con una población aproximada de 170.000 habitantes. Las respuestas se valoraron en función de las recomendaciones de la Sociedad Española de Neurología. Posteriormente se compararon los resultados mediante análisis estadístico.

Resultados: Obtuvimos una muestra de 81 MAP. El grupo más numeroso fue el de mayores de 50 años con 30 encuestados (37%), seguidos entre

30 a 40 años, 29 (35,8%), entre 40-50, 20 (24,7%) y menores de 30 años, 2 (2,5%). El número de varones frente a mujeres: 49 vs 32. En la fase aguda del ictus: 44,4% no sabían con qué cifras se debe tratar la hipertensión y el 58,2% no sabía qué antihipertensivo era el recomendado. El 85% de los casos desconocía con qué cifras de glucemia es preciso tratar. En prevención secundaria: 34,5 % no sabía qué cifras eran recomendadas para control de la hipertensión, el 37% las cifras del LDLc y el 6,1% de las glucemias. En el análisis estadístico no hubo diferencias respecto a la edad, sexo, o años de ejercicio profesional (p= N.S.)

Conclusiones: El desconocimiento en el manejo de la hipertensión, glucemia y lípidos en pacientes con ictus por los MAP de nuestra área rural es frecuente, especialmente en la fase aguda. Este desconocimiento es independiente de los años de trabajo. Son necesarias medidas que permitan mejorar estos déficits.

Palabras Clave: Brain Ischemia, Hypertension, Hypercholesterolemia.

COMUNICACIÓN ORAL

Intervenciones para la prevención de accidentes de tráfico en adolescentes

Castelló Losada M^AJ¹, Guardia García R², Tormo Molina J³

¹ Médica de Familia. Alfacar (Granada)

² Psicóloga becaria

³ Médico de Familia. UGC Gran Capitán. Granada

Título: Intervenciones para la prevención de accidentes de tráfico en adolescentes.

Objetivos: 1. Conocer la accidentabilidad de tráfico en los adolescentes.

2. Concienciar y formar en la prevención de accidentes.

Diseño: Estudio descriptivo transversal. Intervención durante dos años.

Emplazamiento: Tres Institutos (IES) de una zona básica de salud (ZBS).

Material y Método: Población: Adolescentes 12-18 años matriculados.

Métodos:

-Análisis incidencia andaluza y provincial accidentes de tráfico en adolescentes (DGT).

-Encuestas a alumnos.

-Intervenciones para la prevención: Intervenciones formativas con alumnos, mediadores, padres, profesores, Ayuntamientos, páginas web, radio local, vallas publicitarias, policía local y acontecimientos públicos.

Resultados: -Sobre accidentes de tráfico:

De 2008 a septiembre 2009, ocurrieron 111 accidentes de tráfico entre los adolescentes de nuestra provincia (cuatro muertes, 44 heridos graves y 102 leves).

El 71% (307) de los adolescentes de nuestra ZBS montan en moto, de los cuales tan sólo el 29% dice usar siempre el casco. Existen diferencias significativas en estos resultados entre sexo y grupo de edad.

El 19% (83) de los adolescentes reconoce haber tenido un accidente a lo largo de su vida, leve (53%), requirió asistencia médica (32%), ingreso hospitalario (9%).

-Sobre Intervenciones:

Intervención formativa múltiple anual en cada curso de los tres IES.

Dos circuitos de educación vial por cada año lectivo.

Dos cursos de RCP básica de atención al accidentado.

Dos encuentros deportivos "por la salud" (partidos, juegos, dibujos, camisetas, premios).

Se formaron once mediadores.

Ocho reuniones con padres/madres.

Se incluye intervención mínima sobre accidentes en clases de tutoría.

Los mediadores participaron en Jornadas andaluzas y Provinciales.

Cuñas publicitarias en radio continuas/diarias y en página Web ayuntamiento. Múltiples vallas publicitarias en calles y centros.

Presencia de policía local en IES.

Conclusiones: Parece factible y necesario trabajar también desde la AP de salud colaborando con múltiples estamentos para prevenir los accidentes de tráfico en esta población tan vulnerable.

Palabras Clave: Adolescentes, Accidentes de Tráfico, Prevención.

COMUNICACIÓN ORAL

Manejo de la osteoporosis postmenopáusica en AP (Atención Primaria)

Castelló Losada M^{AJ}¹, Ocete Alcalde M^{AI}², Cortés Valverde A³, Pedrosa Arias M⁴, Jimenez Liñán R⁵, Tormo Molina J⁶

¹ Médica de Familia. Alfacar (Granada)

² Médica Familia. UGC Gran Capitán. Granada

³ MIR de Medicina de Familia. UGC Gran Capitán. Granada

⁴ Médica Familia. CS Cartuja. Granada

⁵ Médica Familia. CS Cenes. Granada

⁶ Médico Familia. UGC Gran Capitán. Granada

Título: Manejo de la osteoporosis postmenopáusica en AP (Atención Primaria).

Objetivos: Conocer el abordaje de la osteoporosis postmenopáusica en AP:

-Qué criterios se siguen para pedir densitometrías.

-Qué mujeres se tratan farmacológicamente.

-Quién indica la necesidad de tratamiento.

-Qué tratamientos se indican y durante cuanto tiempo.

Diseño: Estudio multicéntrico observacional descriptivo, mujeres en tratamiento farmacológico para la osteoporosis 2010 (muestreo aleatorio estratificado por centros, nivel de confianza 95%, proporción esperada 50%, precisión 4%).

Emplazamiento: 46 consultas médicas, cuatro centros de salud, dos distritos sanitarios.

Material y Método: Variables analizadas en historia informatizada:

- Edad
- Factores de riesgo para osteoporosis (según Guía semFYC-Sego 2005):
- Densitometría realizada

- Resultado densitometría
- Tratamiento prescrito
- Tiempo de tratamiento
- Profesional que asume el estudio y tratamiento (MF/ESP)
- Estadística Descriptiva, Test de la X², Test de Student y Análisis de la Varianza

Resultados: Se estudian 619 mujeres, edad media 69,2 (SD 10,5) (rango 45-92 a.)

Fractura previa por fragilidad 16,9%, fuman 5,3%, peso < 57kg 4,7%, deterioro de la función física 11,9%. Realización de densitometría 32,3%, edad media mujeres con densitometría 67 a. Se confirma osteoporosis densitométrica en 15 casos en cadera y 45 en columna. Hasta un 30% de los tratamientos no son de elección. La media de años de tratamiento fue de 2,5 a. (SD 1,5). El médico de familia asume esta patología en tan sólo 1/3 de los casos. Existen diferencias en todas las variables analizadas por centros.

Conclusiones: Necesitamos profundizar en el correcto manejo de esta patología, basándonos en la evidencia científica y evitando la variabilidad clínica.

Palabras Clave: Osteoporosis postmenopáusica, densitometría, tratamiento.

COMUNICACIÓN ORAL

Riesgo cardiovascular en diabéticos gitanos

Hernández Pérez de la Blanca M^aM¹, Ramírez Robles R¹, Vides Batanero M^aC¹, Berná Guisado C², Cano González JA¹, Castro JA¹

¹MFyC. CS Almanjáyar. Granada

²MFyC. CS Cartuja. Granada

Título: Riesgo cardiovascular en diabéticos gitanos.

Objetivos: Evaluar el riesgo cardiovascular en la población diabética gitana.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Dos centros de Salud Urbanos: Centros de Salud de Almanjáyar y Cartuja (Granada).

Material y Método: 171 diabéticos; Mujeres (M) 91, Varones (V) 80 (50 centro A, total registrados 61; 121 centro B, total registrados 168). Muestra aleatoria simple ampliada debido a infraregistro.

Resultados: Medias: Edad y sexo: M 64, V 56; HbA1 (Hemoglobina glicosilada): M 7,8 , V:7,85,0 no significativo (NS); IMC (índice de masa corporal): M 34,0 , V 33,0 (NS); TAS (tensión arterial sistólica): 133,0 V 133,0(NS) TAD (tensión arterial diastólica): M 77,8 V 80,4 (NS); Co (colesterol total): M 214,4, V 220 (NS);2;

TGC(triglicéridos): M 276,5 IC(237-324), V 351 IC(260,5-424) (NS); RCV (Riesgo cardiovascular): M 18,9 IC(16,7-21,1), V 23,6 IC(20,7-27)(P<0,011); CV (Complicaciones vasculares)17,5% (65% Cardiopatía isquémica). CM (Controles médicos) M 2,8 V 2,9 (NS); CE (Controles de enfermería): M 5,4, V 5,3 (NS). Correlación positiva entre HbA1 y RCV (p 0,026); HbA1 y Co (p 0,048); TGC y RCV (p 0,016). Análisis estadístico con paquete SPSS 15.

Conclusiones: Nuestra población diabética gitana presenta mal control glucémico, son obesos, con cifras de triglicéridos muy elevados y presentan un riesgo cardiovascular elevado. Este riesgo es mayor en aquellos que presentan HbA1 y TGC mas elevados. Las escalas de riesgo no relacionan los niveles de HbA1 con el grado de RVC como encontramos en nuestro trabajo, esto puede ser un tema para futuros estudios.

Palabras Clave: Riesgo cardiovascular, Diabetes, Gitanos.

COMUNICACIÓN ORAL

Aspectos psicopatológicos de un programa de deshabituación tabáquica realizado en un centro de salud

Lamas Carrera J¹, Ruz Franzi I², Oviedo Zampaña R², Navea Tejerina C², Pery Bohorquez T³, Alonso Pino M⁴

¹ Enfermería Comunitaria. CS Olivillo. Cádiz

² Medicina de Familia. CS Olivillo. Cádiz

³ MIR 3er año MFyC. CS Olivillo. Cádiz

⁴ MIR 2º año MFyC. CS Olivillo. Cádiz

Título: Aspectos psicopatológicos de un programa de deshabituación tabáquica realizado en un centro de salud.

Objetivos: Identificación de los rasgos de personalidad y valoración del malestar psíquico, en pacientes que acuden a un programa de deshabituación tabáquica en un Centro de Salud.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Programa de deshabituación tabáquica de un Centro de Salud.

Material y Método: El trabajo fue realizado desde Junio de 2009 hasta Marzo de 2010. Veintiséis pacientes fueron admitidos a estudio. Criterios de inclusión: edad comprendida entre 18 y 70 años de edad; pacientes con criterio dependencia de nicotina (DSM IV-TR). Criterios de exclusión: embarazo y lactancia; cuadros psiquiátricos y somáticos graves. Escalas administradas: 1) cuestionario SCAN para la dependencia a la nicotina; 2) cuestionario psicopatológico SCL 90-R; 3) cuestionario de personalidad de Salamanca. Variables independientes: sexo, edad, hábitos tóxicos previos.

Análisis estadístico: análisis descriptivo varia-

bles, ANOVA y Chi-cuadrado (significación si $p < 0,05$). Paquete SPSS.

Resultados: Edad: 46,2 +/- 8 años. Hombres: 46,2%; Mujeres: 53,8%. Hábitos tóxicos previos: cannabis: 30,8%; cocaína: 15,8%; Sd. dependencia alcohol: 11,5%; Heroína: 3,8%.

Cuestionario personalidad Salamanca: rasgo personalidad (RP) histriónico 59,3%; RP anancástica 48,1%; RP dependiente 44,4%; RP límite 33,3%; RP impulsivo 33,3%; RP esquizoide 18,5%; Rp esquizotípico 11,1%; RP anancástica 11,1%; RP narcisista 11,1%; RP antisocial 3,7%.

Cuestionario SCL-90: somatización 53,5 +/- 10,6; obsesión-compulsión 52,3 +/- 14; Depresión 51,8 +/- 13,5; ideación paranoide 50,4 +/- 11,3; ansiedad 50,2 +/- 12; psicoticismo 49,9 +/- 13; ansiedad fóbica 49,6 +/- 15,1; hostilidad 49,2 +/- 11,4.

Conclusiones: Los rasgos de personalidad más frecuente en programa deshabituación tabáquica son histriónica, anancástica y dependiente. Los malestares psíquicos más frecuentes son somatización, obsesivo-compulsivo y depresión.

Palabras Clave: Tabaco, Atención Primaria, Psicopatología.

COMUNICACIÓN ORAL

Interrupción voluntaria del embarazo: frecuencia y características de las demandantes

Ruiz Morales A¹, Montero de Espinosa Aldana B², Tormo Molina J¹, Martínez Roldán RM^{a1}, Pérez Rivas L¹, Rodríguez Salas A¹

¹MIR MFyC. UGC Gran Capitán. Granada

²Trabajadora Social. UGC Gran Capitán. Granada

Título: Interrupción voluntaria del embarazo: frecuencia y características de las demandantes.

Objetivos: Analizar las características de las demandantes de Interrupción Voluntaria de Embarazo (IVE) durante tres años, como fase previa a la posible instauración de un ciclo de mejora de la calidad.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano; 40.000 personas de población de referencia.

Material y Método: Sujetos: Todas las mujeres que solicitaron IVE durante los años 2007, 2008 y 2009.

Audit de historia social en Diraya.

Principales variables: edad, semana de gestación, IVE previa, método anticonceptivo, n° de hijos, profesión, nivel cultural, estado civil, nacionalidad.

Estadística: medidas de frecuencia y dispersión habituales. T de Student y Chi cuadrado.

Resultados: Se han solicitado 245 IVE. La media de edad es de 26.64 años (SD 6.2) El 40% son extranjeras. La media de semana de gestación 7 (SD 2.4). La media de número de hijos 0.65 (SD 1.04). La media de IVE previas 0.36 (SD 0.58). El 30% son estudiantes. El 72% son solteras. Con relación al método anticonceptivo el 51% utilizan preservativo, el 10% utilizan anticonceptivos hormonales y el 25% no usa ninguno. Entre la población extranjera encontramos, de un modo estadísticamente significativo, un mayor número de IVE previas, un mayor número de hijos, mayor edad y no uso de método anticonceptivo, en comparación con la española.

Conclusiones: El número de IVE en nuestra zona, y las características de las demandantes, apoyan la idea de iniciar medidas que mejoren la situación previa, probablemente dirigidas a la planificación familiar en población extranjera.

Palabras Clave: embarazo, aborto, anticonceptivo (pregnancy, abortion, contraceptive).

COMUNICACIÓN ORAL

Efectividad del control de la anticoagulación oral en Atención Primaria durante un año evaluada por el índice de anticoagulación efectiva

Cabrerizo Aguilera EA, Quijada Pinos MA, Vigo Celorrio F, Martín Bueno P, Cid Sánchez AB, Melguizo Jiménez M

Medicina de Familia. CS Almanjáyar. Granada

Título: Efectividad del control de la anticoagulación oral en atención primaria durante un año evaluada por el índice de anticoagulación efectiva.

Objetivos: Determinar el grado de anticoagulación efectiva de los pacientes con anticoagulación oral que realizan seguimiento en un Centro de Salud.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano con una población adscrita de 14.000 habitantes.

Material y Método: Población total de pacientes con anticoagulación oral en seguimiento. Variables de edad, sexo, indicación, tipo de anticoagulante y anticoagulación efectiva.

Índice de Anticoagulación Efectiva (AE): Periodo entre dos controles con INR en rango y periodo entre INR en rango e INR fuera de rango.

Índice de Anticoagulación Ineficaz (AI): Periodo entre dos controles con INR fuera de rango y periodo entre INR fuera de rango e INR en rango.

Evaluado: Año 2009.

Resultados: 98 pacientes, 46 mujeres (46.9%). Media 70.2 años.

Indicación de la anticoagulación: Fibrilación auricular 65.3%, TVP / TEP 19.3%, Accidente cerebrovascular 6.12 %, Valvulopatía-prótesis mecánica 8.16%, Miocardiopatía dilatada 1.02%.

Tipo de Anticoagulante: Warfarina 15 (15.3%) y Acenocumarol 83 (84.6 %).

Análisis global: Días buen control: 25.435 (73.8%) AE. Días mal control: 6.667 (26.2%) AI.

Análisis particularizado: 75 (76.5%) pacientes presentaron buen control (AE mas del 70% del tiempo). 23 (23.5%) pacientes presentaron mal control (AE menos del 70% del tiempo).

Fármacos: Warfarina: Buen control 86.6%. Acenocumarol: Buen control 74.6%.

Conclusiones: La AE del conjunto de anticoagulados controlados en el Centro de Salud es adecuado. El número de anticoagulados con buen control (anticoagulación efectiva durante más del 70% del tiempo) se encuentra dentro de los niveles de calidad exigibles. Mayor AE en pacientes tratados con warfarina.

Palabras Clave: Anticoagulación oral, Evaluación, Efectividad.

COMUNICACIÓN ORAL

Emergencias asistidas por un equipo móvil

Sánchez Ramos M¹, Robles Agudo I², Nieves López S², Aguirre Rodríguez JC³, Fernández Carmona C², Ruiz Rodríguez MA¹

¹ Médico de Familia. DCCU. CS ZBS Armillá. Granada

² DUE. DCCU. CS ZBS Santa Fe. Granada

³ Médico de Familia. CS Casería de Montijo. Granada

Título: Emergencias asistidas por un equipo móvil.

Objetivos: Analizar las emergencias (prioridades 1) asistidas por la unidad móvil de nuestra ZBS tras 18 meses de funcionamiento, obtener un perfil del usuario típico, y agrupar los motivos de demanda (MD) y horario de las llamadas.

Diseño: Estudio descriptivo: revisión de todas las historias generadas desde Febrero07 hasta Junio08.

Emplazamiento: Zona básica de salud rural.

Material y Método: Estudio descriptivo: revisión de todas las historias generadas (Febrero07-Junio08) en una zona básica de salud rural; Población: 51.451 habitantes; 27 Km. de radio. Agrupación de resultados por prioridades (P), MD, diagnósticos emitidos (DE) y franjas horarias.

Resultados: Asistencias realizadas: 4272. [390 P1=9.13%]; 56.93% hombres. Edad media: 58.44 (hombre: 56.45; mujer: 61.07). El 52.3% de P1 (204

asistencias), eran realmente emergencias. Motivos: Dolor Torácico 104 (26.6%), Disnea 78 (20%), Inconsciencia 54 (13,8%), Accidentes de Tráfico 39 (10%). DE: Sin patología urgente 32 (8.2%), exitus 27 (6.9%), dolor torácico 25 (6.4%), IAM 24 (6.1%), policontusiones 23 (5.8%). Horario: 00-7:59h: 75 (19.23%); 8-4:59 h: 136 (34.87%) y 15-23:59h: 179 (45.89%). Traslados: 229 (58.71%); en ambulancia medicalizada 206 (89.95%) y en ambulancia convencional 21 (9.17%). El 41.28% de las P1 no precisó traslado. Tiempo medio de actuación: 9'.

Conclusiones: 1) Aproximadamente la mitad de las P1 fueron confirmadas como emergencias. 2) El MD y el diagnóstico más frecuente de las P1 fue dolor torácico. 3) Otros diagnósticos frecuentes: sin patología urgente, exitus, policontusiones. 4) La franja horaria con más demandas fue de las 15-23:59h. 5) Usuario típico: varón de 56 años con dolor torácico. 6) Más del 40% de las P1 son resueltas en el lugar.

Palabras Clave: Emergencias, Motivo de demanda, Horario.

COMUNICACIÓN ORAL

Detección precoz del cáncer de cérvix: ¿nos atenemos al proceso?

Fernández González R, Fernández de la Hoz LM^a, Cortés Valverde AI, Barahona del Moral M^aA, Tormo Molina J, Carrasco Guillén M^aL

MFyC. UGC Gran Capitán. Granada

Título: Detección precoz del cáncer de cérvix: ¿nos atenemos al proceso?

Objetivos: Conocer el porcentaje de mujeres consultantes a las que se les realiza citología cervical. Determinar si la secuencia de citologías se ajusta a lo indicado en el proceso asistencial. Investigación previa a la instauración de un ciclo de mejora de la calidad.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: Sujetos: Mujeres de 15 a 70 años de edad, que hayan consultado en alguna ocasión del año 2010 en el centro de salud y de las que se disponga de datos en la historia informática Diraya. Muestreo: No probabilístico, consecutivo, por médico, mediante audit de historias clínicas, buscando precisión del 5%, alfa 5%.

Principales variables: edad, número de citologías realizadas y fecha, grado de adecuación a la secuencia, según proceso.

Análisis estadístico: medidas de frecuencia y dispersión habituales; Chi cuadrado

Resultados: Se analizaron las historias de 665 mujeres de las cuales un 66% no tenía ninguna citología realizada. De las que tenían citología realizada, sólo un 29.3% se ajustaba a la secuencia indicada en el proceso. Entre las pacientes mayores de 35 años 3 de cada 4, aproximadamente, no se les ha realizado citología. De un modo estadísticamente significativo, el mayor porcentaje de citologías se llevaba a cabo en las mujeres comprendidas entre los 20 y 30 años.

Conclusiones: Parece confirmarse la necesidad de iniciar un ciclo de mejora ya que sólo 3 de cada 10 mujeres están incluidas en el proceso Ca. Cérvix y se cumple una secuencia de citologías correcta en la misma proporción.

Palabras Clave: cervical cancer, cytology, human papilloma viru.

COMUNICACIÓN ORAL

Prevención de caídas en personas mayores mediante la práctica del Tai-Chi

Vallejo Cañete V¹, Pérez Vidal L¹, Ramírez Aliaga M¹, Xia Ye S¹, Muñoz Cobos F², Cuenca del Moral R²

¹ Residente Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

² Médica de Familia. CS El Palo. Málaga

Título: Prevención de caídas en personas mayores mediante la práctica del Tai-Chi.

Objetivos: Comprobar el efecto de una intervención multifactorial que incluye la práctica del Tai Chi, en la reducción de caídas y mejora del equilibrio en personas mayores.

Diseño: Estudio longitudinal pre-post intervención con grupo control.

Emplazamiento: centro de salud.

Material y Método: Incluimos personas mayores de 65 años que han sufrido al menos una caída. Se realiza intervención: valoración sensorial, revisión de tratamiento, eliminación de barreras, ayudas técnicas y derivación a Tai-Chi. Grupo estudio: pacientes que asisten a Tai-Chi. Grupo control: no acuden.

Mediciones: Edad, sexo. Mediciones basal y a los 6 meses de: Barthel, Test estación unipodal bilateral y número de caídas en 6 meses.

Comparación de grupos estudio y control: test de Mann-Whitney. Comparación pre-post intervención: test de Wilcoxon para muestras apareadas. Nivel de significación 0.05.

Resultados: Se incluyen 44 pacientes: 27 grupo estudio, 17 grupo control. Edad media: 75.14 +/- 0.92 años, 86.4% mujeres. Déficit sensorial: 68.2 %; fármacos de riesgo: 50 %, hipotensión ortoestática: 7%, barreras arquitectónicas: 27.3 %. Media de caídas basal: 0.98+0.18. Barthel: 93.86 +/- 1.25, estación unipodal: 9.82 +/- 1.1 segundos (derecho) y 9.59 +/- 1.44 (izquierdo). No existen diferencias significativas en ninguna variable entre ambos grupos. Se produce un descenso significativo del número de caídas en ambos grupos: 0.35+0,15 (p 0.011 grupo estudio, p 0.003 grupo control) sin modificación de Barthel ni estación unipodal.

Conclusiones: Se encuentra descenso significativo en número de caídas, sin diferencias por la práctica del Tai-Chi.

Palabras Clave: Aged, Tai Ji, Accidental Falls.

COMUNICACIÓN ORAL

¿Sabemos interpretar los criterios que definen la aceptabilidad de una espirometría?: estudio de concordancia inter e intraobservador

Tormo Molina J, Sevilla Martín FJ¹, Calzas Urrutia AM², Ruiz Morales A¹, Puertas Tamayo A¹, Huertas Jiménez JA¹

¹ Médico de Familia. Centro de Salud Gran Capitán. Granada

² Enfermera. Centro de Salud Gran Capitán. Granada

Título: ¿Sabemos interpretar los criterios que definen la aceptabilidad de una espirometría?: estudio de concordancia inter e intraobservador.

Objetivos: Conocer la concordancia inter e intraobservador de los criterios de aceptabilidad de la espirometría, según el Documento de Consenso Espirometría en Andalucía (2009).

Diseño: Estudio de concordancia inter e intraobservador.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: Sujetos.- 5 médicos de familia y una enfermera; criterios de aceptabilidad: (1) ascenso neto y brusco de la curva; (2) no finalización demasiado perpendicular de la curva flujo-volumen; (3) meseta final sin variación en el volumen de aire espirado; (4) espiración igual o superior a 6 segundos; (5) morfología de ambas curvas libres de artefactos. Se estudió la concordancia para cada uno de los criterios por separado y la de la aceptabilidad global de la espirometría (no aceptable: no cumplimiento de al menos un criterio). Los seis evaluadores de atención primaria fueron preparados utilizando los mismos documentos.

Las espirometrías fueron seleccionadas mediante muestreo no probabilístico consecutivo.

Estadística: Índice Kappa para seis observadores con dos categorías (Epidat 3.1).

Resultados: 156 espirometrías seleccionadas.

Los índices Kappa para cada criterio, con seis observadores, fueron: (1) 0.46, (2) 0.32, (3) 0.29, (4) 0.44, (5) 0.37. El índice Kappa para la evaluación global de aceptabilidad de las espirometrías fue de 0.35 (0.28-0.42). El índice Kappa para la concordancia intraobservadores fue de: 0.18, 0.67, 0.74, 0.71, 0.38, 0.57.

Conclusiones: La concordancia interobservador de atención primaria para la evaluación de la aceptabilidad de las espirometrías, según criterios de Consenso, creemos que es de moderada a baja, dada la importancia y utilidad del tema. La intraobservador tiene amplia variabilidad en función del observador.

Palabras Clave: Spirometry, Respiratory function test, Statistics as Topic.

COMUNICACIÓN ORAL

Evaluación longitudinal de la calidad de la atención prestada a pacientes de RCV en una consulta de Atención Primaria

Xia Ye S¹, Ruiz Álvarez C²; García Paine JP³, Paz Galiana J², Infante Ramos R¹, Vallejo Cañete V¹

¹ Residente 3er año. CS El Palo. Málaga

² Residente 1er año. CS El Palo. Málaga

³ Residente 2º año. CS El Palo. Málaga

Título: Evaluación longitudinal de la calidad de la atención prestada a pacientes de RCV en una consulta de Atención Primaria.

Objetivos: Evaluar la evolución de la medición del riesgo cardiovascular (RCV) en una consulta de atención primaria.

Diseño: descriptivo longitudinal.

Emplazamiento: cupo de medicina de familia de un centro de salud urbano.

Material y Método: Sujetos: Pacientes incluidos en el programa de RCV en los años 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009. Criterios de inclusión: tener al menos uno de los factores de RCV: tabaquismo, hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DL) y/o con enfermedad cardiovascular (ECV). Criterios de exclusión: diabetes mellitus (evaluación específica) y pacientes incapacitados en domicilio. En 2005 y 2006 se incluyeron el total de pacientes (n1=316, n2=353); desde 2007 se realiza muestreo aleatorio sistemático (alfa 0.05, precisión 0.10) (n3=89, n4=90, n5=.106).

Método: Criterios evaluados: medición del RCV mediante la tabla de SCORE en al menos una ocasión en cada uno de los años estudiados en pacientes sin ECV (RCV alto establecido) y toma de AAS en presencia de ECV (excepción alergia/contraindicación) (criterio evaluado en 2008

y 2009). Se presenta el porcentaje de cumplimiento y su intervalo de confianza (IC) al 95%, considerándose estadísticamente significativa la mejora mediante la comparación de IC.

Resultados: En el año 2005 se midió la tabla de SCORE al 31,1% (25,9-36,1) de pacientes, en 2006 al 34,3% (29,3-39,2), en el 2007 al 67,42% (57,68-77,15) siendo estadísticamente significativa la diferencia respecto a los años anteriores; en el 2008 se valora al 75,9 % (67,8-83,7) no siendo significativa esta mejora. La toma de AAS en pacientes con ECV se cumple en el 33,3% (2,53-64,1). En 2009 la edad media es 61,83+ 0,865. Son mujeres un 52,8% y hombres un 47,2%. Un 12,4% padecen ECV. Los factores de riesgo más frecuentes son: HTA (65,1%), DL (58,5%) y Tabaquismo (20,8%). En el 62,3% (53,1-71,5) se midió el SCORE, siendo 22,7% >0,5 y 77,3% <0,5%. La toma de AAS se da en el 69,2% (44,1-94,3) de pacientes con ECV, no siendo significativo el cambio en estos criterios respecto a la medición previa.

Conclusiones: La calidad prestada a los pacientes con RCV ha mejorado en la medición del RCV por la tabla de SCORE, estabilizándose en valores en torno al 60-70%. Es necesario mejorar la prevención secundaria mediante toma de AAS.

Palabras Clave: Riesgo cardiovascular (cardiovascular risk), Score (score).

COMUNICACIÓN ORAL

Clopidogrel y omeprazol: ¿podemos dejar de asociarlos?

Sevilla Martín FJ, Puertas Tamayo A, Ruiz Morales A, Díaz redondo A, Tormo Molina J, Guerrero García FJ

MFyC. UGC Gran Capitán. Granada

Título: Clopidogrel y omeprazol: ¿podemos dejar de asociarlos?

Objetivos: Describir las modificaciones en los tratamientos de los pacientes que tienen prescrito un inhibidor de la bomba de protones (IBP) junto a clopidogrel tras la nota informativa de AEMPS sobre la interacción entre ambos y la comunicación a los facultativos.

Diseño: Estudio Pre-post.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: Sujetos: todos los tratados con IBP y clopidogrel antes de la intervención y, de ellos, todos los que acudieron a la consulta en los seis meses posteriores. Auditoria de historias clínicas.

Principales variables: médico, motivo de prescripción, modificaciones del tratamiento, tipo de modificación y justificación.

Estadística: medidas de frecuencia y dispersión. Chi cuadrado.

Resultados: 204 pacientes presentaban la asociación. El motivo de prescripción de clopidogrel era cardiológico en el 45%, 30% neurológico. El motivo de prescripción de IBP era desconocido en el 73%. Acudieron tras la intervención 90% de los pacientes. Al 63% se les realizó cambio de la medicación; la modificación más frecuente fue la supresión/cambio de IBP (52%), normalmente la supresión del IBP; en un 37% se realizó modificación/supresión del clopidogrel. Existían diferencias significativas entre los 25 médicos estudiados ($p < 0.05$), y no existían diferencias por el hecho de que el clopidogrel hubiera estado indicado por motivos cardiológicos o neurológicos.

Conclusiones: Se han realizado modificaciones del tratamiento en más de la mitad de los pacientes. El cambio de medicación es muy variable según el profesional. No es determinante para el cambio la causa que origino la prescripción del clopidogrel. Parecen necesarias nuevas evaluaciones con los profesionales

Palabras Clave: Informe técnico (Technical report), Interacción farmacológica (Drug interaction), Terapia farmacológica (Drug therapy).

COMUNICACIÓN ORAL

¿Qué opinan tutores y residentes del cuarto año de residencia?

Cortés Valverde AI¹, Barahona Del Moral M^aA¹, Serrano León M^aT², Garcia Tirado M^aC³, Rivas Del Valle P³

¹ MIR 4º año MFyC. CS Gran Capitán. Granada

² MIR 4º año MFyC. CS Salvador Caballero. Granada

³ Médico De Familia. Unidad Docente de MFyC. Granada

Título: ¿Qué opinan tutores y residentes del cuarto año de residencia?

Objetivos: Explorar experiencia de tutores y residentes sobre cuarto año. Analizar discursos compartidos/contrarios.

Diseño: Investigación Cualitativa. Grupos focales (GF).

Emplazamiento: Unidad docente de medicina familiar.

Material y Método: Tutores y residentes de cuarto año de Medicina familiar. Se segmentó por Tutor/MIT, se articularon 4 GF (2 MIR y 2 Tutores) con entrevistas audio-grabadas y transcritas. El guión fue de "general a particular" con dinámica grupal abierta, finalizando tras saturación, con un moderador y un observador. Análisis con triangulación y fragmentación de textos, categorización y asignación de contenidos.

Resultados: Los residentes: ... hemos visto todos los "palillos"... no hay diferencia entre tu tutor y tú... ¡se ha hecho demasiado largo!... estar atrapado en algún sitio... el tiempo en el

centro de salud se convierte en un negocio... la relación con nuestros compañeros se rompe... Los tutores:... ¿Y ahora que hago yo?... no tienen más tiempo que antes... un año de pérdida, saben igual... la experiencia básica: casi negativa... no hemos sabido darle contenido... pagamos la novatada... si se supieran utilizar serían muy rentables... comportamiento ligado a expectativas laborales... las opciones de la Unidad no han llegado... sentir esa rutina para hacerlo bien...

Conclusiones: *Residente-tutor* comparte un discurso negativo sobre el cuarto año por falta de creatividad, propuestas de cambio y de comunicación. *Para el residente* la intención no ha sido formativa sino asistencial con demora laboral. Expresa "atrapamiento, repetición y espera del fin", pérdida de oportunidades por la exclusiva gestión de la consulta, el aislamiento y la falta de tiempo de tutores. *Para el tutor* hay un retraso de maduración profesional del residente y utilización del cuarto año como lanzadera laboral. Su vivencia es "improvisación".

Palabras Clave: sistema MIR, estudio cualitativo, centro de salud, grupo focal.

COMUNICACIÓN ORAL

Estudio de prevalencia de patología tiroidea en Atención Primaria

Mas Ruiz L¹, Almendros Vílchez N¹, López Montes A², Rincón Rodríguez F³, Aragón Guillén L¹

¹ MFyC. CS Arroyo de la Miel. Benalmádena (Málaga)

² MFyC. CS Las Lagunas. Mijas (Málaga)

³ MFyC. CS Las Albarizas. Marbella (Málaga)

Título: Estudio de prevalencia de patología tiroidea en Atención Primaria.

Objetivos: La patología tiroidea es un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria. El conocimiento de su prevalencia, su diagnóstico, tratamiento y seguimiento facilita su manejo.

Objetivo: Conocer la prevalencia y tipo de patología funcional tiroidea.

Diseño: Estudio descriptivo transversal y multicéntrico.

Emplazamiento: Tres unidades básicas asistenciales de salud urbanas.

Material y Método: Población perteneciente a tres Unidades Básicas de Salud.

Muestra de 149 pacientes, analizándose edad, sexo, perímetro abdominal, IMC, antecedentes familiares, dieta rica en yodo, niveles hormonales, patología funcional tiroidea previa y/o diagnosticada en el momento, necesidad de pruebas complementarias y tratamiento.

Resultados: Han participado en el estudio 149 personas, donde se han obtenido los siguientes

resultados: edad media $46,23 \pm 14,21$ años; donde el 72,5% son mujeres (N: 108) frente a 41 (27,5%) varones. 21 pacientes (14,1%) presentaban patología tiroidea previa, tras el estudio se diagnosticaron 20 nuevos pacientes, lo que supone un 48,8% de nuevo diagnóstico. La patología funcional tiroidea activa fue del 27,5%; correspondiendo, hipotiroidismo clínico 8 pacientes (5,4%), hipotiroidismo subclínico 7 (4,7%), hipertiroidismo 5 pacientes (3,4%) y tiroiditis 17 (11,4%), siendo esta última la más prevalente.

En cuanto a la comorbilidad asociada a los pacientes con patología tiroidea: 9,09 % eran diabéticos, 31,8% son dislipémicos y 17,07% eran hipertensos. 24,16% tienen un IMC > 25 y 33,3% presentaban algún tipo de enfermedad mental.

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 Clave: Patología tiroidea. Atención Primaria. Prevalencia.

COMUNICACIÓN ORAL

Inercia terapéutica e individualización farmacológica al paciente con enfermedad cardiovascular

Cortés Valverde AI¹, Barahona Del Moral M^aA¹, Fernández González R¹, García Tirado M^aC², Rivas Del Valle P², Ocete Alcalde MI³

¹ MIR 4º Año MFyC. UGC Gran Capitán. Granada

² Medico de Familia. Unidad Docente. Granada

³ Medico de Familia. UGC Gran Capitán. Granada

Título: Inercia terapéutica e individualización farmacológica al paciente con enfermedad cardiovascular.

Objetivos: Conocer accesibilidad interna, inercia terapéutica e individualización farmacológica orientada a enfermedad cardiovascular (ECV) en hipertensos de un centro de salud, así como grado de control tensional.

Diseño: Observacional retrospectiva 2009.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Material y Método: 110 hipertensos con muestreo sistemático (confianza: 95%; precisión: 10%. control óptimo: 30%).

Se identificó por historia (1) Visitas médicas y de enfermería (2) Medición tensional (3) Terapéutica (tipo, número, pauta, individualización y cambios farmacológicos entre 2008 y 2009) (4) Control tensional.

Análisis Uni y multivariante.

Resultados: La edad media 67,7 años, 56% mujeres, 56% presentan ECV. El porcentaje de control

tensional óptimo fue del 58% (EE: 5.9). La accesibilidad a medición tensional y visitas de enfermería no constó en 37% y 50%. Se prescribió fármacos al 85% de HT. En 2008 y 2009 no se modificó terapéutica en 83% y 64% de HT; afectando el no cambio terapéutico al 61% de mal controlados. Añadir un nuevo fármaco fue el cambio más frecuente (principalmente el betabloqueante).

En HT con cardiopatía, nefropatía o diabetes, el 50%, 77% y 43% tenían IECAs (betabloqueantes, el 38% de cardiopatas). La modificación terapéutica se asoció significativamente en análisis multivariante con ser mujer (OR 3.8), nefropatía (OR 2.2) y cifras TAS (OR 1.05); sin relación con número de visitas médicas y escasa magnitud con cifras TAD.

Conclusiones: Este trabajo plantea cuestiones estratégicas sobre HTA: ¿cómo romper inercia terapéutica y seguimiento ante mal control? ¿Cómo orientar la prescripción a protección cardiovascular y renal? ¿Quién está soportando la inaccesibilidad a enfermería y el déficit de monitorización tensional?

Palabras Clave: Hypertension, inertia, therapeutics.

COMUNICACIÓN ORAL

¿Qué aporta el cálculo del riesgo cardiovascular en hipertensos?

Toro Nieto P¹, Serrano León M^aT¹, López Cintas R¹, González Martínez E¹, García Tirado M^aC²

¹ MIR 4º año MFyC. CS Salvador Caballero. Granada

² Médico de Familia. Unidad docente MFyC. Granada

Título: ¿Qué aporta el cálculo del riesgo cardiovascular en hipertensos?

Objetivos: Determinar prevalencia de riesgo cardiovascular (RCV) moderado-alto en hipertensos (HT), uso de antiagregación primaria y perfil terapéutico.

Diseño: Observacional, Longitudinal y retrospectivo (2009).

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: 200 HT seleccionados con muestreo sistemático (confianza 95%, precisión 10% y porcentaje control 30%). Cálculo de RCV global mediante índice de Framingham y Score; se identificó de la historia clínica: registro de RCV, control óptimo de tensión, lípidos y glicemias, indicación de antiagregación, diagnóstico de enfermedad cardiovascular y factores de RCV, seguimiento anual. Análisis descriptivo y multivariante.

Resultados: El RCV no estaba identificado en el 77%(EE: 0.03) de HT. Tras su cálculo mediante

tablas Framingham y Score se comprobó que el 53% presentan un riesgo moderado-alto. El uso de antiagregación primaria se indicó en 20%(EE: 0.03) de HT aunque el RCV señala potencial beneficio para el 51% de éstos. No se observaron diferencias respecto al control tensional en función del RCV aunque si en dislipémicos con RCV elevado ($p < 0.001$), además de infrauso del índice cintura y masa corporal. Mediante análisis multivariante se observó que los HT con RCV moderado-alto respecto a los de bajo eran con mayor frecuencia varones(OR 2.76), de mayor edad(OR 1.05), diabéticos(OR 4.3), sin antecedentes de cardiopatía isquémica(OR 3.9), con mayores cifras de tensión sistólica, con mayor prescripción de betabloqueantes y estatinas y menor de IECAs.

Conclusiones: Existe un bajo cálculo del RCV en HT, con infradiagnóstico y alta prevalencia de RCV moderado-alto. Insuficiente antiagregación en pacientes con potencial beneficio según el RCV. El resto de perfil terapéutico parece mostrar adecuación.

Palabras Clave: hipertension, cardiovascular risk, cardiovascular disease.

COMUNICACIÓN ORAL

Cuidados paliativos a los pacientes de nuestra zona

Martín Ruiz M¹C¹, Salido Martín RL², Alarcón Hidalgo M³A², Salas Samper F³, Sampedro Fernández J⁴, Frias Rando JG⁵

¹ Enfermera de enlace. CS Carihuela. Torremolinos (Málaga)

² Médico de Familia. CS Carihuela. Torremolinos (Málaga)

³ Enfermero Adjunto. CS Carihuela. Torremolinos (Málaga)

⁴ Médico de Familia – Directora. CS Carihuela. Torremolinos (Málaga)

⁵ Enfermero. CS Carihuela. Torremolinos (Málaga)

Título: Cuidados paliativos a los pacientes de nuestra zona.

Objetivos: Valoramos el grado de aplicación de los cuidados de calidad incluidos en el contrato programa del SAS en cuidados paliativos.

Diseño: Estudio descriptivo.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: Se estudian 36 pacientes incluidos en el PAICP (Proceso Asistencial Integral de Cuidados Paliativos), desde ene-2008 hasta jun-2010.

Resultados:

-De 36 pacientes incluidos en el proceso, 12 hombres y 24 mujeres. <50 años: 2; de 51-65: 7; de 66-79: 10 y >80: 17.

-Son pacientes oncológicos 25 de ellos.

-El paciente conoce el diagnóstico en 65 % de los casos y su familia en 98% mientras que el pronóstico lo conoce el paciente en un 11 % de los casos y su familia en el 89%.

-Reciben tratamiento con opioides el 50% de ellos.

-En este periodo han fallecido la mitad de ellos, haciéndolo en el domicilio el 72%.

-Han recibido sedación en un 33% de ellos.

-La familia realiza un duelo normal en el 95%.

Conclusiones:

-Cada paciente del PAICP está correctamente identificado, valorado y censado en nuestro centro.

-Reciben visitas domiciliarias y contactos telefónicos según las necesidades de cada caso.

-Apoyamos la decisión de permanecer en su domicilio los últimos días, falleciendo en el mismo un porcentaje bastante alto de ellos.

-Apoyamos un normal desarrollo del duelo, siendo positivo en casi todas las familias.

-Los pacientes no oncológicos no se benefician de la Unidad de Cuidados Paliativos de nuestro hospital, al estar esta adscrita al servicio de Oncología.

Palabras Clave: cuidados paliativos, oncológicos, cáncer, opioides.

COMUNICACIÓN ORAL

¿Qué ofertamos en las últimas semanas de vida a los pacientes oncológicos terminales?

Quel Collado M^{AT}1, Cortés Valverde AI¹, García Tirado M^{AC}2, Castellano Peragón A³, Rivas del Valle P²

¹ MIR 4º año MFyC. CS Zaidín Sur. Granada

² Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de MFyC de Granada

³ Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador del 061 de Granada

Título: ¿Qué ofertamos en las últimas semanas de vida a los pacientes oncológicos terminales?

Objetivos: Describir en pacientes oncológicos durante el último mes de vida indicadores de calidad asistencial: lugar de fallecimiento, ingresos hospitalarios, uso de servicios de urgencias y visitas domiciliarias.

Diseño: Observacional, longitudinal, retrospectivo.

Emplazamiento: comunitario.

Material y Método:

POBLACIÓN: fallecidos por cáncer en 2009. 140 personas (confianza: 95%; precisión: 10%. Porcentaje esperado 30%).

MEDICIONES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA: registros de Paliativos, Distrito, Urgencias. En último mes: Lugar de fallecimiento, número de visitas a urgencias hospitalarias. Ingresos. Intensidad, densidad y horario de llamadas a urgencias. Demanda familiar. Visitas domiciliarias programadas. Tiempo de captación en paliativos.

ANÁLISIS: descriptivo.

Resultados: La edad media 71 (EE: 0,99) años; el 57% varones. Los tumores más frecuentes: Pulmón (17%). Colorectal (15%), mama (7%) y próstata (7%). El 85% de cuidadores fueron cónyuge/hijos. La captación en paliativos tuvo el primer cuartil en 18 días; mediana en 54. Fallecieron hospital el 25%; el 50% ingreso hospitalario, el 60% visitas a urgencias hospitalarias. En el 55% no consta visitas domiciliarias programadas. El promedio de visitas de paliativos fue 2 (EE: 2.25). El 64% llamaron a urgencias extrahospitalarias, con un promedio de 3 llamadas (20% dos en un día y el 40 % entre 21 y 8 horas). Las demandas expresadas destacables agonía (18%) y con dolor (10%).

Conclusiones: Los datos preliminares de este trabajo, son preocupantes. Aunque el paciente oncológico fallece en domicilio, éste y su familia viven las últimas semanas de vida entre ingresos hospitalarios, traslados y llamadas a servicios de urgencias. El dolor y la agonía son demandas frecuentes, con respuesta deficiente.

Palabras Clave: palliative care, oncology patient, care quality.

COMUNICACIÓN ORAL

Prevalencia del virus del papiloma humano (HPV) en las citologías de un centro de salud

Alarcón Hidalgo M^aA¹, Salido Martín RL¹, Salas Samper F², Mena Tirado M³, García Viola G³, Martín Varela AR⁴

¹ Médico Familia. CS Carihuela. Torremolinos (Málaga)

² Enfermero. CS Carihuela. Torremolinos (Málaga)

³ Auxiliar enfermería. CS Carihuela. Torremolinos (Málaga)

⁴ Enfermera. CS Carihuela. Torremolinos (Málaga)

Título: Prevalencia del virus del papiloma humano (HPV) en las citologías de un centro de salud.

Objetivos: Principal: Determinar el número de citologías sospechosas de HPV y su confirmación.

Determinar otras lesiones: Atipias, lesión intraepitelial, carcinoma.

Diseño: Estudio descriptivo.

Emplazamiento: Centro Salud Urbano.

Material y Método: Se estudiaron las 175 pacientes que acudieron al programa de diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino desde Enero a Marzo de 2010, a las que se les realiza citología cérvicovaginal.

La información se obtuvo a través de las hojas de registro de citologías

La confirmación de HPV se obtuvo por PCR, tomando una muestra de exocervix con torunda seca y manteniéndola en frío hasta su recogida para ser analizada.

Se analiza el resultado del frotis clasificándolo como: Normal, Inflamatorio, Infeccioso, atipias de significado incierto de células escamosas (ASCUS) o células glandulares (AGUS), lesión intraepitelial (SIL), Carcinoma y sospecha infección HPV.

Resultados:

- Media de edad: 40.8 años. 43 pacientes son menopáusicas. Fumadoras 36.3%.

- Frotis: Normal en 94 citologías/ Inflamatorio en 35 /Infeccioso en 26/ Sospecha infección HPV en 15/ ASCUs en 3/ L-SIL 3.

Conclusiones:

- La oferta del programa en los últimos años ha producido un aumento de la demanda de citologías y como consecuencia un aumento en la detección de este tipo de lesiones.

- Se observa que el grupo de edad en el que se realizaron el mayor nº de citologías (mayor respuesta al programa) es el de mujeres entre 30 a 44 años.

Palabras Clave: Diagnostico precoz, Citología: Smear test, Virus papiloma humano.

COMUNICACIÓN ORAL

Uso de opioides en un servicio de urgencias extrahospitalarias

Megías Cana M³J¹, López Ramón I², Úbeda Ortega P³, Guerrero Briz M²T¹, Martínez-Zaldivar M¹, Reyes Requena M²

¹ MFyC. Dispositivo Apoyo Distrito Sanitario Granada

² Médico. Dispositivo Apoyo Distrito Sanitario Granada

³ DUE. Dispositivo Apoyo Distrito Sanitario Granada

Título: Uso de opioides en un servicio de urgencias extrahospitalarias.

Objetivos: Conocer el perfil de uso de opioides en el servicio de urgencias de AP de distrito sanitario.

Diseño: Descriptivo, Transversal, multicéntrico.

Emplazamiento: Dispositivos de apoyo de un distrito sanitario urbano, tres centros.

Material y Método: Población: todos pacientes atendidos por dichos dispositivos durante los años 2007-9 que requieran opioides.

Tamaño muestral: toda la población asignada entra en el estudio.

Variables: Dispositivos: CP1, CP2; CP3; CP4. Indicación: Politraumatismos, cáncer, dolor torácico, otros. Tipo de opioide utilizado. Sexo. Año.

Análisis estadístico: Análisis descriptivo de las variables, frecuencias absolutas y relativas. Relaciones entre uso de mórfico y resto de variables cualitativas se utilizó la Chi-cuadrado de

Pearson. Significativo para una $p < 0.05$ programa SPSS.

Resultados: Se analizaron 237 prescripciones en el periodo de estudio de 2007-8, de las cuales un 51% correspondió al 2007 y un 48% al 2008. Las patologías donde más se utilizó un mórfico fueron los dolores torácicos (32%) y el cáncer (30%). Se utilizó más en pacientes de sexo masculino (59%) y el opioide más usado fue el cloruro mórfico parenteral (92.3%). No hay significación entre uso del mórfico ($p=0.247$) en los diferentes Dispositivos. Tampoco entre tipo de mórfico y diferentes patologías ($p=0.854$) ni en relación con el año. No hay significación en el tipo de mórfico usado en los diferentes años ($p=0.545$).

Conclusiones: No existen diferencias en el número de prescripciones de mórficos a pesar de la implantación del proceso de cuidados paliativos y de la formación recibida. Tampoco hay diferencias entre las indicaciones aún cuando uno de los centros está en una estación de esquí y esperábamos mayor utilización en traumatizados.

Palabras Clave: opioid, Pain, Prehospitalary Emergency.

COMUNICACIÓN ORAL

¿Qué saben los pacientes anticoagulados sobre su medicación?

León Arévalo I¹, Pardo Álvarez J¹, Zavala SJ¹, Pedregal González M², Ballesteros Cano JA³, Llanes Cerrejón M³

¹ MFyC. CS El Torrejón. Huelva

² MFyC. Unidad Docente MFyC de Huelva

³ DUE. CS El Torrejón. Huelva

Título: ¿Qué saben los pacientes anticoagulados sobre su medicación?

Objetivos: Valorar el conocimiento sobre características de uso e higiénico-dietéticas que modifican el control del INR.

Describir el control, desajuste de dosis, y patología.

Diseño: Observacional descriptivo.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: 73 pacientes seleccionados de manera consecutiva. Se confeccionó un cuestionario pilotándolo y realizando una prueba de jueces.

Variables: sexo, edad, rango, INR fuera de rango, patología, y 27 preguntas sobre conocimiento de complicaciones, hora de la toma, actitud ante el dentista, abuso de ciertos alimentos, precauciones el día del control, analgesia.

Media y DT para las variables cuantitativas; porcentajes para cualitativas. Para la relación entre variables cuantitativas: coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: Edad 69 años (DT 13,60) .Un 58,4% son mujeres.

Un 24,6% tuvo en 5 o más ocasiones el INR alto, y un 30,1% lo tuvo por debajo del rango. La pato-

logía más frecuente fue la Fibrilación Auricular (FA) (63,9%).

El 100% conoce que debe tomarse la medicación a la misma hora.

Un 70,7% no suprimiría la anticoagulación antes de ir al dentista.

La mitad piensa que no hay problemas con las inyecciones subcutáneas.

Sobre analgesia, sólo el 59,7% contestó paracetamol.

No existe correlación entre la edad e INR fuera de rango ($R=0,156$ $p=0,189$).

Conclusiones:

- Existe escaso conocimiento sobre ciertas cuestiones como la analgesia o visitas al dentista.

- La patología más frecuente es la FA, y no se ha demostrado correlación entre edad y descontrol.

- A partir de estos resultados se realizarán intervenciones para mejorar el conocimiento y el control.

Palabras Clave: Anticoagulantes, Educación sanitaria, Autocontrol.

COMUNICACIÓN ORAL

¿Se puede mejorar la adecuación del tratamiento hipolipemiante?

Fernández De La Hoz L¹, De Los Reyes-García Bermúdez E¹, Tormo Molina J², Ocete Alcalde M^{AT}², Cortés Valverde AI¹

¹ MIR de Medicina de Familia. CS Gran Capitán. Granada

² Médico de Familia. CS Gran Capitán. Granada

Título: ¿Se puede mejorar la adecuación del tratamiento hipolipemiante?

Objetivos: Valorar la adecuación del tratamiento hipolipemiante en prevención primaria cuando se inicia tratamiento farmacológico de pacientes con dislipemia, después de una intervención para mejorarla.

Diseño: Estudio descriptivo postintervención.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método: Sujetos: pacientes a los que se les inició prescripción de tratamiento farmacológico hipolipemiante en los meses posteriores a una intervención con los profesionales, buscando mejorar el grado de adecuación.

Principales variables: edad, sexo, presencia de tabaquismo, diabetes, hipertensión arterial, anotación en historia de riesgo cardiovascular (RCV), valoración RCV según tabla del programa Diraya, valoración adecuación del tratamiento hipolipemiante según indicaciones del proceso RCV.

Muestra: Muestreo aleatorio sistemático por médico mediante audit de historias clínicas, bus-

cando precisión del 6% (N=200, alfa: 5%, beta: 20%, P: 75%).

Estadística: medidas de frecuencia y dispersión. Chi cuadrado.

Resultados: 208 pacientes seleccionados, 67 años de edad media (SD.- 11), 49% varones. El RCV estaba recogido en el 47% (1% en estudio previo). Con la tabla Diraya, el 74% presentaba un RCV inferior al 20%. El tratamiento según proceso era adecuado en el 21% de los pacientes (25% en estudio previo). No había diferencias según sexo del paciente en la adecuación o no del tratamiento. Significativamente, era más probable que los pacientes que tenían realizada una valoración del RCV o eran tratados con simvastatina tuvieran una prescripción más adecuada.

Conclusiones: La adecuación de los nuevos tratamientos farmacológicos hipolipemiantes sigue siendo escasa. Es posible que la intervención con los profesionales haya mejorado el porcentaje de anotación del RCV en la historia clínica.

Palabras Clave: Hyperlipemia, Cardiovascular drugs, Anticholesteremic agents.

COMUNICACIÓN ORAL

Sexo seguro en adolescentes: una aproximación multidimensional

Gómez Fernández M^ªC, Vicente González E, García Tirado M^ªC, Rivas del Valle P, Pérez García E

Medicina de familia. Unidad docente MFyC de Granada

Título: Sexo seguro en adolescentes: una aproximación multidimensional.

Objetivos: Conocer en adolescentes escolarizados práctica segura de sexo y modelo cognitivo explorando contemplación, actitudes y respuesta anticipatoria a situación sin condón.

Diseño: Transversal.

Emplazamiento: Comunitario. Rural.

Material y Método: 108 adolescentes escolarizados (14-17 años). Encuesta de práctica sexual y 12 ítems sobre contemplación sexo seguro (comprar/llevar condón), actitudes en condón y ETS y conducta anticipada en encuentro casual sin condón. Alfa Cronbach 72,3% y factorial con 3 componentes (64% varianza). Análisis Descriptivo. Multivariante.

Resultados: Mujeres el 56%, con 15 años el 50%. Declara sexo con penetración el 24% (72% sin preservativo). Ante encuentro sin condón están en desacuerdo con: "no perder la oportunidad", "por una vez no pasa nada" y "lo haría marcha atrás" el 51%, 65% y 53%. Contemplar conduc-

tas de comprar y/o llevar condón fue elevada en 56% y 46%. El desacuerdo con "condón disminuye el placer" y "portador de ETS tienen mal aspecto" ocurrió en, 34% y 53%. En análisis multivariante (R^2 0,65) ser varón es más frecuente cuando respondieron A FAVOR de: no perder encuentro por no condón (OR:3) reconocer por físico a portador de ETS (OR:16), condón disminuye placer (OR:5); capacitado para comparar condones (OR:5); y EN CONTRA de: decidido a sexo seguro con pareja (OR:9,5), perder encuentro por no condón (OR:21) y tener sexo seguro en encuentro casual (OR:11).

Conclusiones: El sexo sin condón es frecuente entre 15 y 16 años (1:5). El entendimiento de conducta sexual difiere por sexo y se observa intervención de factores de recompensa inmediata (placer y oportunidad), percepción de invulnerabilidad (por una vez no pasa nada, se reconoce a portador por físico) y barreras sociofamiliares (comprar y llevar preservativos). El cuestionario requiere aumentar muestra y edad de la población.

Palabras Clave: adolescentes, sexo seguro, cuestionario.

COMUNICACIÓN ORAL

Razonamiento clínico y variabilidad diagnóstica en infección de orina. Un estudio de escenarios clínicos

Girón Prieto M^aS¹, García Tirado M^aC², Rivas del Valle P², De los Ríos Álvarez AM^a³, Cabrerizo Aguilera E⁴, López Márquez M^aT⁴

¹ MIR de MFyC. CS Cartuja. Granada

² Médico de Familia. Unidad docente de MFyC de Granada

³ Médico de Familia. CS Cartuja. Granada

⁴ MIR de MFyC. CS Almanjáyar. Granada

Título: Razonamiento clínico y variabilidad diagnóstica en infección de orina. Un estudio de escenarios clínicos.

Objetivos: Identificar ante un mismo escenario de Infección de orina no complicada (ITU) la variabilidad de decisiones diagnósticas-terapéuticas y los componentes de razonamiento implicados.

Diseño: descriptivo.

Emplazamiento: Atención Primaria. Unidad Docente de MFyC.

Material y Método: POBLACIÓN: 200 Tutores y residentes de MF (confianza: 95%. Precisión: 6%. Variabilidad: 50%). Datos preliminares: 110. MEDICIONES: Escenario de ITU validado (JAMA) y cuestionario que mide: (1) Asignación de probabilidades (Pb) por historia clínica (HC) y pruebas. (2) Estrategias diagnósticas (por HC y pruebas). (3) Umbral y ganancia diagnóstica (4) Terapéutica.

ANÁLISIS: Descriptivo y multivariante.

Resultados: 37% varones, 43% tutores, edad media 36,8 (EE: 1,2). El 85% de médicos asignó Pb de ITU por HC superior al 80%, aunque la

mitad requirió test rápidos (TR) y/o cultivo. Las decisiones mostraron alta variabilidad: indicar antibiótico según HC (26%), dar antibiótico y solicitar cultivo (13%), solicitar tira reactiva e indicar antibiótico si positiva y no antibiótico si negativa (46%) y demorar Antibiótico hasta cultivo si tira negativa (35%). Ante TR positiva la Pb de ITU asignada fue del 68% a 87% (leucocitos sin/con nitritos); ante TR negativa fue del 30% (rango: 0%-90%). La fosfomicina (66%) y pauta corta (62%) fue el tratamiento más frecuente. No usar pruebas (r^2 40,5%) se relacionó en multivariante con mayor asignación de probabilidad preprueba y postprueba cuando cultivo negativo. la estrategia por tira reactiva (r^2 20%) se relacionó en multivariante con ser tutor, menor asignación de probabilidad preprueba y postprueba en cultivo y mayor probabilidad postprueba si tira positiva.

Conclusiones: Ante igual escenario clínico las decisiones médicas son variables y muestran relación con la probabilidad de ITU asignada tanto por historia como por pruebas complementarias. Aunque la certeza de ITU era muy alta para el médico por la historia solicitó con frecuencia pruebas añadidas con escasa ganancia diagnóstica.

Palabras Clave: Razonamiento clínico. Infección de orina. Escenarios clínicos. Uso de pruebas.

COMUNICACIÓN ORAL

Comunicación centrada en paciente. Importancia para el especialista interno residente y observancia en entorno formativo-laboral

García Tirado M^aC¹, Rivas del Valle P¹, El Azahari A², De los Ríos Álvarez AM^{a3}, Concha López P⁴, Valenzuela López I⁴

¹ Médico de familia. Unidad docente de MFyC de Granada

² MIR de MFyC. CS Huétor Tájar. Granada

³ Médico de familia. CS Cartuja. Granada

⁴ Médico de familia. CS Salvador Caballero. Granada

Título: Comunicación centrada en paciente. Importancia para el especialista interno residente y observancia en entorno formativo-laboral.

Objetivos: Conocer importancia de la comunicación centrada en paciente (CCP) para especialistas residentes (EIR) y modelo comunicacional que observan en su entorno formativo-laboral.

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: Provincial. Docencia postgrado.

Material y Método: POBLACIÓN: Total provincial de EIR de primer año (110). Nc: 95% precisión 9%, porcentaje esperado 30%. MEDICIONES E INSTRUMENTOS MEDIDA: Cuestionario que explora (escala 1-5) importancia de CCP (13 ítems) y observancia en entorno (13 ítems). Escala: alfa de cronbach: 89% y 4 factores que explican el 65% de la varianza. Utilidad (1 ítem). ANÁLISIS: univariado y multivariante

Resultados: Dos tercios son mujeres. Edad media 27 años (rango: 24 a 46) y 36% son de medicina familiar (MF). La importancia de la CCP es superior a su observancia en entorno (media 52,8 vs 40,7; $p < 0,001$) El análisis multivariante mues-

tra que la importancia en CCP se asocia con ser mujer (Beta 5,2 $p = 0,00$), residente de familia (beta: 1,98 $P = 0,15$) y utilidad de comunicación (beta: 7,4 $p = 0,01$); pero no con observancia en entorno ($p = 0,48$). Explorar acuerdo diagnóstico y terapéutico es importante para 67% de EIR pero observado por menos del 30%. Explorar dudas, dificultades y temores terapéuticos lo observan el 35% aunque lo cree importante el 80%. Un tercio observa que se facilite a paciente verbalizar opiniones y dudas considerándolo importantes casi el 80%.

Conclusiones: La función modélica del entorno formativo-laboral es contraria al modelo comunicacional al que el EIR otorga valor al inicio de residencia; subyaciendo cierto enjuiciamiento e independencia de influencia. El que MF difiera de otras especialidades en importancia de CCP es plausible por su contacto con dos entornos formativos quizá con diferente comunicación (primaria y hospital); hipótesis a contrastar pero consistente por mayor importancia declarada por familia respecto a explorar biopsicosocial (aspecto definitorio de la Medicina familiar).

Palabras Clave: Formación. Comunicación centrada en paciente. Opinión profesional.

COMUNICACIÓN ORAL

Evaluación centrada en formante impacto de un proceso formativo en comunicación

García Tirado M^aC¹, De los Ríos Álvarez AM^a2, Rivas del Valle P¹, Concha López P³, Valenzuela López P³, Moreno García M⁴

¹ Médico de Familia. Unidad docente de MFyC de Granada

² Médico de Familia. CS Cartuja. Granada

³ Médico de Familia. CS Salvador Caballero. Granada

⁴ Médico de Familia. CS Gran capitán. Granada

Título: Evaluación centrada en formante impacto de un proceso formativo en comunicación.

Objetivos: Evaluar un taller de comunicación para especialistas interno residentes (EIR) de primer año analizando: (1) Expectativas y currículo oculto, (2) Logros en comunicación y de valor añadido, (3) proceso formativo.

Diseño: Cuasiexperimental.

Emplazamiento: Provincial. Unidades docentes postgrado

Material y Método: POBLACIÓN: 185 residentes de primer año (2008 y 2009). Nc: 95% precisión 9%, porcentaje esperado 50%.

MEDICIONES E INSTRUMENTOS MEDIDA:

(1) INTERVENCIÓN: 3 sesiones/grupo (7 grupos/año). Se trabajó herramientas cognitivas-emocionales y recursos de comunicación mediante dinámica de reflexión-discusión con iguales basada en incidentes críticos propios, vídeos, rol-play, juegos.

(2) MEDICIONES: Pre-Taller: Expectativas (escala1-5). Incidentes críticos Post-Taller: Logros instrumentales y de valor añadido. Calidad formativa.

ANALISIS: Cualitativo y cuantitativo

Resultados: Mujeres (70%), edad media 26 años, medicina familiar 40%. Los EIR, antes del taller, tenían currículo oculto de "malas noticias, control emocional, negociación, empatía, asertividad"; y alta prioridad y utilidad esperada con taller (puntuación promedio: 4. EE: 0,09. Tras taller la valoración global fue 7.46 puntos (escala: 1-10) y el 66% consideró alta/muy alta la utilidad de lo aprendido. Se evidenció logros del aprendizaje de adultos: "auto-conocimiento, auto-confianza, reflexión y autocrítica"; logros del aprendizaje grupal: "Contacto y compartir experiencias y miedos con compañeros; y logros instrumentales: mejorar control emocional, empatía, malas noticias y un poco de paciente difícil". Del proceso formativo subrayaron: dinámico, interactivo, grupos reducidos, divertido, práctico, adaptado a demandas.

Conclusiones: La evaluación del taller es muy satisfactoria aún cuando era esperable alto enjuiciamiento del EIR acorde a expectativas y objetivación de necesidades emocionalmente impactantes (incidentes) antes del taller (vivenciadas en guardias del primer semestre). Los logros de aprendizaje observados son consistentes con modelos de aprendizaje de adultos colaborativos, experienciales y orientados a resolución grupal de problemas; subrayando calidad del proceso formativo.

Palabras Clave: Evaluación. Formación. Comunicación.

COMUNICACIÓN ORAL

Competencia en comunicación. Prioridad y potencial de cambio del especialista interno residente

Rivas del Valle P¹, Saavedra Ruiz AM², El Hamindi Martín D³, García Tirado M⁴C¹, De los Ríos Álvarez AM⁴, Concha López P⁵

¹ Médico de familia. Unidad docente de MFyC de Granada

² Médico de familia. CS Chana. Granada

³ MIR de MFyC. CS Huétor Tájar (Granada)

⁴ Médico de familia. CS Cartuja. Granada

⁵ Médico de familia. CS Salvador Caballero. Granada

Título: Competencia en comunicación. Prioridad y potencial de cambio del especialista interno residente.

Objetivos: Conocer en los especialistas internos residentes (EIR) su prioridad sobre aprendizaje en comunicación y preparación para el cambio comunicacional (autoeficacia, percepción de habilidades, utilidad en práctica diaria)

Diseño: Descriptivo (2008-2009).

Emplazamiento: Provincial.

Material y Método: POBLACIÓN: 185 EIR de primer año. Nc: 95% precisión 9%, porcentaje esperado 30%. MEDICIONES E INSTRUMENTOS MEDIDA: Escala con 6 ítems (puntuación 1-5) y tres dimensiones: (1) Prioridad aprendizaje (2) Preparación para cambio comunicacional (Utilidad Personal, Autoeficacia, y autovaloración de habilidades). Escala con alfa de cronbach 70% y dos factores en análisis componentes principales (62% de varianza). ANÁLISIS: univariada y multivariante

Resultados: Mujeres 66%. Edad media: 27 años (EE: 0,23). 37% especialidad en medicina familiar (EMF). El 60% de EIR declara alta prioridad del aprendizaje en comunicación; siendo más

frecuente en mujeres/varones (66%/40%; p=0,002); mayores de 30 años/menores (83%/56%; p=0,01) y MF/otras (71%/55%;p=0,03). La autovaloración de habilidades, confianza en cambiar y utilidad del cambio fue alta para 31%, 79% y 86% de EIR.

La prioridad de aprendizaje se asoció independiente con mujer (OR: 3;p=0,002), confiar en cambiar (OR: 2,5;p=0,04), dotar utilidad personal (OR: 5;p=0,006) y valorar habilidades iniciales (OR: 2,2;p=0,04). La confianza en cambiar se asoció a MF (OR: 2,5;p=0,06), autovalorar habilidades iniciales (OR: 2,6; p=0,02), creer en utilidad del cambio (OR: 4,2; p=0,005) y declarar alta prioridad (OR 2,6; p=0,03)

Conclusiones: La prioridad del EIR en comunicación es mayor que su confianza en el cambio comunicacional (sólo un tercio de residentes) subrayando un contenido esencial de tutorización, por cuanto la confianza en el cambio es indispensable para la motivación-conducta. Que familia de forma independiente muestre mayor confianza en el logro comunicacional quizá subraye un logro de la tutorización en comunicación durante primer semestre en centro de salud.

Palabras Clave: Formación. Comunicación. Motivación.

COMUNICACIÓN ORAL

Inercia terapéutica e individualización farmacológica en hipertensión arterial

Cortés Valverde AI¹, Barahona del Moral M^aA¹, Fernández González R¹, García Tirado M^aC², Rivas del Valle P², Ocete Alcalde M^aT³

¹ MIR 4º año de MFyC. CS Gran Capitán. Granada

² Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente MFyC de Granada

³ Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

Título: Inercia terapéutica e individualización farmacológica en hipertensión arterial.

Objetivos: Conocer la inercia terapéutica e individualización farmacológica orientada a enfermedad cardiovascular (ECV) en hipertensos de un Centro de salud; así como grado de control tensional y accesibilidad interna a monitorización.

Diseño: Observacional Retrospectivo 2009.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Material y Método: 110 hipertensos muestreo sistemático (confianza: 95%; precisión: 10%. control óptimo: 30%).

Se identificó: (1) Visitas (médicas, enfermería) , (2) Medida tensional, (3) Terapéutica (tipo, número, pauta, individualización y cambios entre 2008 y 2009), (4) Control tensional.

Analisis: Uni y multivariante.

Resultados: La edad media 67,7 años, 56% mujeres, 56% presentan ECV. El control tensional óptimo fue del 58% (EE: 5.9). La accesibilidad a

medición tensional y visitas de enfermería no constó en 37% y 50%. Tenía fármacos el 85% de HT. En 2008 y 2009 no se modificó terapéutica en 83% y 64% de HT; afectando el no cambio terapéutico al 61% de HT mal controlados. Añadir fármacos fue el cambio más frecuente (principalmente betabloqueantes). En HT con cardiopatía, nefropatía o diabetes, el 50%, 77% y 43% tenían IECAs (betabloqueantes, el 38% de cardiopatas). La modificación terapéutica se asoció significativamente en análisis multivariante con ser mujer (OR 3.8), nefropatía (OR 2.2), incremento de cifras tensionales sistólicas (OR 1.05); sin mostrar relación con número de visitas médicas y en escasa magnitud con cifras TAD.

Conclusiones: La inercia terapéutica y la individualización farmacológica al perfil vascular es deficitaria y preocupante, al igual que la accesibilidad interna a monitorización; cuestiones no relacionadas con visitas en CS. El trabajo subraya cuestiones claves en HTA: ¿cómo romper inercia terapéutica? y ¿cómo orientar la prescripción a protección cardiovascular y renal?

Palabras Clave: Hypertension. Intertia. Therapeutics.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Doctor, ¿tendré que usar gafas después del embarazo?

Romero Ruiz B, Pedregal González M, Gil Piña R, Pagola De Las Heras C, Santana Gallego M^ªJ, Lozano Cano M^ªJ

Unidad Docente MFyC de Huelva

Título: Doctor, ¿tendré que usar gafas después del embarazo?

Objetivos: Conocer si existen alteraciones de refracción durante la gestación.

Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: Cinco centros de salud y clínica oftalmológica.

Material y Método: 76 gestantes seleccionadas de manera consecutiva. Variable principal: alteración de refracción medida mediante equivalente esférico.

Criterios de inclusión: gestación < 20^a semana en primera visita. Criterios de exclusión: abortos, partos prematuros durante el estudio.

Tres visitas de seguimiento, una a la 20^a semana; otra entre la 32-36^a y otra a la 12^a semana posparto. Cada una de ellas, subdividida en dos: centro de salud y clínica oftalmológica.

Material: pesos, tensiómetros, optotipos validados, refractómetro.

Análisis estadístico. Descriptivo: variables cuantitativas (media y desviación típica) y cualitati-

vas (porcentajes). Inferencial: comparación de medias (test de la t para muestras independientes, test de la U de Mann Withney) de variables cuantitativas (coeficiente de correlación de Pearson).

Resultados: Existen alteraciones de refracción durante el embarazo ($p < 0.001$). Para el ojo derecho (OD) relacionamos estos cambios con: parto con ventosa ($p = 0,04$); cirugía ocular previa ($p = 0,027$); alteraciones visuales subjetivas ($p = 0,044$). Para el ojo izquierdo (OI) serían: antecedentes alérgicos ($p = 0,001$); peso del bebé ($p = 0,001$); tratamiento con yodo ($p = 0,037$) y ácido fólico ($p = 0,029$) en segunda visita; tratamiento con yodo ($p = 0,028$), ácido fólico ($p = 0,028$) y hierro en tercera visita ($p = 0,028$). La regresión de estas alteraciones posparto serían 10,5% (OD) y 18,4% (OI).

Conclusiones: Existen alteraciones de refracción durante el embarazo aunque desconocemos si los factores expuestos ayudan a la mejora o no de la visión. Sería aconsejable no recomendar cambiar las lentes hasta pasados, al menos, tres meses posparto.

Palabras Clave: embarazo (pregnancy), alteraciones de refracción (refractive errors), dioptría (diopter, dioptre).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación de conocimientos del personal sanitario de Atención Primaria sobre lactancia materna

Fernández Martínez O¹, López Cintas R², Gallardo García I¹, González Martínez E², Amezcua Fernández A¹, Ferre Curtido P¹

¹ Medicina de Familia. CS Salvador Caballero. Granada

² MIR Medicina de Familia. CS Salvador Caballero. Granada

Título: Evaluación de conocimientos del personal sanitario de Atención Primaria sobre lactancia materna.

Objetivos: Valorar los conocimientos y las opiniones sobre lactancia materna (LM) existentes en el personal sanitario.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Distrito sanitario de Atención Primaria (AP).

Material y Método: Se diseña un cuestionario anónimo auto administrado con 22 ítems para valorar conocimientos de LM. Sujetos: 180 Profesionales sanitarios de AP (médicos, enfermeras y pediatras).

Resultados: Tasa respuesta 87.2%. El 98.2% piensan que la LM es el mejor alimento para un recién nacido. El 89.9% cree que el calostro es suficiente como alimento para un recién nacido a término, pero el 26.8% opina que no lo es para un prematuro. Aún el 14% de los profesionales sanitarios cree que la LM tiene horarios, y el

67.5% cree que se debe limitar la duración de las tomas. El 55.5% cree que se debe suspender la lactancia si la madre sufre una mastitis y el 33.1% si la madre está tomando amoxicilina-ácido clavulámico. El 22% opina que existe la leche materna de mala calidad. Sólo el 10.8% de los profesionales conoce las recomendaciones de la OMS de continuar la lactancia mínimo hasta los 24 meses, y solo el 61.1% sabe que la LM debe ser exclusiva hasta los 6 meses. El 22.9% considera que el chupete no interfiere en la LM. El 54.2% considera que debe ofrecerse agua o infusiones entre las tomas a los lactantes. El 81.5% cree que los grupos de apoyo a la LM son útiles. El 56.1% considera que sus conocimientos sobre Lactancia Materna son adecuados (100% de pediatras).

Conclusiones: Sería necesario organizar cursos de lactancia materna entre todo el personal sanitario de los Centros de Salud y crear un protocolo básico, para corregir conocimientos erróneos ampliamente extendidos.

Palabras Clave: Breast feeding; questionnaire; Knowledge.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Uso del índice tobillo-brazo en Atención Primaria para la detección de enfermedad arterial periférica en pacientes dislipémicos

Espejo López BM^a, Piedra Rodrigo C, Marín Salido EJ, Navarrete Casas JM^a, Arrés Ortiz AB, Valenzuela López M^aI

MFyC. CS Salvador Caballero. Granada

Título: Uso del índice tobillo-brazo en Atención Primaria para la detección de enfermedad arterial periférica en pacientes dislipémicos.

Objetivos: Determinar prevalencia de Enfermedad Arterial Periférica (EAP) en pacientes dislipémicos sin enfermedad cardiovascular (ECV) conocida a través del índice brazo-tobillo (ITB) y factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) asociados.

Diseño: Estudio descriptivo transversal en pacientes con hipolipemiantes en prevención primaria.

Emplazamiento: Muestra obtenida de las nueve consultas de atención primaria del Centro de Salud Urbano.

Material y Método: Muestra estratificada por edad-sexo. Se consideró EAP: ITB<0,9. Variables estudiadas: edad, sexo, tabaco, hipertensión, índice masa corporal (IMC), diabetes, perfil lipídico, adherencia tratamiento, familiares primer grado con ECV. Análisis estadístico: SPSS 15.0.

Resultados: Obtuvimos una muestra 59 pacientes. Edad media: 65,17 años. Entre los FRCV en-

contramos: 22% fumadores, 80% hipertensos, 68% IMC elevado, 34% diabéticos, 44% antecedentes de ECV familiar, 86% buena adherencia al tratamiento.

Encontramos un 15% de prevalencia de EAP en la muestra analizada. El 25% de los varones y el 6,5% mujeres tenían un ITB patológico. El 18,5% de los pacientes mayores de 70 años y el 22% entre 60-69 años tenía EAP. Por FRCV el 17% de hipertensos tenían EAP frente al 8% de no hipertensos, el 21% de obesos respecto al 6% de normopeso, el 25% de diabéticos frente al 10% de no diabéticos. No aparecen diferencias respecto al tabaco y antecedentes familiares.

Conclusiones: El ITB es útil para reclasificar pacientes dislipémicos en un nuevo estadio de riesgo cardiovascular.

Según los resultados de nuestro estudio existe una prevalencia mayor de EAP en pacientes dislipémicos de 60-69 años que en población general, y similar en mayores de 70 años.

Palabras Clave: Índice Brazo-Tobillo, Enfermedad Arterial Periférica, Dislipemia.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Tratamiento de las infecciones del tracto urinario (ITU) en Atención Primaria

Bernal Bernal R¹, Espejo Aller C¹, Gallardo Díaz JC¹, Jaén Olasolo J²

¹ CS Chipiona. Cádiz

² Hospital Puerta del Mar. Cádiz

Título: Tratamiento de las infecciones del tracto urinario (ITU) en atención primaria.

Objetivos: Analizar los gérmenes que producen ITU.

Estudiar la práctica de los médicos de Atención Primaria frente las ITU.

Diseño: Estudio Prospectivo.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: Recoger y analizar los Urocultivos positivos durante un año.

Elaborar y pasar una encuesta anónima sobre pautas de actuación a los médicos.

Resultados: El 90% de los médicos inician tratamiento empírico. El 50% utilizan ciprofloxacino y el 50% fosfomicina. El 50% tratan durante dos días, 20% siete, 10% diez, 10% cinco y 10% tres días. En recaídas el 50% ponen tratamiento de una a dos semanas, el 30% una semana, el 10% actúan como primera vez y el 10% de dos a seis semanas. Si la infección recurre tres veces el 60%

las tratan individualmente y el 40% las deriva al urólogo. Cultivo postratamiento: El 30% lo pide siempre, 20% nunca y 50% si síntomas. En varones: 90% utiliza ciprofloxacino; 90% de cinco a siete días y el 10% dos semanas. Analizamos 123 antibiogramas, 80% solicitados por médico y 20% por matrona. Ciprofloxacino: ante E. Coli (71% de los gérmenes) solo el 58% fueron sensibles, 3.4% resistentes y 38.6% intermedio, ante *Enterococo faecalis* (11.5%) sensible en el 85% y no resistencias. El 99% de E. coli sensibles a fosfomicina. El 50% de E. Coli sensibles a ciprofloxacino cuando el medico pide el cultivo frente al 93% cuando lo pide la matrona rutinariamente $p < 0.05$.

Conclusiones: No utilizan el urocultivo como primera opción.

La fosfomicina no ha desplazado al ciprofloxacino.

Los tratamientos no siguen un consenso.

Los cultivos de rutina presentaron mayor sensibilidad.

Palabras Clave: Infection, Urinary Tract, Antibiogram.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Uso del índice tobillo brazo en pacientes de alto riesgo. Frecuencia de alteración y factores asociados

Cuenca Del Moral R, Acero Guasch N, Gertrudis Diez M^a, Carrasco Rodríguez R, Alcaine Soria F, Toro Sainz M

CS El Palo. Málaga

Título: Uso del índice tobillo brazo en pacientes de alto riesgo. Frecuencia de alteración y factores asociados.

Objetivos: Determinar la frecuencia de Índice tobillo brazo (ITB) alterado (<0.9) en pacientes de riesgo, y sus factores asociados.

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método: Sujetos: Pacientes con riesgo de arteriopatía de miembros inferiores: enfermedad cardiovascular (ECV), diabetes mellitus (DM), alto riesgo cardiovascular (RCV) (SCORE>5%) y/o clínica vascular, atendidos en una consulta de atención primaria.

Muestreo consecutivo, N=93. Nivel de confianza del 95%, precisión 0,08.

Variables: Variable dependiente: ITB. Variables independientes: Edad, sexo, ECV, DM, Hipertensión arterial (HTA), Hiperlipemia (HLP), tabaquismo, Hemoglobina glicosilada (HbA1C), LDL, índice de masa corporal (IMC), tratamiento.

Análisis bivariante T-Student/U-Mann Whitney (variables cualitativas), correlación Pearson (va-

riables cuantitativas). Análisis multivariante regresión lineal.

Resultados: De los 93 pacientes, 61 son hombres, 32 mujeres. Edad media 66,25±10,88 años. Presentan DM el 76,3%, HTA 54,8%, HLP 46,2%, fuman 22,6%, ECV 30,01% Palpación de pulsos patológica 22,6% IC (14,08-31,08). Valores medios de HbA1c 7,29±1,22, LDL 112,57±34,35, IMC 30,77±4,84, ITB 1,13±0,24. ITB normal 76,4% IC (67,71-84,98), ITB <0,9: 11,8% IC (5,26-18,39). Realizan tratamiento antiagregante el 60,2% IC (50,27-70,16) de pacientes: ácido acetil salicílico, 90,9% IC (83,31-98,51).

En análisis bivariante existe relación significativa entre ITB y palpación alterada de pulsos (p<0,001). El modelo multivariante explica el 97% de la varianza. Relaciona con ITB disminuido la presencia de DM (p<0,001) y alteración en palpación de pulsos (p<0,05) a igualdad del resto de variables.

Conclusiones: El 11,8% de los pacientes presentan ITB <0,9. Los factores asociados a ITB patológico son presencia de DM y alteración en palpación de pulsos.

Palabras Clave: Riesgo cardiovascular, Índice Tobillo Brazo, Atención Primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Concordancia entre índice tobillo brazo y palpación de pulsos

Acero Guasch N, Cuenca Del Moral R, Alcaine Soria F, Gámez Ruiz F, Manteca González A, Canalejo Echeverría A

CS El Palo. Málaga

Resumen: Concordancia entre índice tobillo brazo y palpación de pulsos.

Objetivos: Comparar la concordancia entre índice tobillo brazo (ITB) alterado ($<0,9$) y ausencia de pulsos pedios/ tibiales posteriores a la exploración.

Diseño: Diseño descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método: Sujetos: Pacientes con riesgo elevado de arteriopatía de miembros inferiores (enfermedad cardiovascular (ECV), diabetes mellitus (DM), alto riesgo cardiovascular (RCV) (SCORE $>5\%$) y/o clínica sugestiva de isquemia de miembros inferiores) atendidos en una consulta de atención primaria.

Muestreo consecutivo no aleatorio. Tamaño muestral de 93 sujetos para nivel de confianza del 95% y precisión 0,08.

Variables: Variable dependiente ITB. Variable independiente: palpación de pulsos distales (pedios y tibiales posteriores). Variable cualitativa.

Normal: pulsos pedios y tibiales posteriores palpables, alterado: pulsos pedios y/o tibiales posteriores no palpables.

Análisis de la concordancia entre ITB y ausencia de pulsos palpables mediante índice de Kappa.

Resultados: 93 pacientes: 61 hombres, 32 mujeres, edad media $66,25\pm 10,88$ años. Tienen DM el 76,3% intervalo de confianza (IC) (67,71-84,98), HTA 54,8% IC (44,72-64,95), HLP 46,2% IC (36,1-56,37), hábito tabáquico 22,6% IC (14,08-31,08), ECV 30,01% IC (20,78-39,43). ITB normal 76,4% IC (67,71-84,98), el 11,8% IC (5,26-18,39) tienen ITB $<0,9$. El 65% IC (44,1-85,9) de los pacientes con alteración en la palpación de pulsos presenta ITB normal, y el 6,5% tienen pulsos palpables e ITB $<0,9$. El coeficiente Kappa es 0,337 (p 0,001).

Conclusiones: Existe una baja concordancia entre palpación de pulsos e ITB, lo que parece indicar la necesidad de utilizar esta prueba para la detección de enfermedad arterial periférica en pacientes de alto riesgo.

Palabras Clave: Concordancia, Atención Primaria, Pulsos pedios.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

"Y comunitaria", participación de los residentes de familia en las actividades comunitarias de un centro de salud

Acero Guasch N, Conesa Pareja M, Valverde Vallejo P, Burgos Varo M^aL, Ramírez Aliaga M, Bueno Fonseca J

CS El Palo. Málaga

Título: "Y comunitaria", participación de los residentes de familia en las actividades comunitarias de un centro de salud.

Objetivos: Fomento de las actividades comunitarias de un centro de salud mediante la participación de los residentes de medicina. Comparar las actividades realizadas en el curso 2009-2010 respecto al 2008-2009.

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano con dos consultorios rurales.

Material y Método: N° de residentes que participan en actividades comunitarias. Intervenciones comunitarias realizadas.

Resultados: Actividades realizadas 2009-2010: con participación de 14 residentes de 1° (2 residentes), 2° (4) 3° (4) y 4° (4) año.

(1) Forma Joven: actividades formativas en institutos de enseñanza secundaria de la zona sobre "Trastornos de alimentación" y "Nutrición Saludable".

(2) Escuela de Envejecimiento Activo: sesiones sobre promoción de envejecimiento saludable en el centro de mayores municipal de la zona: resi-

dentés en el grupo coordinador (programación, evaluación, recopilación y formato sesiones) y sesiones a su cargo: "seguridad vial", "sueño", "alcohol", "diferencia hombres mujeres en envejecimiento".

(3) Práctica del Tai Chi en personas mayores que se han caído: seguimiento del equilibrio y la marcha en los mayores que participan.

(4) Semana sin Humo: concurso de dibujo en colegios e institutos de la zona; mesa divulgativa el día mundial sin tabaco con realización de coximetrías a alumnos de secundaria y bachillerato.

Actividades realizadas 2008-2009: Forma joven: sin participación de médicos residentes. No se realizaron actividades comunitarias con personas mayores ni en la Semana sin Humo.

Conclusiones: La participación de los residentes aumenta la realización de actividades comunitarias del centro de salud.

Los residentes de medicina familiar pueden ser un elemento clave en el impulso de actividades comunitarias en el centro de salud.

Palabras Clave: Atención a la comunidad, Médicos internos residentes, Atención Primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Rotación rural en Andalucía, ¿obligatoria u optativa?

García López A

MF. Consultorio de Arroyomolinos de León. Huelva

Título: Rotación rural en Andalucía, ¿obligatoria u optativa?

Objetivos: Valorar el cumplimiento de la Rotación Rural obligatoria dentro del programa docente de los MIR de familia por parte de las UDD y compararlo con el resto de las UDD de España.

Diseño: A través de un cuestionario con preguntas fijas y con varias respuestas posibles, se obtiene información de los Jefes de estudios de las diferentes UDD.

Emplazamiento: Son las UDD de Andalucía seguido de las UDD de toda España.

Material y Método: Estudio descriptivo, transversal, realizado por encuesta vía internet a las 95 UDD de España y análisis de resultados con el sistema informático SPSS 18.

Resultados: La Rotación Rural Obligatoria en Andalucía se realiza en un 62.5% de las UDD

estando por debajo del 80% de la media española. Además se encuentra lejos de comunidades como Valencia y Galicia que cumplen con el 100% en su implantación.

En las UDD donde es obligatoria la rotación la duración de la misma varía entre el mes de provincias como Jaén, Córdoba y Granada a 3 meses en Málaga pasando a 2 en Cádiz. A su vez se realiza fundamentalmente entre el tercer y cuarto año de residencia, donde solo en Cádiz y Córdoba se ofertan en segundo año.

Conclusiones: No se cumple con la normativa del programa docente de Medicina de Familia donde se obliga a un periodo de rotación de tres meses durante el segundo año preferentemente, por lo que habrá que seguir luchando por su cumplimiento por y para la formación de futuros médicos de Familia.

Palabras Clave: Rotación, Rural, Andalucía.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Infiltración en Atención Primaria: indicaciones, seguridad y eficacia

Pérez Olivares C, Carrasco Almagro AV, De Mario Recio P, Navarro Gallego M^ªI, De La Rubia Loriguillo AM^a, Medina García C

CS Palma-Palmilla. Málaga

Título: Infiltración en Atención Primaria: indicaciones, seguridad y eficacia.

Objetivos: Conocer el perfil clínico de los pacientes infiltrados en atención primaria, la localización de la infiltración, la seguridad y el grado de eficacia.

Diseño: Estudio descriptivo transversal. Encuesta de eficacia analgésica.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano. Población multiétnica y deprimida socio-económicamente.

Material y Método: 142 pacientes con afecciones articulares y peri articulares fueron infiltrados con acetato de betametasona y fosfato sódico de betametasona o acetónido de triamcinolona más mepivacaína, tras fracasar el tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) vía oral en el período de tiempo comprendido entre enero 2007 y diciembre 2009.

Resultados: 142 pacientes. 70% mujeres y 30% hombres. Edad: 42% entre 30-50 años y 58% más

de 50 años. Tendinitis del manguito de los rotadores: 56 pacientes (39,44%), fascitis plantar: 31 pacientes (21,83%), epicondilitis: 26 pacientes (18,3%), gonartrosis: 16 pacientes (11,2%) y bursitis trocantérea: 7 pacientes (4,9%). El nº de infiltraciones: Una-> 17 pacientes (11,9%), Dos-> 44 pacientes (30,9%) y Tres-> 81 pacientes (57,2%). Patologías previas: Hipertensión arterial (HTA)->11 pacientes (7,75%), Diabetes Mellitus (DM)-> 40 pacientes (28,17%) HTA + DM -> 32 pacientes (22,53%) y OTRAS-> 59 pacientes (41,55%). Efectos secundarios: 14 pacientes (9,8%). Mejoría clínica 67,61% y no mejoría 22,53%.

Conclusiones: La terapia con infiltración de corticoides es efectiva y segura en la mayoría de los pacientes que no responden al tratamiento con AINEs vía oral. Supone más comodidad para el paciente, menos demora y menos derivaciones a la atención especializada.

Palabras Clave: Atención Primaria de Salud, inyección intraarticular, eficacia.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Personas mayores atendidas en un centro de salud. Necesidades y realización de actividades preventivas

Cortés Salazar C, Vegas Sánchez M, García Garzón M, Bueno Fonseca J, Muñoz Cobos F

CS El Palo. Málaga

Título: Personas mayores atendidas en un centro de salud. Necesidades y realización de actividades preventivas.

Objetivos: Describir la presencia de síndromes geriátricos en personas mayores de 65 años, atendidas en atención primaria y las actividades preventivas realizadas.

Diseño: Descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método: Muestra aleatoria de 123 pacientes mayores de 65 años incluidos, registrados en Diraya en el año 2010. Recogida de datos de síndromes geriátricos (inmovilidad, caídas, deterioro cognitivo, incontinencia, polifarmacia, desnutrición, úlceras por presión y ansiedad), hábitos tóxicos (tabaco y alcohol), actividades preventivas (vacunas, consejo intervención de hábitos tóxicos, prevención de caídas, prevención de escaras, recomendaciones alimentación, recomendación de memoria, tratamiento y apoyo psicológico) y valoración funcional (Barthel, Pfeiffer, Lawton, MEC, otros).

Resultados: La media de edad de nuestros pacientes es de 77.32 (± 7.36) años, de los cuales

38.2% son hombres y 61.8% son mujeres. Entre los síndromes geriátricos presentan inmovilidad 12.2%, caídas 16.3%, deterioro cognitivo 11.4%, incontinencia 17.9%, polifarmacia 73.2%, desnutrición 1.6%, úlceras por presión 1.6% y ansiedad/depresión 40.7%. Hábitos tóxicos: los hábitos tabáquicos no están registrados un 85.4%, los alcohólicos no están registrados un 91.9%. Las actividades preventivas: vacunaciones 47.2%, consejo de hábitos tóxicos 13%, prevención de caídas 25.2%, prevención de escaras 4.1%, recomendaciones alimentarias 28.5%, recomendaciones de memoria 4.9%, recomendaciones de tratamiento 48.8% y apoyo psicológico 22.8%. Con respecto a la funcionalidad Barthel medio de 82.9 puntos (total 31/123).

Conclusiones: Entre nuestros pacientes mayores de 65 años hemos detectado que hay poco registro de datos en el grado de funcionalidad y hábitos tóxicos.

A pesar que la mayoría de nuestros pacientes no presentan síndromes geriátricos, hemos encontrado más de la mitad de los pacientes polimedcados.

Palabras Clave: Geriatric syndromes, preventive activities.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Hospital de día, médico en el servicio de urgencias y polivalentes de un hospital de alta resolución

Mellado Vergel FJ, Mena Parra D, Díaz Ricomá N

Medicina de Familia. HAR El Toyo. Almería

Título: Hospital de día, médico en el servicio de urgencias y polivalentes de un hospital de alta resolución.

Objetivos: Describir los pacientes ingresados en hospital de día médico.

Diseño: Tipo de estudio: descriptivo retrospectivo. Periodo: 4 años.

Emplazamiento: Dentro de la actividad del servicio de urgencias y polivalentes están los Hospitales de día Médicos que requieren la realización de determinadas técnicas (sedación y cardioversión) y su control evolutivo, por parte de los médicos de familia.

Material y Método: Sujetos: pacientes ingresados en hospital de día en el área polivalente para realización de estudio del sueño, sedaciones para endoscopias y cardioversiones eléctricas, tratamientos hematológicos, biopsias hepáticas. Variables: sexo, edad, tipo de procedimiento, complicaciones, tiempo de estancia, destino al alta. Análisis de datos: estadística descriptiva.

Resultados: El total de pacientes atendidos fue 705:

La edad media fue 57 años, 351 (58%) fueron hombres.

Se realizaron 256 estudios del sueño (36.31%), 269 sedaciones profundas para la realización de gastroscopia o colonoscopia (38.15%), 16 cardioversiones (2.26%), 160 tratamientos hematológicos (22.69%), 4 biopsias hepáticas (0.56%).

Las complicaciones fueron hipotensión (3%) y bradicardias (1.1%) en las sedaciones, quemaduras de primer grado en tórax (12.5%) en las cardioversiones. En el 30% de las cardioversiones no se consiguió revertir a ritmo sinusal. Pruebas como el estudio de sueño, tratamientos hematológicos o las biopsias hepáticas no tuvieron complicaciones.

El 100% de los paciente fue dado de alta a su domicilio con una estancia media de 120 min. No hubo complicaciones fatales en ninguna caso.

Conclusiones: Los hospitales de día médicos realizados por médicos de familia, son seguros, sin complicaciones graves, y con alta domiciliaria precoz.

Palabras Clave: Medicina de familia, hospital de día, complicaciones.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Estrategia de mejora de la calidad de la prescripción en receta electrónica en grupos terapéuticos de alto crecimiento

Llamas Del Castillo M^{AD}¹, Baró Rodríguez L¹, Pintor Mármol A³, Ayala Marín A⁴, Paez Valle R², Ortega Tudela G⁵

¹ Farmacéutica de Atención Primaria. Distrito Costa Del Sol. Málaga

² Farmacéutico de Atención Primaria. Distrito Costa Del Sol. Mijas Costa (Málaga)

³ Técnico de Uso Racional. Distrito Costa Del Sol. Mijas Costa (Málaga)

⁴ Enfermero. CS Albarizas. Marbella (Málaga)

⁵ Director de Salud. Distrito Costa Del Sol. Mijas Costa (Málaga)

Título: Estrategia de mejora de la calidad de la prescripción en receta electrónica en grupos terapéuticos de alto crecimiento.

Objetivos: 1. Estudiar la adecuación de la prescripción en receta electrónica de: Inhibidores de la Bomba Protones (IBP), Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) sistémicos, Antihistamínicos sistémicos, Bifosfonatos y AINEs tópicos. 2. Realizar una intervención para mejorar de su uso.

Diseño: Estudio descriptivo longitudinal.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: La población del estudio fueron los pacientes del centro con receta electrónica activa de los grupos terapéuticos a estudio en el periodo: junio-agosto 09 para IBP, bifosfonatos, AINEs sistémicos y tópicos y julio-agosto 09 para antihistamínicos sistémicos. Los datos se extrajeron del programa MICROESTRATEGY. La intervención se inició el 06/11/10 y consistió en: la elaboración del decálogo de buen uso de receta electrónica y su entrega a cada profesio-

nal junto con los listados de pacientes que cumplían los criterios de uso inadecuado. El plazo para la revisión fue el 02/03/10. Los indicadores de evaluación fueron: número de recetas, número de pacientes distintos y porcentaje de pacientes con prescripción inadecuada según los criterios del decálogo.

Resultados: El 17,51% de los pacientes cumplían criterios de posible prescripción inadecuada para IBP, el 17,48% para AINEs sistémicos, el 41,49% en tópicos, el 53,87% en antihistamínicos y el 9,92% en bifosfonatos. Tras la revisión, el porcentaje de pacientes con posible prescripción inadecuada disminuyó un 3.61% en IBP, 2.40% en AINEs sistémicos, 21.80% AINEs tópicos, 9.52% Antihistamínicos sistémicos y 6.73% bifosfonatos.

Conclusiones: Se hace necesario implantar programas de revisión de la prescripción electrónica dado el alto porcentaje de posible uso inadecuado encontrado.

Palabras Clave: Receta electrónica, uso adecuado del medicamento.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Consejo sanitario, parte fundamental en la intervención sobre el tabaquismo

López Torres G¹, Hernández Carmona A², Rodríguez García AM³, Osorio Martos C⁴, Hernández Pérez De La Blanca M⁵, Novo Martín JJ⁶

¹ Médico de Familia y Comunitaria. CS Cartuja. Granada

² Médico de Familia y Comunitaria. ZBS Villacarrillo. Jaén

³ Diplomada En Enfermería. DCCU Granada

⁴ Médico de Familia y Comunitaria. CS La Chana. Granada

⁵ Residente Medicina Familia y Comunitaria. CS Almanjáyar. Granada

⁶ Médico De Familia y Comunitaria. ZBS Alcalá La Real. Jaén

Título: Consejo sanitario, parte fundamental en la intervención sobre el tabaquismo.

Objetivos: 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: Atención Primaria.

Material y Método: 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.

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 propone 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, fundamentalmente 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 en nuestra consulta de Atención Primaria.

Palabras Clave: smoking, health advice, primary care.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Grado de conocimiento que tienen los usuarios de un centro de salud rural acerca del documento de voluntades anticipadas (DVA)

Gómez Ayala E¹, Mesa Gallardo M^aT²

¹ Enfermera. CS de Bollullos Par del Condado. Huelva

² Médico de familia. CS de Bollullos Par del Condado. Huelva

Título: Grado de conocimiento que tienen los usuarios de un centro de salud rural acerca del documento de voluntades anticipadas (DVA).

Objetivos: Averiguar si los usuarios de un Centro de Salud rural están realmente informados sobre el DVA.

Diseño: Descriptivo trasversal.

Emplazamiento: Centro de Salud rural.

Material y Método: 129 pacientes seleccionados de forma aleatoria simple (excluidos menores de 18 años) que acudieron esos días a un Centro de Salud rural y que contestaron la encuesta de forma anónima y voluntaria. Se recogieron datos demográficos y sobre conocimiento del Testamento Vital (TV). Se analizaron los datos con el programa SPSS 14. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: El 64,3% son mujeres y el 35,7% hombres, el 52,7% poseen Estudios Primarios y el 65,1% viven con su pareja o cónyuge y otros familiares. El 70,5% no conoce el TV. De los que conocen el TV, un 64,8% creen que es posible que lo realice alguna vez. De los que han hecho o conocen a alguien que haya hecho TV un 76,5% están seguros que lo realizarán. A la hora de tratar el tema del TV, tanto los que conocen el TV como los que no lo conocen, prefieren hacerlo con sus familiares, en un 70,3% y un 56,8% respectivamente. El 94,6% de los que conocen el TV y el 79,1% de los que no lo conocen creen que tener un familiar o amigo en situación terminal invita a reflexionar sobre la necesidad de hacer TV.

Conclusiones: Medicina y enfermería deben dar a conocer en su ámbito de trabajo el Testamento Vital. Sería necesario realizar formación reglada para tal fin.

Palabras Clave: Testamento vital, Voluntades Vitales Anticipadas, Enfermo Terminal.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia de la obesidad abdominal en medio rural

Azogil López L¹, García López A², Ávila Pecci P²

¹ MIR 4º año MFyC. Consultorio de Arroyomolinos de León (Huelva)

² MFyC. Consultorio de Arroyomolinos de León (Huelva)

Título: Prevalencia de la obesidad abdominal en medio rural.

Objetivos: Valorar la prevalencia de obesidad abdominal en una población rural y relacionarla con los factores de riesgo cardiovasculares (FRVC).

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Consultorio rural.

Material y Método: Se incluyen todos los pacientes entre 18 y 80 años de edad que entran en la consulta médica durante diez días. Se incluyen 159 pacientes, suficientes para el error (5%) e intervalo de confianza (95%) asimilados, dentro de una población finita de 788 habitantes.

Variables:

- perímetro abdominal (PA) (metodología estándar, de pie, tomando un punto medio entre última costilla y cresta ilíaca)
- edad
- sexo
- tabaquismo
- antecedentes personales de enfermedad cardiovascular (ECV)
- antecedentes familiares de ECV
- índice de masa corporal (IMC) (tomados con ropa en un mismo peso y metro)

- dislipemia
- diabetes mellitus
- hipertensión arterial (HTA)

Las tres últimas según registro en Diraya.

Para analizar los datos usamos SPSS versión 18 calculando los descriptivos de cada variable y distintas medidas de asociación en función de las variables.

Resultados: La prevalencia de obesidad abdominal en nuestra población es del 60% respecto al 13% de la población española, siendo del 75% en mayores de 60 años.

Existe asociación estadísticamente significativa entre PA y dislipemia, HTA, IMC y edad sin serlo con la diabetes, y antecedentes familiares y personales de ECV.

Comparando el riesgo relativo del PA e IMC con el resto de FRCV vemos que es igual con la HTA y destino con Diabetes y dislipemia.

Conclusiones: Existe mayor prevalencia de obesidad abdominal en nuestra población rural que en España y asociación de ésta con la HTA y Dislipemia, considerándose necesario, una intervención exhaustiva en reducir el PA para reducir el riesgo cardiovascular.

Palabras Clave: Obesidad, Abdominal, Rural.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Estudio de función tiroidea en gestantes sanas suplementadas con yodoSantiago Fernández P¹, Ureña Fernández T², Olmedo Carrillo P², Gutierrez Repiso C³, Moreno Carazo A¹, Sorigue Escofet F⁴¹ Endocrinología. CH Jaén² Medicina De Familia. Distrito Sanitario de Jaén (Jaén)³ Bioquímica. Laboratorio de Especialidades. Endocrinología. CH Jaén⁴ Endocrinología. Hospital Civil de Málaga**Título:** Estudio de función tiroidea en gestantes sanas suplementadas con yodo.**Objetivos:** Un nivel suficiente de hormonas tiroideas en gestación es imprescindible para asegurar un adecuado desarrollo neurológico fetal. Se ha publicado que la deficiencia de yodo va asociada a hipotiroxinemia materna.**OBJETIVOS:** determinar si la suplementación yódica produce una modificación en los niveles de hormonas tiroideas paralela al incremento de yoduria.**Diseño:** Estudio de cohorte descriptivo.**Emplazamiento:** Centros de salud AP de Jaén.**Material y Método:** Gestante sanas sometidas a tratamiento con 300, 200 ó 100 mcg/d de yoduro potásico ó sal yodada. Estudiamos las hormonas tiroideas en los tres trimestres de gestación eliminando del análisis estadístico a las que presentan TPO (+) y/ó con valores de TSH > 5.**Resultados:** 227 gestantes con media de edad de 30 años. Los valores de hormonas tiroideas quedan recogidos en la tabla.**Conclusiones:** Administrar IK no modifica los valores de T4-l pero sí un incremento significativo de T3-L en las mujeres con dosis más altas.**Palabras Clave:** Yoduria, Gestación, Tiroides.

Tabla. Valores de hormonas tiroideas

Analítica gestacional	Semana gestación	100 mcg; n=46	200 mcg; n=79	300 mcg; n=41	Sal yodada; n=32
TSH (µUI/ml)	<10 s.	1,76	1,56	1,73	1,47
	24-26 s.	1,79	1,77	1,91	1,59
	36 s.	2,34	2,05	2,63	2,04
T4-L (ng/dl)	<10 s.	0,81	0,78	0,81	0,80
	24-26 s.	0,58	0,59	0,63	0,60
	36 s.	0,55	0,58	0,59	0,59
T3-L (pg/ml)	<10 s.	3,01	3,01	3,32	3,10
	24-26 s.	2,66	2,68	2,87	2,63
	36 s.	2,55	2,59	4,01*	2,74
YODURIA (mcg/d)	<10 s.	120,96	102,84	129,8*	150,9
	24-26 s.	144,60	173,46	208,92	128,86
	36 s.	144,68	177,67	210,42	143,32

*p<0.05

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Interrupción voluntaria del embarazo en un área sanitaria

Fernández Pérez S¹, Gómez García S²

¹ Residente de Medicina de Familia. CS Cuevas de Almanzora (Almería)

² Médico de Familia. CS Cuevas de Almanzora (Almería)

Título: Interrupción voluntaria del embarazo en un área sanitaria.

Objetivos: Analizar las características de las mujeres que solicitan interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en un área sanitaria.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Material y Método: Periodo de estudio: año 2009.

Población: Mujeres que solicitaron IVE durante el año 2009.

VARIABLES: Autóctona / no autóctona, nacionalidad, edad, estación del año.

Recogida de datos: se obtienen los datos de un registro informatizado.

Análisis estadístico: análisis descriptivo de la muestra con porcentajes.

Resultados: En el año 2009 se solicitaron 287 IVEs de los cuales 77 (26.8%) fueron mujeres autóctonas y el resto, 211 (73.5%) correspondían a mujeres no autóctonas. La mayor cantidad de soli-

citades de IVEs registradas según países de origen de mujeres no autóctonas son Ecuador 33%, Rumania 13,2% y Bolivia 12%.

La mayor frecuencia de edad de IVE fue entre 25-29 años (25.7%), seguida de 30-34 años (20.5%) y 20-24 años (19.1%).

Del total de IVEs 268 (93.3%) se realizaron en la provincia y sólo 19 (6.7%) se derivaron a Sevilla. El 29% se solicitaron en invierno.

Las localidades más demandantes de IVE fueron de la zona costera del área en un 44% y del núcleo principal un 16.7.

Conclusiones: El perfil de la mujer que solicita IVE es el de una mujer entre 25-29 años no autóctona, sudamericana procedentes de la zona costera de nuestra área. La mayoría se resuelve en la provincia y en invierno es la época estival más frecuente.

Por lo que deberemos plantear medidas específicas de planificación familiar adaptadas a sus recursos económicos y culturales para disminuir el número de IVEs.

Palabras Clave: Interrupción voluntaria del embarazo (IVEs), Autóctonas; Atención Primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Alimentación en el trabajo del personal sanitario de tres dispositivos de cuidados críticos y urgencias de Huelva

Díaz Mingorance A¹, Ramblado Minero M², Morales Pérez D³, Petrova T⁴, Romero Tirado M⁵, Soteras Limón M⁶D⁶

¹ Médico Familia. Médico del Trabajo. UPRL Distrito Granada. Granada

² Médico de Familia. Médico de Empresa. UPRL Distrito Huelva Costa. Huelva

³ Médico de Familia. DCCU Huelva

⁴ Licenciado Medicina y Cirugía. DCCU Huelva

⁵ Médico de Familia .CS de Cartaya. Huelva

⁶ Médico de Familia. CS Adoratrices. Huelva

Título: Alimentación en el trabajo del personal sanitario de tres dispositivos de cuidados críticos y urgencias de Huelva.

Objetivos: Conocer las características de consumo de alimentos entre el personal de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) del Distrito Huelva Costa.

Diseño: Estudio descriptivo transversal a partir de un Registro Dietético de 24 horas.

Emplazamiento: Un DCCU urbano y dos rurales.

Material y Método: El registro dietético se les paso a 60 trabajadores y se recogió en la jornada laboral el menú global con los distintos grupos de alimentos, y los momentos del día del consumo.

Resultados: Encontramos que 59 (98,33%) trabajadores consumen antes de levantarse: lácteos

45 (75%), bebidas carbonatadas 17 (28,33%) y bollería 12 (20%). Desayuno completo realizan 42 (70%): 48 de ellos (80%) lácteo, pan blanco y aceite, 7 cereales (11,6%) y 5 (8,33%) bollería. A media mañana destacan frutas 45 trabajadores (75%) y snack 15 (25%). En almuerzo y cena el consumo era de distribución equilibrada en principios inmediatos en 50 de nuestros trabajadores (83,3%). El consumo fuera de horas lo realizaban 57 (95%), destacando snack 56 (93,3 %) y bebidas carbonatadas 47 (78,3%).

Conclusiones: Destacan el consumo entre horas de snack, bollería y bebidas carbonatadas, y antes de levantarse a base de lácteos y dulces. Se hace necesario incidir en un cambio en los horarios de los alimentos, así como en las características de los mismos con el fin de conseguir unos hábitos alimenticios saludables.

Palabras Clave: Hábitos, alimentos, patrones.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Es difícil controlar el almacén?

Mampel Diaz C, Lasterra Sánchez M

Médico de Familia. UGC San Benito. Jerez de la Frontera (Cádiz)

Título: ¿Es difícil controlar el almacén?

Objetivos: Realizar un Programa Informático, de fácil manejo, para controlar las existencias y caducidades de Medicamentos y Productos Sanitarios (MyPS) en una UGC. Debe sustituir a los tradicionales registros manuales en papel, permitir a tiempo real conocer las existencias y sus fechas de caducidad y avisar cuando los artículos estén próximos a agotarse o caducar.

Diseño: Programa Informático.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Material y Método: Se ha creado una Tabla Excel con tres pestañas (Farmacia, Fungibles y Laboratorio). Cada pestaña muestra los campos Artículo, Fecha actual, Existencias iniciales, Fecha de Caducidad, Mínimo de seguridad, Existencias Actuales, entradas y salidas mensuales, AVISOS DE CADUCIDAD (anual-mensual) y AVISOS DE EXISTENCIAS MINIMAS o NULAS.

Resultados:

1. Mejora en la Gestión Económica y de Recursos Humanos de la UGC. Ahorro en MyPS, con uso eficiente, al darles salida antes de la fecha de caducidad (envío a otros centros con mayor salida).

2. Aumento de la Seguridad en el uso de MyPS. Beneficios para usuarios y profesionales.

Conclusiones:

- Hemos creado un sencillo programa informático que es manejado por Auxiliares de Clínica en nuestra UGC. Les ha facilitado el control del almacén y con menos recursos humanos.

- La confección del programa es sencilla y no se precisan grandes recursos materiales, bastando con un PC sin conexión a la Red Diraya.

- Se ha mejorado la Gestión de Recursos Humanos y Económicos de la UGC y fundamentalmente se ha aumentado la Seguridad en el uso de MyPS.

Palabras Clave: Seguridad, gestión, fármacos.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Análisis del programa de detección precoz de retinopatía diabética en Atención Primaria

Martos Orpez M^aC, Caballero Mateos AM^a, Ramírez Campos M^aJ, Díaz Aguilar CM^a, Linares Ramírez M^aC, Ruiz Moruno FJ

CS Fuensanta. Córdoba

Título: Análisis del programa de detección precoz de retinopatía diabética en Atención Primaria.

Objetivos: Valoración de las retinografías solicitadas dentro del programa de detección precoz de retinopatía diabética (RD).

Conocer su utilidad y concordancia diagnóstica.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Ámbito de estudio: Dos Centros de Salud urbanos.

Material y Método: Tamaño muestral: 550 retinografías pertenecientes a pacientes de 21 cupos y registrados en el programa de detección precoz de la RD.

Período de estudio: 1 de Enero de 2009 a 31 de Diciembre de 2009.

Participantes: Valoración de 550 retinografías realizadas durante un año a pacientes diabéticos incluidos en el programa de detección precoz de RD.

Mediciones: se recogieron las variables edad, sexo, años de evolución de diabetes (DM), Médico de Familia (MF) que realiza la primera lectura, diagnóstico del MF, y diagnóstico del oftalmólogo.

Análisis estadístico descriptivo e índice de correlación simple. Los datos se procesaron en SPSS 15.0.

Resultados: De las 550 retinografías estudiadas, 286(52%) fueron hombres. La edad media fue 66 (+/-12) años. Los MF solicitaron una media de 20(+/-6) retinografías y diagnosticaron 135 posibles RD (23,7%) que fueron enviadas al oftalmólogo,

7 pacientes presentaron RD ya conocida y tratada (1,2%), 21 fueron no valorables (3,7%), 1 pendiente de estudio (0,2%) y 406 retinografías fueron etiquetadas como normales (73%). Tras el estudio por el oftalmólogo de las 135 posibles RD, fueron finalmente catalogadas como tal 51 retinografías; 47 (92%) fueron definidas como retinopatía proliferativa leve-moderada y 4 (8%) como proliferativas graves, siendo la concordancia simple del estudio del 37,7%. La edad media de los pacientes con retinopatía fue 66,75 (+/-11,8) años, con media de 9 (+/-7) años de evolución de su DM.

Conclusiones: El uso de la retinografía fue irregular entre los profesionales.

La cuarta parte de las pruebas realizadas fue derivada al Oftalmólogo con sospecha de RD, confirmándose como patológicas la mitad de éstas.

El índice de concordancia entre el MF y Oftalmólogo fue bajo, esto indica la necesidad de períodos de formación en dicha técnica para disminución de derivaciones a Atención Especializada y aumento de la precisión en el diagnóstico inicial.

Creemos necesario el seguimiento de los indicadores y mantener la formación periódica de los profesionales.

Con respecto a las mismas variables analizadas en el año anterior (2008), se observa: mayor volumen de pruebas solicitadas, persiste la variabilidad interprofesional en la solicitud de retinografías, menor porcentaje de retinografías derivadas, y porcentaje total de diagnósticos confirmados por Oftalmólogo sin variación importante.

Palabras Clave: Diabetic, Retinopathy, Diagnosis.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Modificación de la calidad de vida de los pacientes diabéticos tipo 2 (DM2) mal controlados tratados con insulinas premezcladas tras terapia intensiva con glargina hasta alcanzar objetivos terapéuticos

López Aguilar FJ¹, Sánchez Gualberto Á², Vázquez Merino AM³, Galloso Santana D¹, Ceballos Sáez E⁴

¹ Médico de Familia. UGC Isla Chica. Huelva

² Médico de Familia. UGC Los Rosales. Huelva

³ Enfermera de Familia. UGC Isla Chica. Huelva

⁴ Médico de Familia. UGC de Lepe (Huelva)

Título: Modificación de la calidad de vida de los pacientes diabéticos tipo 2 (DM2) mal controlados tratados con insulinas premezcladas tras terapia intensiva con glargina hasta alcanzar objetivos terapéuticos.

Objetivos: Evaluar la modificación de la calidad de vida de los pacientes DM2 no controlados con insulinas premezcladas tras la instauración de una terapia intensiva con glargina hasta alcanzar objetivos terapéuticos.

Diseño: Estudio antes-después (intervención sobre cohorte única).

Emplazamiento: Multicéntrico.

Material y Método: Sujetos/Criterios de inclusión: DM2 adultos con más de 6 meses de tratamiento con insulinas premezcladas y criterios de mal control (HbA1c > 7 o ≥ 4 hipoglucemias en último mes).

Muestra: N=24.

Recogida de datos: Captación en consulta de pacientes con criterios. Realización del "Cuestionario de Calidad de Vida específico para DM (EsDQoL)" antes del inicio de la terapia y después de conseguirse los objetivos. Glucemias basales y perfiles completos programados para ajustar tratamiento cada 2 semanas.

EsDQoL consta de 43 preguntas, divididas en 4 dimensiones: Satisfacción, Impacto, Preocupación social/vocacional y Preocupación relativa a diabetes. Cada respuesta se cuantifica usando escala de 5 respuestas ordinales (1=máxima sa-

tisfacción/mínima preocupación; 5=mínima satisfacción/máxima preocupación).

Tratamiento estadístico: SPSSv 17. Análisis descriptivo: variables cuantitativas: media (\pm DT); cualitativas: %.

Resultados: (%Antes -> %Después).

SATISFACCIÓN: Bastante satisfecho (50% -> 71.4%), algo satisfecho (50% -> 28.6%); $p < 0.05$.

IMPACTO: Nunca (25% -> 14.3%), casi nunca (62.5% -> 87.5%), a veces (12.5% -> 0%).

PREOCUPACIÓN SOCIAL/VOCACIONAL: Nunca (62.5% -> 71.4%), casi nunca (37.5% -> 28.6%).

PREOCUPACIÓN RELATIVA A LA DIABETES: Nunca (12.5% -> 28.6%), casi nunca (25% -> 71.4%), a veces (50% -> 0%), casi siempre (12.5% -> 0%).

Conclusiones: Los pacientes DM2 insulinizados con mezclas y con mal control metabólico experimentan una mejora global en la calidad de vida percibida en las 4 dimensiones tomadas en cuenta en el test al cambiar el tratamiento a una insulina de acción prolongada y mejorar el grado de control, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) en lo que a grado de satisfacción se refiere.

Pensamos que estas diferencias son debidas no sólo al evidente mejor control de la enfermedad, sino también al menor número de pinchazos diarios que precisa, tanto para administrarse la insulina como para realizar los controles de glucemia capilar.

Palabras Clave: Insulin Glargine, Dosing, Quality Of Live.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Adecuación de la prescripción de *Omeprazol* en un centro de salud

Jiménez Muriel M^ªJ, Medrano Sánchez M^ªI

Medicina de Familia. CS Montequinto. Dos Hermanas (Sevilla)

Título: Adecuación de la prescripción de *Omeprazol* en un centro de salud.

Objetivos: Analizar la adecuación de la prescripción de omeprazol por los Médicos de Familia de un Centro de Salud, según las indicaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS). Además, observar el porcentaje real de prescripciones de omeprazol respecto del resto de los Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP), y determinar el impacto económico de dicha prescripción para nuestro Distrito Sanitario.

Diseño: Estudio Observacional Descriptivo.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: Población y criterios de selección: adultos adscritos a dos de las consultas del Centro de Salud, que recibieron tratamiento con omeprazol en Marzo y/u Octubre de 2008. Variables: la variable dependiente, adecuación de la prescripción de omeprazol. Como variables independientes, edad, sexo, motivo de prescripción, posología, duración del tratamiento y

coste individual del tratamiento. Métodos de medición: medidas de frecuencia para las variables cualitativas (valores absolutos y porcentajes) y para las cuantitativas, media, desviación típica y rango. Análisis estadístico mediante SPSS 15.0.

Resultados: De los 394 pacientes a los que se les prescribió algún IBP el 92,6% de los casos fue omeprazol. Únicamente un 15% de las prescripciones se hicieron conforme a las indicaciones del MSPS. El hecho de que el 85% de las prescripciones se realizaran inadecuadamente supuso un gasto extra para el Distrito de 1601,48 euros.

Conclusiones: El uso indiscriminado de omeprazol supone un gasto nada despreciable para nuestro Distrito Sanitario y los datos de diversos estudios observacionales sobre la ingesta crónica de omeprazol nos muestran que ésta no es inocua.

Palabras Clave: Omeprazol, Adecuación, Prescripción.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Diversidad étnica en Atención Primaria

Ruiz Rodríguez C¹, De La Torre Mora F², López Díaz J², Ruedas Larrubia RP³, Rey Martín AE³, De Los Riscos Mateos EM^{a3}

¹ *Psicóloga Clínica. Unidad atención a usuario. UGC Trinidad-Jesús Cautivo. DS Málaga*

² *Unidad atención a usuario. UGC Trinidad-Jesús Cautivo. DS Málaga*

³ *Médico de Familia. UGC Trinidad-Jesús Cautivo. DS Málaga*

Título: Diversidad étnica en Atención Primaria.

Objetivos: Estudiar el perfil socio-demográfico del usuario extranjero.

Analizar aseguramiento laboral, reclamaciones y permanencia en el sistema sanitario.

Diseño: Descriptivo, observacional, retrospectivo.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: Periodo: Año 2009. Población: 650 extranjeros con médico asignado. Muestreo sistemático aleatorio: 100 extranjeros. Fuente: Base Datos Usuarios (BDU) del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA). Datos laborales: Ministerio de Trabajo y Censo poblacional. Variables: Edad, sexo, País y Continente de procedencia, Aseguramiento laboral, Reclamaciones y Tiempo de permanencia en SSPA. Análisis estadístico SPSS.

Resultados: 654 extranjeros en BDU (2,5% del total). Edad media: 35 años con IC al 95% (33,21 - 37,43) (Desviación típica SD 10). 63 % son mu-

jer. Proceden de 27 países (Bolivia 18, Paraguay 14, Marruecos 11). 54% sudamericanos, 24 africanos, 15 europeos no comunitarios y 5 comunitarios; 1 asiático. 86 reclamaciones: 8 por extranjeros (7 mujeres). Aseguramiento laboral: Pasivo público andaluz 64, Desplazado público andaluz 23, Pasivo Convenio internacional 3, Desplazado Convenio Internacional 3 y Titular activo 7. No diferencias de aseguramiento según continentes. Permanencia media en SSPA 77 semanas, IC al 95% (64,67 - 89,57); SD 62,74. Mediana: 52 semanas.

Conclusiones: Perfil predominante: Mujer de 35 años sudamericana de Bolivia o Paraguay. Baja prevalencia de asiáticos. Usuarios comunitarios sólo 5% frente a no comunitarios (15%), posible relación con ubicación del CS en Zona de Transformación Social. Ratio de reclamaciones por extranjeros es 7% mayor a lo esperado. Aseguramiento sanitario mayoritario: Desplazado Pública Andaluza, sin diferencias según procedencia. Sólo 9% está cotizando. Permanencia media en SSPA: 1,6 años.

Palabras Clave: Foreign user, Demographics, Social insurance.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Correlación clínico-patológica en cirugía menor

Luque Rodríguez M^ªC, Rincón Rodríguez F, Hernández Alonso A, Padilla Arellano E, Prokopenkova A

Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Albarizas. Marbella (Málaga)

Título: Correlación clínico-patológica en cirugía menor.

Objetivos: Conocer la evolución de la correlación clínico-patológica de lesiones tratadas en el programa de cirugía menor tras 10 años de desarrollo. Analizar la implicación diagnóstica de médicos de familia (MF) y en consulta de programa (CP).

Diseño: Descriptivo, retrospectivo.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: Incluidos todos los pacientes del programa con lesión tratada y analizada en 1999, 2001, 2009. Valoración diagnóstica pretratamiento en historias clínicas de quistes, lipomas, verrugas vulgares, pólipos fibroepiteliales, nevus, queratosis seborreicas y dermatofibromas y correlación con informes anatomopatológicos.

Análisis estadístico: Z de proporciones, epiinfo 2000.

Resultados: 883 pacientes (1999-158; 2001-474; 2009-251).

MF sin diagnóstico 24,05%-1999 ($p<0,01$), 1,9%-2001 ($p<0,001$), 59,36%-2009.

MF diagnóstico incierto 20,9%-1999 ($p<0,01$), 8,7%-2001 ($p<0,01$), 3,18%-2009.

CP sin diagnóstico 1,26%-1999 no significativa (ns), 5,4%-2001 ($p<0,001$) y 0% en 2009.

CP diagnóstico incierto 3,2%-1999 (ns), 1,2%-2001 (ns), 0,79%-2009.

Correlación diagnóstica adecuada:

- Pólipo fibroepitelial:

CP 33,3%-1999 ($p<0,01$), 91,7%-2001 (ns), 97,56%-2009.

- Nevus:

CP correlación 59,5%-1999 ($p<0,001$), 73,8%-2001 ($p<0,05$), 86,89%-2009.

- Quiste epidérmico:

CP 80%-1999 ($p<0,05$), 86,2%-2001 ($p<0,05$), 98,08%-2009.

- Quiste triquilemal:

CP 66,7%-1999 (ns), 89,3%-2001 (ns) y 100%-2009.

- Queratosis seborreica:

CP 57,9%-1999 ($p<0,05$), 43,3%-2001 ($p<0,01$), 80,77%-2009.

- Verruga vulgar:

CP 100%-1999 ($p<0,05$), 92,1%-2001 ($p<0,05$), 65%-2009.

- Dermatofibroma, lipoma: no valorable por escaso número.

Conclusiones: La correlación clínico-patológica en CP ha mejorado notablemente

La implicación diagnóstica en CP ha aumentado, ha empeorado significativamente en el MF (probable infrarregistro).

La formación continuada en dermatología es imprescindible y debe realizarse con mayor frecuencia para mejorar ambos aspectos.

Palabras Clave: Minor Surgery, Primary Health-care, General practitioners.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Manejamos bien las crisis hipertensivas en las urgencias de Atención Primaria?

Tibos F¹, Bolet Galindo RM², Aguilar Oñate N³, Valencia Alvarado A⁴, Pérez Márquez N², Antoñano Fernández De Quincoces A¹

¹ Médico de Familia. DCCU Las Lagunas. Mijas-Costa (Málaga)

² Enfermera. DCCU Las Lagunas. Mijas-Costa (Málaga)

³ Enfermero. DCCU Las Lagunas. Mijas-Costa (Málaga)

⁴ Médico de Familia. CS Las Lagunas. Mijas-Costa (Málaga)

Título: ¿Manejamos bien las crisis hipertensivas en las urgencias de Atención Primaria?

Objetivos: Analizar el manejo de las urgencias hipertensivas (UH) en los dispositivos de urgencias de Atención Primaria, su registro, y comparar los resultados con la evidencia.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: Dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU) de Atención Primaria.

Material y Método: Revisión de historias clínicas de una muestra aleatoria de 110 pacientes, que acudieron al DCCU con cifras tensionales altas. Se midieron las variables edad, sexo, tensión arterial, síntomas, fármacos utilizados y derivación hospitalaria. Estudio estadístico mediante el programa SPSS 17.0.

Resultados: La media de edad de los pacientes analizados fue de 58.9 años, 52.7% eran hombres y 47.3% mujeres, sin variabilidad de edad en fun-

ción del sexo. El 47.3% acudieron por primer episodio de UH, de los cuales el 50% tenían antecedentes de hipertensión arterial (HTA). De los pacientes que acudieron con antecedentes previos de UH, la mayoría tenían antecedentes de HTA. El 50% de los pacientes refirieron síntomas (cefalea, mareos, dolor torácico o disnea). El 70.9% requirieron tratamiento, la mayoría oral, salvo el 8.2% medicación parenteral. Los fármacos más utilizados fueron captopril y diazepam. El 5.5% necesitaron derivación hospitalaria. En el 20% de los casos no aparece registrada la existencia de UH previas, y en el 1.7% no aparecen reflejados los antecedentes personales de HTA.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes fueron tratados según las guías clínicas, siendo el fármaco más utilizado el captopril. Existe una falta de registro importante en las historias, que puede ser debido al escaso tiempo del que disponemos, etc. que podemos mejorar.

Palabras Clave: Hypertension, Primary Health Care, Therapeutics.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Realizamos el tratamiento correcto en las crisis de asma?

Maldonado Y¹, Guerrero Ruiz J¹, Oñate Aguilar N², Arrillaga Ocampo I¹

¹ Médico de Familia. CS Las Lagunas. Mijas (Málaga)

² DUE. CS Las Lagunas. Mijas (Málaga)

Título: ¿Realizamos el tratamiento correcto en las crisis de asma?

Objetivos: Conocer si los pacientes asmáticos que sufren crisis son tratados en nuestro Centro de Salud de acuerdo a las recomendaciones de la GINA (Global Initiative for Asthma).

Diseño: Estudio Descriptivo.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano, con servicio de urgencias 24 horas.

Material y Método: Pacientes diagnosticados de asma que acudieron a urgencias de nuestro centro de salud por crisis de su enfermedad entre el 15 de enero y el 15 de febrero del 2010 (34 en total). Los datos se extrajeron de la historia clínica.

Resultados: De los 34 pacientes, el 52,9% (18) recibieron tratamiento en la crisis acorde a las directrices de la GINA; respecto al tratamiento prescrito al alta, sólo en 7 pacientes (20,5%) fue compatible con las recomendaciones internacionales mientras que a 9 pacientes (26,4%) no se les modificó el tratamiento de base. Sólo el 17,6% (6 pacientes) fueron remitidos al alta para revisión por su médico o por otro especialista.

Conclusiones: La atención al paciente asmático en crisis en nuestro dentro de salud no se ajusta a las recomendaciones internacionales y debe ser mejorado.

Palabras Clave: asthma, status asthmaticus, treatment.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Relación entre el valor del PEF y la calidad de vida en asmáticos

Coronel Toro C¹, García López A², Colomo Gil C¹

¹ MIR 4º año MFyC. Rotación Rural Consultorio Arroyomolinos de León (Huelva)

² Medicina De Familia. Consultorio Arroyomolinos de León (Huelva)

Título: Relación entre el valor del PEF y la calidad de vida en asmáticos.

Objetivos: Determinar si existe relación entre un valor objetivo para control del asma, el PEF, y uno subjetivo, la calidad de vida.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Consultorio Rural.

Material y Método: Se incluyen pacientes entre 18 y 80 años con diagnóstico de asma.

Se determinó la severidad del asma y el control del mismo basándonos en la GEMA 2009. Se valoró: talla, sexo, tabaquismo, año de diagnóstico y corticoterapia. Realizamos la medición del PEF1 y se les pasó 2 cuestionarios validados para el control y la calidad de vida de los pacientes asmáticos, ACQ y AQLQ. Para el análisis de datos usamos el programa SPSS versión 18, calculando los descriptivos de cada variable y asociaciones entre ellas con chi-cuadrado y t-student.

Resultados: La muestra consta de 44 pacientes, 22 mujeres y 22 hombres, con una media edad de 33 años y de 15 años de media diagnóstica. La moda en su clasificación se sitúa en asma intermitente estando en su mayoría bien controladas y con buena calidad de vida en los 2 cuestionarios utilizados.

Apreciamos ausencia de significación estadísticamente significativa entre PEF1-ACQ Y PEF1-AQLQ siendo algo más intensa en la primera. Si hemos apreciado significación estadísticamente significativa entre PEF1-fumador y calidad de vida (ACQ-AQLQ) y clasificación del asma.

Conclusiones: No podemos relacionar un parámetro objetivo como el PEF1, con la calidad de vida del paciente asmático. Si podríamos utilizarlo con mayor asiduidad en pacientes fumadores-asmáticos. Sería aconsejable utilizar cuestionarios validados de calidad de vida para valorar la evolución de la gravedad del paciente asmático.

Palabras Clave: PEF1, control, asma.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evolución de la accesibilidad al programa de Cirugía Menor en un centro de salud

Luque Rodríguez M^cC, Rincón Rodríguez F, Hernández Alonso A, Prokopenkova A, Padilla Arellano E

Medicina de Familia. CS Las Albarizas. Marbella (Málaga)

Título: Evolución de la accesibilidad al programa de Cirugía Menor en un centro de salud.

Objetivos: Analizar la evolución de la demora del acceso al programa de Cirugía Menor (CM) y sus causas tras la aplicación de medidas correctoras propuestas en estudios previos.

Diseño: Descriptivo, retrospectivo.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: Población: pacientes derivados al programa de CM en el primer trimestre de los años 2001, 2002 y 2009.

Parámetros analizados:

Tiempo de demora entrada programa.

Dependientes del paciente: rechazo de intervención, no asistencia.

Dependientes del profesional: lesión no incluida en programa, contraindicación por localización de riesgo, contraindicación clínica, lesión susceptible de tratamiento médico.

Medidas correctoras aplicadas: sesiones clínicas, documentos informativos internos, cursos formativos en CM.

Análisis estadístico: Z proporciones, programa Epiinfo 2000.

Resultados: 194-2001, 146-2002, 229-2009.

Demora: 90 días-2002, 40 días-2009.

No asistencia: 2001-26,29% (ns), 2002-26,71% (ns), 2009-25,33%.

Rechazo de intervención: 2001-7,47% ($p < 0,05$), 2002-13,64% ($p < 0,001$), 2009-2,92%.

Derivaciones erróneas: 2001-25,17% (ns), 2002-16,1% (ns), 2009-13,54%.

Localización de riesgo: 2001-13,89% (ns), 2002-41,18% ($p < 0,05$), 2009-9,56%.

Tratamiento médico: 2001-50% ($p < 0,01$), 2002-17,65% (ns), 2009-16%

Conclusiones: Hemos mejorado en el tiempo de demora de entrada al programa de cirugía menor reduciéndolo aproximadamente a la mitad desde el 2002. Aunque hemos reducido el número de derivaciones incorrectas (sobre todo por localización de riesgo con respecto al 2002), en aspectos como en el tipo de lesión obtenemos resultados menos satisfactorios que en años precedentes. Como medidas complementarias proponemos continuar con las sesiones formativas, detectar profesionales problema y aportar documentos informativos a los médicos sustitutos.

Palabras Clave: Minor Surgery, Primary Healthcare, General practitioners.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Son "buenas" las espirometrías que realizamos en Atención Primaria?

Navarro Gallego M¹, De los Riscos Mateos EM², Rey Martín AE¹, Pajariño Gallego B², Almagro Martín-Lomeña V¹, Agrela Torres S¹

¹ Médico de Familia. CS Trinidad-Jesús Cautivo. Málaga

² Enfermera de Familia. CS Trinidad-Jesús Cautivo. Málaga

Título: ¿Son "buenas" las espirometrías que realizamos en atención primaria?

Objetivos: La Espirometría constituye una técnica imprescindible para el diagnóstico ante la sospecha de enfermedades del aparato respiratorio y su seguimiento, por lo que conviene integrarla en nuestro quehacer diario. El objetivo del estudio es hacer una valoración del cumplimiento de los requisitos que garanticen la validez de las espirometrías en Atención Primaria (AP), y estudiar la interpretación de nuestro espirómetro.

Diseño: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: Revisión de las espirometrías realizadas, de febrero a mayo 2010, valorando aceptabilidad (inicio de la curva, morfología, duración y finalización) y reproducibilidad de la técnica; así como la interpretación

que hace el espirómetro, según los valores de la prueba.

Resultados: Total espirometrías estudiadas: 47; 51% válidas. Destaca un 48.9% de espirometrías no válidas: 25.5% por maniobra no aceptable (volumen extrapolado alto, inicio tardío, esfuerzo insuficiente o variable, tos, duración insuficiente y final no asintótico), y 23.4% no reproducibles. Este 48.9% no válidas implica mala interpretación, pues la mayoría se interpretan como "espirometría normal", y sumando 17% con interpretación errónea de los valores: 65.9% total de malas interpretaciones por el espirómetro.

Conclusiones: Sigue siendo importante ver paso a paso las espirometrías que recibimos en nuestras consultas para diagnosticar en función de validez, reproducibilidad y valores medidos, no dejando el diagnóstico a la interpretación espirómetro.

Palabras Clave: Spirometry, Interpretation, Validity.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Gestión clínica en Atención Primaria

Cancio González, F.

Médico de Familia. CS Mentidero. Cádiz

Título: Gestión clínica en Atención Primaria.

Objetivos: Descripción, Cuantificación y Análisis de la Actividad generada en un cupo médico de UGC.

Diseño: Estudio Descriptivo Observacional.

Emplazamiento: CS Mentidero. Zona Urbana. Población adscrita: 16.837 habitantes.

Material y Método:

-Población/Muestra: 1387 habitantes, (8,3%) evaluados en el periodo de Enero-Junio 2009.

-Variables Estudiadas: sociodemográficas (sexo y edad); demanda solicitada; pruebas diagnósticas solicitadas; interconsultas a especialistas (AE) y Urgencias de Hospital; problemas de salud atendidos.

-Aplicabilidad: estudios de prevalencia concretos: para identificar posibles requerimientos y valorar posibles diferencias con respecto a otras UGC.

Resultados:

-Acuden el 93% de los pacientes citados.

-La Presión Asistencial (consulta/día), es 43,3 pacientes.

-Más del 35% de pacientes demandan más de un Motivo de consulta.

-De toda la atención, el 68% lo hace a demanda.

-De toda la atención, el 0,6% está en edad pediátrica.

-Grado de resolución de problemas: 94%.

-El 34,6% de los motivos de Consultas realizadas se deben a Procesos Administrativos.

-La mujer utiliza con más frecuencia que el varón los servicios sanitarios, tanto desde el punto de vista absoluto como relativo.

-En términos absolutos, las personas mayores de 65 años hacen un menor uso de los servicios sanitarios, pero en términos relativos, la intensidad de uso de los mismos es mayor.

-Las pruebas diagnósticas más solicitadas son la Pruebas de Laboratorio, seguidas por Radiografías (óseas y tórax).

-Los motivos de consultas más frecuentes atendidos son: procesos administrativos, patología del aparato respiratorio, patología del aparato osteomuscular.

-Las Interconsultas a AE más solicitadas son: oftalmología, traumatología, dermatología.

Conclusiones:-La media diaria de consulta, es una cifra lejana a la considerada óptima para una buena calidad asistencial.

-La mayor longevidad del sexo femenino puede ser una variable importante que contribuya a que haga un mayor uso de los servicios sanitarios.

-La pluripatología, la mayoría de carácter crónico, que sufren las personas mayores de 65 años, facilita que tengan una mayor Necesidad Expresada.

-La implantación de Cirugía Menor en AP facilita la resolución de problemas en AP, disminuye las Interconsultas a AE y favorece una mayor accesibilidad y calidad en la atención prestada desde primer nivel de atención.

-La Gestión por Procesos facilita el uso de Pruebas Diagnósticas hasta ahora del ámbito de AE, optimizando y/o disminuyendo las Interconsultas a AE.

-Constatación de la efectividad de la Consulta Programada tanto en el cumplimiento en cuanto al Horario que se le oferta al paciente como al Rendimiento de la visita en sí.

-La presión asistencial y el que > 1/3 de los usuarios demanden > 1 motivo de consulta, hacen difícil mantener Agendas con citas cada 5 minutos, restando tiempo para otras actividades. Así mismo, el no "acabar" por falta de tiempo, genera Hiperfrecuentación y, consiguientemente, disminución de la calidad de la atención prestada.

-La implantación de una agenda de gestión Administrativa diaria podría estimular la prescripción por Receta Electrónica, gestionar mejor el Uso Racional de Medicamentos y acotar el «by the way».

-Gestionar las consultas de Procesos Asistenciales y Programas de Salud en "acto único", acotando un tramo horario al efecto, minimiza-

ría tanto las duplicaciones de datos como el no registro de los mismos, contribuyendo a una mejor consecución de los objetivos de la UGC.

-Con la implantación y gestión de Procesos Asistenciales y Programas de Salud, que nos permiten la posibilidad de uso de terapias reservadas hasta hace poco a AE, se constata: Disminución de Interconsultas a AE, resolver la Demanda en nuestro nivel de atención, redundando en una mayor accesibilidad y calidad de la gestión clínica.

-Mejorar el rendimiento en la solicitud de Pruebas diagnósticas, fruto a veces de la suma de falta de tiempo y presión asistencial.

-Mejorar la Coordinación entre AP y AE, fruto a veces de una deficiente información y/o comunicación de las citas de revisiones ya que se constata que, en situaciones concretas, la prevalencia de Problemas de Salud no se correlaciona con el número de interconsultas.

-Impulsar la Formación Continuada en aquellas materias que necesitemos actualizar conocimientos, en problemas de salud más prevalentes, emergentes o línea específicas de interés para la UGC así como posibilitar estudios de investigación (Rendimiento de Pruebas Diagnósticas, Estudios de Prevalencia, etc.).

Palabras Clave: Gestión Clínica, Atención Primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia de algunos errores en el conocimiento de su enfermedad por los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2

González Roa G¹, Ruiz Toledo C²

¹ Médico de Familia. CS Vélez-Málaga Norte. Málaga

² Enfermera Comunitaria. CS Vélez-Málaga Norte. Málaga

Título: Prevalencia de algunos errores en el conocimiento de su enfermedad por los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Objetivos: Estimar la prevalencia de cinco errores frecuentes en el conocimiento de su enfermedad por los pacientes con diabetes tipo 2 de un cupo de Atención Primaria.

Diseño: Estudio descriptivo observacional

Emplazamiento: Centro de salud semiurbano con una población asignada de 18500 personas.

Material y Método: Población de estudio: Pacientes de un cupo de medicina de familia incluidos en el Proceso Asistencial Integrado de Diabetes con diagnóstico de diabetes tipo 2. (N=196).

Muestra: Todas las personas de la población de estudio que consultan por cualquier motivo a lo largo de un período de cinco días consecutivos (n=46).

Mediciones: Cuestionario cerrado de cinco preguntas con tres opciones (Verdadero/Falso/No sabe):

1-Los diabéticos deben llevar consigo caramelos sin azúcar.

2-Las subidas de azúcar son más peligrosas que las bajadas.

3-El ejercicio intenso puede provocar una subida de azúcar.

4-La insulina perjudica a la vista.

5-Las emociones intensas pueden causar bajadas de azúcar.

Resultados: Los errores de mayor prevalencia son:

Nº4: (La insulina perjudica a la vista), con un 65.2% para la opción "Verdadero" (IC 95%: 51.5-78.9, $p<0.005$), un 32.6% para la opción "Falso" (IC 95%:19.1-46.1, $p<0.005$) y un 2.17% para la opción "No sabe" (IC 95%:-6.87-11.21, $p<0.005$).

Nº5: (Las emociones intensas pueden causar bajadas de azúcar), con 67.4% para la opción "Verdadero" (IC 95%: 53.9-80.9, $p<0.005$), un 30.4% para la opción «Falso» (IC 95%: 17.2-47.6, $p<0.005$) y un 2.17% para la opción «No sabe» (IC 95% -2.03-6.37, $p<0.005$).

Conclusiones: Los resultados del estudio permiten al equipo identificar aquellos elementos de autoconocimiento de su enfermedad susceptibles de mejora mediante la intensificación de los esfuerzos educativos en los pacientes con diabetes tipo 2 de nuestro cupo.

Palabras Clave: Atención Primaria, Diabetes Mellitus tipo 2, Educación para la salud.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Frecuentación y receta XXI. Cohorte retrospectiva

Ruiz Rodríguez C¹, De La Torre Mora F², López Díaz J², De Los Riscos Mateos EM³, Rey Martín AE³, Navarro Gallego M³I³

¹ *Psicóloga Clínica. Unidad Atención Usuario. UGC Trinidad-Jesús Cautivo. DS Málaga*

² *Unidad Atención Usuario. UGC Trinidad-Jesús Cautivo. DS Málaga*

³ *Médico de Familia. UGC Trinidad-Jesús Cautivo. DS Málaga*

Título: Frecuentación y receta XXI. Cohorte retrospectiva.

Objetivos: Analizar y comparar la frecuentación de una cohorte retrospectiva según tengan o no prescripción de receta electrónica (RXXI).

Diseño: Descriptivo, comparativo, de cohorte retrospectivo.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: Períodos: Agosto-Noviembre 2006 y Agosto-Noviembre 2009. Población: 1.700 usuarios con diabetes mellitus 2 y RXXI en 2009. Muestreo sistemático aleatorio y estratificado por cupos: Cohorte 190. Fuente: Base Datos Usuarios (BDU) e Historia de Salud Digital (Diraya). Variables: Frecuentación (número de visitas médicas) de la cohorte en ambos períodos (2006 sin RXXI y 2009 con RXXI), sexo, edad, cupos médicos. Análisis: Epi-Info-6.0.

Resultados: Cohorte de 190 usuarios: 88 mujeres y 102 hombres con edad media de 70 y 68 años respectivamente. 14 cupos médicos. La disminución de frecuentación de la cohorte con RXXI es del 6% (3.5 en 2006 y 3.3 en 2009). Analizando por sexos, la disminución de frecuentación en hombres es del 19% (3.6 en 2006 y 2.9 en 2009); mientras en mujeres no sólo no disminuye, sino que se incrementa en un 7% (3.56 en 2006 y 3.82 en 2009). No diferencias significativas de frecuentación según cupos.

Conclusiones: La bibliografía señala una disminución de frecuentación del 20% tras introducción de RXXI, siendo concordante, en nuestro estudio, con nuestros datos encontrados en hombres. Destaca que tras la aplicación de RXXI a las mujeres diabéticas en nuestra cohorte, la frecuentación se haya incrementado, lo que nos anima a profundizar en las causas de dicha disparidad por sexos.

Palabras Clave: Medical care, Electronic prescription, Cohort Studies.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Bajas laborales en un centro de salud

Pérez Durillo FT¹, Manzano Guzmán AI¹, Ribes Bautista AI¹, Valverde Bolívar FJ², Pérez Milena A³

¹ Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

² Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Jaén

³ Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

Título: Bajas laborales en un centro de salud.

Objetivos: Analizar los procesos de incapacidad temporal (IT).

Diseño: Estudio descriptivo y transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: Se han incluido todos los pacientes que se encontraban en IT a final de Enero de 2010. Los datos se han obtenido de la aplicación informática Diraya. Variables estudiadas: Edad, sexo, cupo y causa de la baja.

Resultados: Se encontraban en IT 152 pacientes, el 1.62 % de la población activa adscrita al centro (9401) con un valor mínimo de 1.08 y máximo de 2.06 según el cupo, sin observarse diferencias significativas. El 52.6% eran mujeres.

Edad media hombres 46.54±11.9 años y en mujeres 44.59±12.5 años. Las causas más frecuentes fueron trastorno de ansiedad 9.2%, lumbalgias 8.6% y depresión 6.6%. Los principales grupos de enfermedades: osteomusculares 40% (algias 21.7%, fracturas/luxaciones 9.2%, tendinitis 5.3% y artropatías 3.3%), mentales 17.1%, intervenciones quirúrgicas 7.9%, neoplasias 5.9%, ORL 4.6% y digestivas 1.3%. Gripe 1.3%.

Conclusiones: El 1.62% de la población activa estaba de baja laboral. No se observaron diferencias entre cupos. Los trastornos de ansiedad, las lumbalgias y la depresión eran las causas más frecuentes. Solo el 1.3% de los procesos de IT fueron por gripe.

Palabras Clave: Bajas laborales. Incapacidad temporal. Atención Primaria. Procesos diagnósticos.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia de tabaquismo pasivo en la población escolar de nuestra zona básica

Muñoz Escalante MA¹, Palacios Simón A², González Rodríguez MP²

¹ Medicina de Familia y Comunitaria. UGC Palma-Palmilla. Málaga

² MIR 4º año MFyC. UGC Palma-Palmilla. Málaga

Título: Prevalencia de tabaquismo pasivo en la población escolar de nuestra zona básica.

Objetivos: Prevalencia y perfil de los padres fumadores con hijos en edad escolar.

Diseño: Estudio descriptivo mediante recogida y análisis de datos a través de autocuestionarios reglados con el Test de Frageström.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: Estudio realizado en los tres colegios de la Zona Básica mediante autocuestionarios que se les hizo llegar a los padres mediante los alumnos, recogidos en una semana. La población seleccionada son alumnos de 1º a 6º de Primaria. Se entregaron un total de 249 cuestionarios, recogidos y analizados mediante el programa SPSS.

Resultados: Sólo respondieron 65 (26,1%) de ellos, el 64,1% son madres quienes contes-

tan. El 40,6% son solteras y el 7,8% separadas.

El 31,8% se definen como no fumadores, de los fumadores el 50,8% poco dependientes, 30,6% altamente dependientes y el 18,6% moderadamente dependiente a la nicotina.

Un 20,4% admiten fumar en la zona de estar de la casa en presencia de sus hijos y un 31,5% en otros lugares en presencia de su hijo.

Conclusiones: A pesar de toda la información proporcionada y de los programas de intervención para el abandono del hábito tabáquico todavía existe una gran proporción de padres que fuman en presencia de su hijo, por lo que se debe crear nuevas estrategias de intervención.

Palabras Clave: Tobacco Smoke Pollution, Prevalence, Child.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Perfil de la demanda de activación del equipo móvil de urgencias de una zona básica de salud rural

González Pérez A¹, Reina González M², Sánchez García de Veas JC², Gallego Montiel A¹, Medinilla Pérez JM², Barros Rubio C³

¹ Médico de Familia. Centro de Salud de Ubrique. Cádiz

² DUE. Centro de Salud de Ubrique. Cádiz

³ Médico de Familia. Unidad Docente Medicina de Familia de Cádiz

Título: Perfil de la demanda de activación del equipo móvil de urgencias de una zona básica de salud rural.

Objetivos: Estimar la prevalencia de la demanda del equipo móvil de urgencias extrahospitalaria rural. Descripción de la demanda por sexo y edad. Identificar las principales causas de la demanda. Determinar los destinos al final de la demanda.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud Rural.

Material y Método: Los datos se obtienen a partir de la hoja propia de registro de urgencias, las 1479 activaciones del equipo móvil de urgencias que se han producido en una población que tiene 16979 habitantes (8 %) Los criterios de inclusión son demandas de la población que requieren una activación urgente del dispositivo móvil. Las principales variables son: edad, sexo, CIE de la deman-

da y destino del paciente tras la atención por el dispositivo. Análisis estadístico SPSS versión 17.

Resultados: Perfil: media de edad 67,5± 19,8 (0-101), sexo femenino (52% IC95% 51,3-56,4). Prevalencia de activación 8% (IC95%7,6-8,4). Los principales CIE 9 son disnea (786.0) en el hombre con 14,6% (IC95%11,9-17,2) y la ansiedad (300) en la mujer con 7,5% (IC95% 5,5-9,4). Del total de activaciones (las producidas en domicilio, centro de salud y otros lugares) son resueltas por el equipo en un 74,78% (IC95% 72,5-77,0). Sólo en un 25,22% (IC95%) de las activaciones requieren traslado al hospital.

Conclusiones: Activan algo más la mujeres cuyo principal demanda es la ansiedad, el hombre la disnea. Alta capacidad resolutive del equipo móvil, sólo una cuarta parte de las activaciones requieren traslado hospitalario.

Palabras Clave: Extrahospitalary emergencias, Referrals.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción en adolescentes de nuestro entorno

Guidi EC, Gomez Priego JJ, Mancilla Mariscal I, Luciani Huacac LA

Medicina de Familia. CS Úbeda Centro. Úbeda (Jaén)

Título: Conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción en adolescentes de nuestro entorno.

Objetivos: Averiguar conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción en adolescentes.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Instituto Educación Secundaria.

Material y Método: Encuesta no validada, estructurada y anónima a una muestra de 93 alumnos de último año de secundaria.

Análisis de media de edad, y de porcentajes de conocimiento de anticonceptivos; actitudes, razones, aceptación y necesidades sobre el uso de la PP (píldora poscoital).

Resultados: Participan 93 adolescentes (edad $16,5 \pm 0,1$, 54% mujeres). El preservativo es el método anticonceptivo de elección del 85% (82% mujeres, 91% hombres). El 94% desestima la marcha atrás, el 91% reconoce que la toma de ACHO debe ser supervisada por su médico de AP. El 6% opina que las relaciones durante la menstruación impiden el embarazo. El 99% re-

conoce el preservativo como protección para ETS y el 93% afirma que los ACHO no protegen.

El 62% reconocen la PP como método anticonceptivo de urgencia, el 17% abortiva, el 15% desconocen su uso y el 6% la utilizarían como método anticonceptivo habitual.

La información acerca de la PP procede de: el instituto (43%), la TV (23%), amigos (19%), familia (8%).

El 12% afirman haber tomado la PP, el 50% en más de una ocasión, obteniéndola de centros de salud (67%), farmacia (33%), sin problemas para obtenerla.

Conclusiones: Los adolescentes encuestados conocen adecuadamente los métodos de anticoncepción, haciendo un buen uso, recibiendo la información su instituto.

La utilización de la PP es escasa y donde la consiguen es en el centro de salud, seguido de las farmacias.

Palabras Clave: Adolescent, sexuality, contraception.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Vivir inmovilizado en una zona necesitada de transformación social (ZNTS)

Sánchez García JI¹, Rangel Pacheco A¹, Fuentes Verdadera M¹, Cala Varela A², Gómez Blanco M³, Urbina Faraldo I³

¹ Medicina de Familia. CS Sanlúcar Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda (Cádiz)

² Trabajadora social. CS Sanlúcar Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda (Cádiz)

³ Enfermera. CS Sanlúcar Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda (Cádiz)

Título: Vivir inmovilizado en una zona necesitada de transformación social (ZNTS).

Objetivos: Conocer el estado sociosanitario de una población de pacientes inmovilizados residentes en una zona necesitada de transformación social (ZNTS) y las actividades llevadas a cabo sobre ellos, por profesionales médicos, de enfermería y por la trabajadora social.

Diseño: Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: A los pacientes inmovilizados, con un grado de incapacidad igual a superior a 3 en la escala de incapacidad física de la Cruz Roja, en sus domicilios se les realizó una valoración sociosanitaria, recogiendo en una hoja de datos diseñada tal fin, datos demográficos, sanitarios, sociales y medidas para resolver problemas detectados.

Resultados: Alta proporción de inmovilizados en la ZNTS (20,87%), mayoritariamente mujeres

(68,21%), con alto grado de dependencia (40,9%), polimedicadas (61,36%) e incontinentes (65,9%) que habitan viviendas inadecuadas (70,68%) y consumen gran cantidad de recursos sobre todo de enfermería (3240 visitas).

Conclusiones: Nuestros inmovilizados residentes en la ZNTS son mayoritariamente mujeres, diabéticas, hipertensas, polimedicadas, de edad avanzada, algunas con secuelas por haber padecido un ACVA, con alto grado de dependencia, donde la demencia tiene alta prevalencia al igual que la incontinencia urinaria y fecal. Viviendas inadecuadas y viejas, bajos ingresos económicos, sobrecarga de cuidadores, carencia de familiares próximos, soledad y claudicación de familias para cuidar a sus mayores, así como barreras arquitectónicas y atrapamiento domiciliario, motivaron un importante consumo de recursos sanitarios y sociales. Es obvio que si se quiere cambiar la realidad de las ZNTS se necesitan más recursos sociosanitarios y más ayudas institucionales formales e informales.

Palabras Clave: Home care, social transformation, immobilized patient.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Podemos evaluar y mejorar la asistencia a los diabéticos tipo 2?

López Robles F, Ortega Urbano F, Fons Cañizares S, Rull Martínez MP, Buendía Corró M

Medicina de Familia. CS Ronda Norte. Ronda (Málaga)

Título: ¿Podemos evaluar y mejorar la asistencia a los diabéticos tipo 2?

Objetivos: Valorar la atención al paciente diabético tipo 2 (DM tipo2). Comparar estos resultados con los recogidos el año anterior. Describir características de estos pacientes.

Diseño: Estudio descriptivo transversal. Calidad.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: Población de 17.273 personas, con 13 cupos médicos y 1.267 DM tipo2. Muestra de 112 diabéticos (intervalo de confianza (IC) 95%, nivel de riesgo alfa 0,05). Muestreo aleatorio sistemático. Variables: edad, sexo, tabaco, HTA, obesidad, dislipemia, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica, retinopatía y nefropatía diabéticas. Indicadores: 9 del Proceso Asistencial Integrado DM tipo2. Datos en Diraya. Análisis estadístico con SPSS 15.0. Exposición de los resultados y debate en sesiones clínicas con todo el equipo con posterior abordaje de líneas de mejora.

Resultados: Un 55% son mujeres, media 66.2 años, comorbilidad elevada (HTA 76%, dislipemia 64,3%, tabaco 20%, cardiopatía isquémica 18% y, retinopatía y nefropatía diabéticas un 19% y 20%). Indicadores mejorados respecto al año anterior: solicitud de hemoglobina glicosilada de 63.1% a 83% (IC 77.23-88.77), registro de hemoglobina glicosilada de 22.0% a 49.5% (IC 42.60-55.39), registro del pie diabético del 15.6% a 41.1% (IC 33.9-48.3), mientras que hay malos indicadores en hemoglobina glicosilada<7.5 (IC 46.81-50.21) y colesterol-LDL<100 (IC 29.40-43.85).

Conclusiones: Tienen elevada comorbilidad y complicaciones, evidenciándose mejoras en los indicadores respecto al año anterior salvo en el control de los niveles de hemoglobina glicosilada<7.5 y de LDL-colesterol<100. Los trabajos de Calidad son una herramienta que apoya nuestra práctica asistencial y con ellos esperamos elevar la salud de nuestros pacientes.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus Type 2, Quality, Primary Health Care.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación del programa de seguimiento de retinopatía diabética en un centro de salud

Cid Sánchez AB, Montero López R, Vigo Celorrio F, Martín Bueno P, Castro Gómez JA, Cabrerizo Aguilera E

Medicina Familiar. CS Almanjáyar. Granada

Título: Evaluación del programa de seguimiento de retinopatía diabética en un centro de salud.

Objetivos: Evaluar el programa de cribado regular de la retinopatía diabética en la población asistida en un centro de salud.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Un centro de salud urbano.

Material y Método: Del total de los 579 diabéticos incluidos en el programa, se seleccionó una muestra aleatoria simple de 230 pacientes. Las variables de estudio fueron: sexo del paciente, retinografía realizada, retinografía patológica según médico de familia y según oftalmólogo, número de lesiones observadas según médico de familia y oftalmólogo, retinopatía previa y pruebas anuladas.

Resultados: De la muestra se eliminaron los pacientes que se encontraban incapacitados (18) y aquellos ya diagnosticados de retinopatía (5), en

total 206. 114 mujeres, 92 varones. 156 se realizaron retinografía (76%). 50(24%) no se realizaron. De las 156 pruebas, 30 (19,23 %) fueron dadas como positivas por parte del médico de familia, el oftalmólogo considero que si eran positivas 28 (17,94%). Coincidencia del 94 %.70 % con retinopatía no proliferativa leve y 2 % de retinopatía proliferativa. De entre las consideradas positivas el número de lesiones apreciadas por los médicos fue de 172 y por los oftalmólogos 115. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). La media de retinografías realizadas por paciente es de 1,9. Generaron 32 pruebas anuladas, el 96 % debido a que no acudieron a la cita.

Conclusiones: Consideramos necesario un aumento de la cobertura del programa. No había diferencias significativas entre las pruebas dadas como positivas entre el médico de familia y oftalmólogo. Si se encontraron diferencias en el número de lesiones observadas.

Palabras Clave: Retinopatía diabética, retinografía, atención primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

En pacientes de alto riesgo, con ACVA previo y para evitar nuevos episodios, ¿es mejor la antiagregación simple con AAS o Clopidogrel o la doble antiagregación?

Téllez Joya FI¹, Molina Cáceres M³C², García Panal J³

¹ MIR 2º año. UGC Algeciras Norte-Rinconillo. Algeciras (Cádiz)

² MFyC. UGC Algeciras Norte-Rinconillo. Algeciras (Cádiz)

³ MIR 2º año. UGC La Velada. La Línea de la Concepción (Cádiz)

Título: En pacientes de alto riesgo, con ACVA previo y para evitar nuevos episodios, ¿es mejor la antiagregación simple con AAS o Clopidogrel o la doble antiagregación?

Objetivos: En pacientes de alto riesgo, con ACVA previo, y para evitar nuevos episodios, ¿es mejor la antiagregación simple con AAS o clopidogrel o la doble antiagregación?

Diseño: Búsqueda: MEDLINE. Posteriormente en la Biblioteca Virtual del SAS. Búsqueda con límites (2005-2010, sólo ensayos clínicos).

Emplazamiento: CS urbano.

Material y Método: Dos artículos: "Effects of Clopidogrel and Aspirin in combination versus aspirin alone on platelet activation and major receptor expression in patients after recent ischemic stroke: For the Plavix use for treatment of stroke (PLUTO-Stroke) trial? (2005)" y "Aspirin and Clopidogrel compared with clopidogrel alone after recent ischaemic stroke or transient ischaemic attack in high-risk patients (MATCH):

randomised, double-blind, placebo-controlled trial. (2004)".

Resultados: La asociación de clopidogrel con aspirina parece tener mayor poder antiagregante que la aspirina sola, pero tiene un mayor riesgo de sangrado, con peligro vital (hemorragias gastrointestinales o intracraneales), comparado con el clopidogrel en monoterapia.

Conclusiones: En vista de los resultados obtenidos, en los pacientes de alto riesgo con ACVA previo, se comienza utilizando AAS, a no ser que los pacientes tengan problemas gastrointestinales o bien intolerancia a la aspirina. Pero en el caso de pacientes diabéticos o con arteriopatía periférica es mejor utilizar el clopidogrel como prevención secundaria.

No se demuestra que sea mejor la doble antiagregación por el riesgo de hemorragia con riesgo vital (gastrointestinales o intracraneales).

Palabras Clave: clopidogrel, platelet aggregation, stroke.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Conocimiento y actitud de la población a la exposición al humo de tabaco

Gallego Montiel A¹, Reina González M², González Pérez A¹, Sánchez García de Veas JC², Barros Rubio C³, Robles Viaña M⁴M⁴

¹ Medicina de Familia. CS de Ubrique. Ubrique (Cádiz)

² DUE. CS de Ubrique. Ubrique (Cádiz)

³ Unidad Docente MFyC de Cádiz

⁴ Técnico de Apoyo Tabaquismo Distrito Sierra de Cádiz. Villamartín (Cádiz)

Título: Conocimiento y actitud de la población a la exposición al humo de tabaco.

Objetivos: 1. Identificar exposición al humo del tabaco ambiente (HTA) en domicilio, coche y trabajo.

2. Conocer la opinión sobre riesgos de dicha exposición y sobre la reforma de la Ley antitabaco del 2005.

3. Identificar número de locales libres de humo conocidos.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Atención Primaria Rural.

Material y Método: Población estudiada 346 personas que acudieron y completaron un cuestionario auto administrado en stand informativo del Día Mundial Sin Tabaco. Este recogía variables sobre hábito tabáquico, exposición al HTA (en domicilio, trabajo y locales de ocio), conocimiento sobre tabaquismo pasivo, opiniones sobre la ley antitabaco. Análisis estadístico SPSS 17.0

Resultados: Edad media 44,39 ± 15,23; mujeres 54,6% (IC95%49,2-60,0); fuman 35,7% (IC95% 30,4-

40,9) [41,8% (IC95%33,6-49,9) hombres, 30,6% (IC95%23,6-37,7) mujeres]; familias con al menos 1 fumador: 57% (IC95%51,6-62,4). Prohíben fumar en casa 54,9% (IC95%49,5-60,3), en coche 79% (IC95%74,3-83,7)). No respetan esas normas 23,6% (IC95%18,9-28,3). Expuestos en trabajo al HTA 15,2% (IC95%11,0-19,4). Desconocen locales de ocio libres de humo: 75,1% (IC95% 69,9-80,3). Apoyan endurecimiento de la Ley antitabaco: 82,17% (IC95%77,9-86,4) del total y 63,8% (IC95% 54,8-72,9) de fumadores encuestados.

Encontramos diferencias significativas: mujeres/hombres más de acuerdo en que exposición a HTA provoca cáncer y que perjudica a las embarazadas. No fumadores/ fumadores están más a favor de la prohibición total de fumar en espacios públicos y que la ley ayuda a dejar de fumar.

Conclusiones: La exposición al HTA es frecuente en hogar, muchos desconocen los daños de la exposición y escasean locales de ocio libres de humo. La mayoría de encuestados está a favor del endurecimiento de la ley antitabaco.

Palabras Clave: Tobacco smoke pollution, smoking, legislative tobacco smoking.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Eficacia de la vacunación contra neumococo en los enfermos de EPOC

Rando Jiménez A¹, Durante Núñez T², Alcaraz Martínez M³V², Ramos Ayllón J², González Rodríguez A², Sánchez Jordán R²

¹ MIR Medicina de Familia. UGC Miraflores de Los Ángeles. Málaga

² Medicina de Familia. UGC Miraflores de Los Ángeles. Málaga

Título: Eficacia de la vacunación contra neumococo en los enfermos de EPOC.

Objetivos: Hasta el año 2008, sólo se vacunaba contra la gripe a los pacientes de riesgo. Desde el pasado año, también incluye la vacuna contra el neumococo para determinados pacientes. Hemos realizado un estudio preliminar, comparando el número de reagudizaciones de EPOC, antes y después de esta vacunación, en la población afecta de nuestro centro de salud.

Diseño: Estudio.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: Población total: 38.452 habitantes. Pacientes incluidos en proceso EPOC: 372 (1% del total). Revisión de todas las historias incluidas en proceso EPOC y recuento de número de vacunados y reagudizaciones pre y posvacunales.

Resultados: Pacientes vacunados, el 66% de la población en estudio (247 pacientes).

Del total de la población estudiada, hemos encontrado una disminución de reagudizaciones del 42.45 % (212 reagudizaciones en el año 2009 y 90 en el año 2010), siendo esta disminución mas evidente entre los pacientes vacunados. Entre los vacunados encontramos una disminución del 46.05% de reagudizaciones (152 en 2009 frente a 70 en 2010).

Entre la población que rechazó la vacuna encontramos una disminución del 33.3% de reagudizaciones (60 en 2009 y 20 en 2010).

Conclusiones: Creemos que estos datos son muy positivos para valorar el uso de esta vacuna de forma universal en los pacientes afectados de EPOC. Sin embargo, sería necesario el seguimiento en los próximos años para establecer de forma precisa el verdadero impacto y beneficio de esta actuación.

Con todo ello, podremos valorar el beneficio de esta medida preventiva, tanto para el paciente como para la sociedad en general.

Palabras Clave: vacuna neumococo, EPOC, reagudizaciones.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Exploración orientada a los síntomas en los trastornos del equilibrio en ancianos en atención primaria

Cachinero Perales P, Sánchez Vargas C², Lujano Arenas C², González Calvo J¹, Cueto Camarero M^aM¹, Pérez Milena A¹

¹ CS El Valle. Jaén

² CS San Felipe. Jaén

Título: Exploración orientada a los síntomas en los trastornos del equilibrio en ancianos en atención primaria.

Objetivos: Determinar las maniobras de exploración física más eficientes para diagnosticar los trastornos del equilibrio en ancianos según la sintomatología.

Diseño: Estudio descriptivo de asociación cruzada.

Emplazamiento: Dos Centros de Salud urbanos.

Material y Método: Pacientes con 65 años o más, sintomatología relacionada con trastornos del equilibrio. Exclusión: demencia o minusvalía que dificulte la exploración. Se realiza una amnesia/exploración estandarizada, mediante muestreo consecutivo, por médicos de familia. Se forman grupos sindrómicos y exploratorios, valorando su relación mediante tablas de contingencia (test X^2 , razón de verosimilitud [LR]).

Resultados: 28 pacientes (74% mujer, 76 años±EEM 1,3). Grupos sindrómicos: inestabilidad 56%, vértigo 39%, presíncope 5%. Inicio brusco

(60%), evolución crónica (61%), exacerbación con movimientos (50%). Síntomas más frecuentes: disnea (43%), pérdida de visión (39%), náuseas/vómitos (30%), hipoacusia (26%). Antecedentes más frecuentes: osteoarticulares (78%) y visuales (65%). Un 58% toma 5 ó más fármacos diferentes (diuréticos 58%, tranquilizantes 31%). Han consultado previamente un 70% (55% más de tres veces) con caídas frecuentes en un 26%. Exploración patológica: otoneurológica 100%, neurológica general 65%, osteoarticular 31% y cardiovascular 13%. La exploración neurológica patológica se relaciona con el desequilibrio (LR=2,66; $p=0,94 X^2$) mientras que las exploraciones osteoarticular y cardiovascular no presentan asociación (LR=1).

Conclusiones: Las características de los trastornos de equilibrio en ancianos justifica la necesidad de una exploración orientada a síntomas. Las exploraciones otológica y neurológica parecen ser eficientes en Atención Primaria. Es preciso incrementar la muestra para establecer un modelo diagnóstico más discriminativo de la exploración.

Palabras Clave: Anciano, Trastorno del equilibrio, Atención Primaria, Exploración física.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Alternativas no médicas para la hiperfrecuentación

Rey Martín AE¹, Cañas Barranco M^aA², Santa Cruz Bellet C³, De los Riscos Mateos EM^{a1}, Navarro Gallego M^aI¹, Gómez Narváez Y⁴

¹ Médico de Familia. CS Trinidad-Jesús Cautivo. DS Málaga

² Médico Residente de Familia. CS Trinidad-Jesús Cautivo. DS Málaga

³ Trabajadora Social. CS Trinidad-Jesús Cautivo. DS Málaga

⁴ Enfermera Gestora de Casos. CS Trinidad-Jesús Cautivo. DS Málaga

Título: Alternativas no médicas para la hiperfrecuentación.

Objetivos: Proporcionar una alternativa a aquellas mujeres hiperfrecuentadoras de consultas médicas a demanda, que transforman sus problemas cotidianos en motivos de consulta clínica.

Diseño: Descriptivo, observacional, retrospectivo.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método: Período: 2007-2009. Programa psicoeducativo, realizado íntegramente por trabajadora social y dos enfermeras. Criterios de inclusión: mujeres de 30-65 años, hiperfrecuentadoras, sin psicopatología previa grave, derivadas por médicos de familia. Entrevista semiestructurada previa individual. Se imparten 9 talleres en los cuatro grupos realizados, para dotar de herramientas que ayuden a mejorar calidad de vida (medida por cuestionario Euroqol) e intentar disminuir la necesidad de asistencia a los servicios sanitarios. Test de Goldberg (ansiedad y depresión) e inventario

de estrategias de afrontamiento antes y después. Encuesta de satisfacción tras taller. Estadística descriptiva.

Resultados: Frecuentación antes del taller 3,23 y post-taller 2,96. Total de mujeres 38, edad media 62 años y estudios primarios. Todas en tratamiento con algún tipo de fármaco. 92% sin visita previa a salud mental. Motivo de derivación al taller: 53% malestar con su situación y 26% ansiedad. Valoración anónima post-taller: 97% lo puntúan en 9 ó 10 (escala 1 al 10); 63% desearían continuar el taller y 74% lo recomendarían a otros.

Conclusiones: Destaca el hecho de ser realizado íntegramente por personal no médico y haber conseguido mejorar la frecuentación.

Disponemos de un programa psicoeducativo, diseñado para disminuir la frecuentación en las consultas a demanda e intentar mejorar la calidad de vida de un perfil de usuaria habitual.

Palabras Clave: Quality of life, Psychoeducational program, Medical care.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Parámetros de efectividad en anticoagulación

De Los Riscos Mateos EM^{a1}, Diz González D², Ruedas Larrubia RP¹, Rey Martín AE¹, Porcel Martín EM^{a2}, Tavira Paton M^{a1}

¹ Médico de Familia. CS Trinidad-Jesús Cautivo. DS Málaga

² Médico Residente de Familia. CS Trinidad-Jesús Cautivo. DS Málaga

Título: Parámetros de efectividad en anticoagulación.

Objetivos: Analizar en cohorte prospectiva parámetros de efectividad en el tratamiento anti-coagulante oral (TAO). Evaluar aspectos de calidad de la atención.

Diseño: Descriptivo, comparativo, cohorte prospectiva.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: Bienio 2008-2009. 234 Pacientes en Programa TAO. Muestreo sistemático, aleatorio, estratificado (14 cupos): Cohorte de 64 en 2008, 57 seguidos en 2009. Fuente: Historia de Salud Digital. Variables: sexo, edad, diagnósticos, tratamiento, dosis, rangos, semanas con rango estable y registros. Epi-Info-6.0.

Resultados: Cohorte: 64 pacientes en TAO en 2008, 7 pérdidas en 2009: 3 por fallecimiento, 1 por no indicación TAO y 3 por inadecuados re-

gistros. 59% mujer. 75 años. 100% acenocumarol. Datos (años 2008/2009). Rango INR 2-3: 87.5% / 89%. 1 control/mes/paciente. 50%/ 66% controles en rango. Diagnósticos: Fibrilación auricular (FA) 64 /70% prótesis valvular 17/13%, ACV y otros 18 / 17%. Rango no registrado 4.5% / 5,2%. Registro miligramos 90%/ 100%. Media de 12 semanas consecutivas con rango estable en 2008 y 15 en 2009 con dosis medias de 14 y 12,5 mg/semana respectivamente.

Conclusiones: Cohorte de 75 años con FA y acenocumarol. No diferencias en diagnósticos, número de controles. Mejoramos registros de dosis en mg. y controles en rango. Empeoramos registros de rangos en 2009. Convendría registrar motivos de salidas de rango. Los parámetros de efectividad de TAO son semanas consecutivas con rango estable y dosis media requerida para ello, encontrando mejoría de estabilidad en 3 semanas con menor dosis media para ello en 2009.

Palabras Clave: Anticoagulant drug, Quality, Effectiveness.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Diabetes y presión intraocular elevada (PIO)

Guerrero Durán EM¹, Domínguez Márquez AB¹, Jiménez López M²I², Carrasco Almagro AV¹, Extremera Navas P¹, De Mario Recio P¹

¹MFyC. CS Palma-Palmilla. Málaga

²MFyC. CS Jesús Cautivo. Málaga

Título: Diabetes y presión intraocular elevada (PIO).

Objetivos: Conocer cual es la PIO en pacientes diabéticos a los que se le realizó también una retinografía.

Diseño: Descriptivo Retrospectivo.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: Todos los pacientes diabéticos derivados desde 13 consultas de Atención Primaria de un Centro de Salud para realización de retinografía desde el 01.02.2006 al 01.12.2007. Previamente a la retinografía se tomo PIO con tonómetro de aire. Se excluyeron pacientes diagnosticados de Glaucoma y que estuvieran en seguimiento por Oftalmología.

Variables: Edad, Hemoglobina Glicosilada, Tratamiento, Años de Evolución, PIO bilateral, Retinografía.

Resultados: Se estudiaron 146 pacientes, edad media 64 años (rango 35-82). El 94% diabéticos tipo 2. El 34% eran Insulinodependientes.

La media de años de evolución, fue de 9.3 (rango 1-33) La HbA1c media fue de 7.9 (5.3-12). La PIO media en el ojo derecho fue de 16.4 (7-26) Intervalo de Confianza (IC) (15.79-17.01) $p < 0.005$ y en Ojo izquierdo de 16.5 (7-27). IC de (15.85-17.14) $p < 0.05$.

Encontramos 17 pacientes (11.6%) con PIO de 21 o más de 21 mmHg. De ellos cuatro tenían una Retinopatía Diabética y dos signos de Retinopatía Hipertensiva.

Conclusiones: Un porcentaje de nuestros pacientes diabéticos, tenían la PIO elevada, y ellos no lo conocían. Estos pacientes fueron derivados a Oftalmología para confirmar la PIO elevada y posible Glaucoma.

El porcentaje con PIO elevada, no difiere del de otros autores y de población general no diabética, no obstante creemos necesario la toma de PIO para su detección temprana y evitar un factor de riesgo añadido al problema oftalmológico de los diabéticos.

Palabras Clave: Hipertensión Ocular, Diabetes, Atención Primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Tele dermatología: concordancia diagnóstica entre Atención Primaria (AP) y especializada

Domínguez Márquez AB¹, Jiménez López M^{AI}¹, Guerrero Durán EM¹, Navarro Gallego M^{AI}², Pérez Olivares C¹, Ruiz Dieguez P³

¹ MFyC. CS Palma-Palmilla. Málaga

² MFyC. CS Jesús Cautivo. Málaga

³ Anatomopatología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Título: Tele dermatología: concordancia diagnóstica entre Atención Primaria (AP) y especializada.

Objetivos: Conocer el grado de concordancia entre el diagnóstico realizado por AP y Especializada en una consulta de tele-dermatología.

Diseño: Descriptivo Retrospectivo.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: En el periodo 01.05.2005 al 01.12.2009, se realizaron fotografías mediante un dermatoscopio, a pacientes con sospecha de lesiones dermatológicas premalignas y malignas derivadas desde 13 consultas de Medicina de Familia. Las imágenes se transmitieron vía telemática a un dermatólogo hospitalario, considerado como el gold estándar.

Variables: Las lesiones dermatológicas se clasificaron en Malignas (melanoma, cáncer basocelular y espinocelular); Premalignas (queratosis actínicas. Enfermedad de Bowen, queratoacantoma, lentigo maligno); y Benignas (Lesiones pigmentadas, inflamatorias, fibromas y lesiones vasculares).

Resultados: Se derivaron 544 pacientes; 61% mujeres, edad media 55 años (rango 15-94). Los Médicos de Familia (MF), clasificaron 112 lesiones como malignas, (21%); 60 como premalignas (11%) y 372 como benignas (68%).

Tras ver las imágenes, el dermatólogo citó al 58% de los pacientes para confirmar o descartar el diagnóstico inicial. El grado de concordancia entre MF y el dermatólogo fue del 44% en lesiones malignas, del 35% en premalignas y del 89% en benignas. La Concordancia global fue del 73%.

Índice de Kappa para las tres variables 0.407 p<0.0001.

Conclusiones: La tele-dermatología es útil para el diagnóstico precoz de lesiones malignas y premalignas al reducir el tiempo de espera para ser visto por el especialista.

En nuestro Centro, la concordancia global encontrada es similar o superior a la descrita por otros autores, especialmente en lesiones benignas, y menor en premalignas y malignas.

Palabras Clave: Telemedicina, Dermatología, Atención Primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación mediante refranes del efecto de una escuela de envejecimiento activo en las actitudes frente a la salud

Pérez Enríquez I¹, Castillo Trillo B¹, Acero Guasch N¹, Conesa Pareja M¹, Valverde Vallejo P¹, Burgos Varo M²L²

¹ Medicina de Familia. CS El Palo. Málaga

² Trabajadora Social. CS El Palo. Málaga

Título: Evaluación mediante refranes del efecto de una escuela de envejecimiento activo en las actitudes frente a la salud.

Objetivos: Evaluación del cambio de actitudes hacia temas de salud mediante cuestionario de refranes en personas mayores que participan en una Escuela de Envejecimiento Activo.

Diseño: Intervención pre-post con grupo control.

Emplazamiento: Centro De salud urbano. Centro de mayores de la zona básica

Material y Método: Personas mayores que participan en una Escuela de Envejecimiento Activo. Comparación con grupo control.

Se seleccionan 46 refranes del Refranero Popular referentes a temas de salud: 23 reflejan actitudes positivas y 23 negativas. Se cumplimentan antes de la primera sesión, a mitad y al final de la intervención. Se comparan las puntuaciones con un grupo control. Análisis del cambio en las puntuaciones en ambos grupos y comparación de las puntuaciones medias me-

dante prueba no paramétrica U de Mann Whitney.

Resultados: Se recogen 67 cuestionarios (70% de mujeres), 45 del grupo de estudio y 22 del grupo control. Edad media 67 años. No hay diferencia en edad o sexo entre grupos de estudio y control en ninguna de las mediciones. Al inicio la media de puntuaciones positivas es significativamente menor en el grupo de estudio (17,04) que en grupo control (20,11) ($p < 0.002$), sin diferencias en las puntuaciones negativas (20,4 control; 18,09 en estudio). A mitad de la intervención no existen diferencias (media positivos: 20,4 control, 18,09 estudio; media negativos: 15 control, 13 estudio). Al final se produce un aumento de la puntuación media de refranes que reflejan actitudes positivas en el grupo de estudio (19,7) que alcanza significación estadística respecto a las del grupo control (16,6) ($p < 0.004$).

Conclusiones: La participación de personas mayores en una Escuela de Envejecimiento Activo podría aumentar conocimientos y actitudes hacia hábitos saludables

Palabras Clave: Anciano, Promoción de salud, Comunidad.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Medidas de adecuación higiénica en una población de riesgo social

López López E¹, Suárez Escobosa AB², Sánchez Benitez de Soto M³L³

¹ MIR 4º año MFyC. Hospital Poniente de El Ejido (Almería)

² DUE. Equipo de Tuberculosis de Distrito Poniente (Almería)

³ Médico de Familia. Equipo de Tuberculosis de Distrito Poniente (Almería)

Título: Medidas de adecuación higiénica en una población de riesgo social.

Objetivos: Coordinación entre Servicios Sociales (SS) de Ayuntamiento y SAS para intervención sociosanitaria en viviendas seleccionadas con cluster de Tuberculosis (TB).

Diseño: Estudio de intervención adiestrando a la población seleccionada, con ayuda de mediadores previamente adiestrados en TB y medidas de higienización.

Emplazamiento: Poblaciones en riesgo social pertenecientes a una Zona Básica de Salud rural.

Material y Método: La población a estudio: convivientes de las casas donde hay brotes de TB. Criterios de selección: Diez viviendas que no reúnen condiciones higiénicas saludables. Variables: estado de canalización de tuberías, limpieza de suelos con lejía, pintura de paredes y puertas, entrega gratuita de material para la limpie-

za y adiestramiento de esta población para la higienización.

Resultados: En el poco tiempo que llevamos con el proyecto en funcionamiento, hemos visto que el tener mediadores formados en problemas sociosanitarios nos facilitan transmitir mensajes de salud. Una buena coordinación entre las distintas instituciones facilita trabajar conjuntamente para conseguir un mismo objetivo, que en nuestro caso es la higienización de unas viviendas determinadas, intentando que esta población en riesgo social tome conciencia de lo conveniente de la higienización para intentar romper con la difusión de la enfermedad tuberculosa.

Conclusiones: El trabajo coordinado entre las distintas instituciones con los mismos objetivos, rentabiliza los recursos y consigue una mejora en Salud Pública. Esta mejora de las condiciones higiénicas hará que disminuya la transmisión de la TB.

Palabras Clave: Tuberculosis Pulmonary, mycobacterium, social risk.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Son las lesiones precancerosas en cérvix más frecuentes en mujeres jóvenes?

Coronilla Carbonell M³C¹, Orihuela Traverso M², Alarcón Manoja E², Barros Rubio C³, Lozano Coca A⁴, Martínez Parra D⁵

¹ MFyC. CS Rodríguez Arias. San Fernando (Cádiz)

² MFyC. CS La Merced. Cádiz

³ MFyC. Unidad Docente MFyC de Cádiz

⁴ Ginecología. HU Puerta del Mar. Cádiz

⁵ Anatomía Patológica. HU Puerta del Mar. Cádiz

Título: ¿Son las lesiones precancerosas en cérvix más frecuentes en mujeres jóvenes?

Objetivos: Conocer la prevalencia de lesiones precancerosas de alto grado de malignidad en cérvix en los distintos grupos de edad.

Diseño: Estudio observacional descriptivo transversal en mujeres incluidas en el proceso asistencial cáncer de cérvix.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: De las 8124 citologías realizadas durante 2009 en nuestra área, 216 resultaron patológicas, y de éstas, 167 se confirmaron en biopsia. Se establecieron 4 grupos de edad (<24, 25-31, 32-40, >41), y se realizó un análisis descriptivo de todas las variables registradas mediante el programa estadístico SPSS.

Resultados: En menores de 24 años se detectó CIN (neoplasia intraepitelial cervical) I: 54%

(IC95% 40,8-67,0), CIN II 22,2% (IC95% 11,1-33,2) y CIN III 1,6% (IC95% 0,0-8,5). Entre 24 a 31 años, la prevalencia de CIN I fue de 41,8% (IC95% 27,8-55,7), CIN II 34,5% (IC95% 21,0-48,0) y CIN III 5,5% (IC95% 1,1-15,1). En mujeres de 32 a 40 años la frecuencia de CIN I fue de 36,4% (IC95% 24,0-48,7), CIN II 22,7% (IC95% 11,8-33,5) y en CIN III 12,1% (IC95% 3,4-20,7). Por último en mayores de 40 años la prevalencia de CIN I 42,3% (IC95% 27,9-56,6), CIN II 7,7% (IC95% 2,1-18,5) y CIN III 11,5% (IC95% 1,8-21,1).

Conclusiones: En mayores de 40 años existe mayor porcentaje de lesiones CIN III, lo cual podría estar relacionado con que las mujeres que no logran erradicar la infección por Virus Papiloma Humano de alto riesgo, presentan mayor probabilidad de evolución a lesiones de alto grado.

Palabras Clave: Cervical cáncer, Young women, HPV.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia de genotipos de VPH (virus papiloma humano) en biopsias patológicas en nuestra área sanitaria

Orihuela Traverso M¹, Alarcón Manoja E¹, Coronilla Carbonell M^aC², Hervías Vivancos B³, Lozano Coca A³, Barros Rubio C⁴

¹ MFyC. CS La Merced. Cádiz

² MFyC. CS Rodríguez Arias. San Fernando (Cádiz)

³ Ginecología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

⁴ MFyC. Unidad Docente de MFyC de Cádiz

Título: Prevalencia de genotipos de VPH (virus papiloma humano) en biopsias patológicas en nuestra área sanitaria.

Objetivos: Valorar qué genotipos de VPH son los que producen lesiones de cérvix durante el año 2009.

Diseño: Estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: De las 8124 citologías realizadas durante 2009, 216 fueron diagnosticadas de lesiones precancerosas y cáncer de cérvix con PCR (Reacción en cadena de las polimerasas) positiva para el VPH, eliminando aquellas con PCR negativas. Se confirmaron en biopsia 167 y se realizó un análisis descriptivo dividido en grupos de edad, de todas las variables registradas mediante el programa estadístico SPSS.

Resultados: El genotipo VPH más prevalente tanto en CIN (Neoplasia intraepitelial cervical) I (24,3% IC95% (15,5-33,0)), CIN II (59,6% IC95% (45,3-73,9)), y en CIN III (77,8% IC95% (52,3-93,5)), ha sido el 16. El genotipo 51 fue el segundo más prevalente en CIN I y CIN II, sin embargo en CIN III, fueron los genotipos 31 y 52.

Igualmente el genotipo más frecuente en todos los grupos de edad es el 16, destacando en menores de 24 años con una prevalencia del 46%. A medida que avanza la edad, cobran importancia otros genotipos como el 61, 53 y 56.

Conclusiones: El genotipo 16 es el más frecuente en todas las biopsias patológicas, aunque existen otros genotipos altamente prevalentes en nuestra área.

Palabras Clave: Cervical cancer, HPV, Biopsias.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Ganancia de peso gestacional en una zona de transformación social (ZTS)

Pérez Olivares C¹, De La Rubia Loriguillo AM^{al}, Navarro Gallego M^{al}, Guerrero Duran EM¹, Domínguez Márquez AB¹, Jiménez López M^{al}T¹

¹ MFyC. CS Palma-Palmilla. Málaga

² MFyC. CS Jesús Cautivo. Málaga

Título: Ganancia de peso gestacional en una zona de transformación social (ZTS).

Objetivos: Conocer cual es la ganancia de peso gestacional, relacionada con su Índice de Masa Corporal (IMC).

Diseño: Descriptivo Retrospectivo.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano, ZTS.

Material y Método: Gestantes controladas en Centro de Salud, desde 01.01.2007 al 31.12.2009. Se excluyeron pacientes de alto riesgo, gemelares y captación tardía. Las gestantes se clasificaron al inicio del embarazo en cuatro grupos, según su IMC: A) Bajo peso <18.5Kg/m², B) Normal (18.5—24.9Kg/m²), C) Sobrepeso (25-29.9Kg/m²) y D) Obesas >30kg/m². El Instituto Americano de las Ciencias, en 2009, recomienda que la ganancia de peso idónea es: Grupo-A (12.5 a 18Kg); Grupo-B (11.5 a 16.0Kg); Grupo-C (7.0 a 11.5Kg); Grupo-D (5.0 a 9.0Kg).

Resultados: 315 gestantes, edad media 26.6 años (rango 15 - 42), Talla media 1.60cm (1.41 - 1.79 cm). Peso medio 65.1 Kg. (37.5 - 157). IMC medio 25.3 Kg/m² (15.6 - 63), Ganancia media 10.4 Kg.

Grupo A: 16 gestantes, de ellas el 62% con ganancia anómala de peso (GAP). IMC medio: 17.0 Kg/m² Intervalo Confianza (IC) (16.6-17.3) p<005.

Grupo B: 169 gestantes, el 66% con GAP, IMC medio 22.3 IC (22.0-22.6) p<005.

Grupo C: 75, el 52% CON GAP, IMC medio: 26.8 IC (26.5-27.1) p<005.

Grupo D: 55, el 71% con GAP, IMC medio: 35.0 IC (33.5-36.5) p<005.

Del total de gestantes el 22% estaba por debajo del rango inferior y el 47% por encima. Total de gestantes con GAP: 69%.

Conclusiones: Conseguir una ganancia de peso idónea, contribuye a disminuir el riesgo obstétrico y los problemas de salud materno-infantil. En nuestra ZTS, encontramos: alta prevalencia de sobrepeso y obesas y un porcentaje de GPA superior a los resultados de otros autores.

Palabras Clave: Embarazo, Ganancia de peso, Atención Primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

La violencia sobre los profesionales de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias. ¿Influye el tamaño de la población?

Ramos Navas-Parejo JM¹, Roldán Maldonado G², Garrido Mateo L³, Guiote Torres A¹, Salazar Torres IC³, Ávila Villegas R⁴

¹ Médico De Familia. DCCU. Granada

² Psicóloga Clínica. Hospital de Día Virgen De Las Nieves. Granada

³ Psicóloga Clínica. Granada

⁴ Pediatra. CS Almanjáyar. Granada

Título: La violencia sobre los profesionales de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias. ¿Influye el tamaño de la población?

Objetivos: Estudiar la prevalencia de las agresiones hacia los profesionales de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU), las consecuencias de dichas agresiones y las diferencias en función del tamaño de la población atendida.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Multicéntrico (rural y urbano).

Material y Método: Se realizó una entrevista semiestructurada a todos los profesionales de la provincia que trabajan, fundamentalmente, en los DCCU y que aceptaron participar en el estudio. En total, 315 profesionales (35,2% médicos, 29,9% enfermeros, 34,9% celadores-conductores). Contempló variables sociodemográficas, número, tipo de agresiones y consecuencias. Análisis estadístico: test Chi-cuadrado.

Resultados: El 84,4% de los profesionales se ha sentido agredido en su trabajo (el 18,4% ha su-

frido agresiones físicas). El 58,7% las valora como graves/muy graves. El 49,5% tiene miedo de ser agredido cuando trabaja. El 32,2% de los profesionales señala haber sufrido o presenciado más de 20 agresiones.

Hemos encontrado diferencias significativas en función del tamaño de la población atendida (<10.000 habitantes versus >10.000 habitantes). Los profesionales que trabajan en poblaciones grandes (55,7%) se han sentido más agredidos ($p=0,005$), con mayor gravedad ($p=0,002$) y tienen más miedo cuando están trabajando ($p=0,006$). Su repercusión en el ámbito familiar, laboral y personal también es mayor ($p=0,031$; $p=0,011$ y $p=0,049$, respectivamente).

Conclusiones: Nuestros datos confirman que existe una muy alta prevalencia de agresiones sobre profesionales de DCCU, con importantes repercusiones. Trabajar en poblaciones mayores de 10.000 habitantes parece ser un factor de riesgo.

Palabras Clave: Violence, Emergency, Primary Care.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Hábitos del personal sanitario del distrito Huelva costa

Ramblado Minero M¹, Díaz Mingorance A², Morales Pérez D³, Romero Tirado M³J⁴, Petrova T⁵, Soteras Limón M³D⁶

¹ Médico de Familia. UPRL Distrito de Huelva. Huelva

² Médico Familia. UPRL Distrito Granada. Granada

³ Médico Familia. DCCU Huelva. Huelva

⁴ Médico Familia. Distrito Huelva Costa. Huelva

⁵ Licenciada en Medicina y Cirugía. DCCU Huelva. Huelva

⁶ Médico De Familia. CS Adoratrices. Huelva

Título: Hábitos del personal sanitario del distrito Huelva costa.

Objetivos: Nuestro objetivo es realizar un estudio sobre los hábitos de vida del propio personal sanitario, centrándonos en el hábito de fumar, la realización de ejercicio físico, y el IMC con el fin de saber si aplicamos a nosotros mismos lo que intentamos transmitir, y si son necesarios programas laborales para conseguirlo.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Unidad de prevención de Riesgos Laborales del Distrito Sanitario.

Material y Método: A partir de las historias clínicas de los reconocimientos médicos laborales del personal sanitario del Distrito Sanitario, se recogen los datos de la encuesta clínico laboral del año 2010, donde a cada trabajador se le pregunta sobre el hábito de fumar y si realiza ejercicio físico, y del examen clínico el peso, la talla, calculándose IMC. En total se rea-

lizó sobre un total de 523 trabajadores sanitarios.

Resultados: En nuestro estudio de los 523 trabajadores que participan en el estudio 45 de ellos presentan obesidad tipo II; 272 de ellos, presentan sobrepeso grado I; 113 de ellos sobrepeso grado II; y el resto, son normopesos según su IMC. En cuanto al hábito tabáquico tan solo 113 trabajadores presentaban tabaquismo activo y en cuanto a la realización de ejercicio físico, 341 de ellos realizaban actividad física todos los días durante periodos de una hora o mas, 45 lo realizaban una sola vez a la semana y el resto no practicaba ningún tipo de ejercicio.

Conclusiones: Es necesario implicar al personal sanitario en los hábitos saludables que intentamos transmitir a la población. En nuestro estudio destaca la necesidad de controlar el sobrepeso y mejorar en determinados sectores la realización habitual de ejercicio físico.

Palabras Clave: alimentación, Sobrepeso, Obesidad.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Día mundial sin tabaco 2010. Opinando sobre el tabaquismo

Reina González M¹, Moreno Jiménez I², Gallego Montiel A³, Barros Rubio C⁴, Gago León M⁵L⁵, Robles Viaña M⁶V⁶

¹ DUE. CS de Ubrique (Cádiz)

² Residente de MFyC. CS La Laguna (Cádiz)

³ Médico de Familia. CS de Ubrique (Cádiz)

⁴ Médico de Familia. Unidad Docente MFyC de Cádiz

⁵ Licenciada en Medicina. CS de Ubrique (Cádiz)

⁶ Técnico de Apoyo Tabaquismo Distrito Sierra de Cádiz. Villamartín (Cádiz)

Título: Día mundial sin tabaco 2010. Opinando sobre el tabaquismo.

Objetivos: Valorar conocimiento del riesgo del tabaquismo pasivo.

Identificar motivos que estimulan al abandono y los que favorecen que sigan fumando.

Conocer apoyo o no a la nueva Ley antitabaco.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud Rural.

Material y Método: Población estudiada: acude al stand informativo del Día Mundial Sin Tabaco y acepta contestar una encuesta autoadministrada donde se recogen variables: sexo, edad, opinión sobre tabaquismo pasivo, motivos para la retirada o la permanencia en el hábito tabáquico y el apoyo o no a la ley antitabaco. Análisis estadístico SPSS 17.

Resultados: Contestan encuesta 154 personas: 50% (IC90% 43,0-56,9) hombres; edad media

39,32 ± 15; Nunca fumaron 52,3% (IC90%45,6-59,5). Fuman 27,7% (IC90%21,6-34,1) (?67,4% (IC90%54,5-80,3) , ?32,6% (IC90%19,6-45,4). Muy de acuerdo con que el humo del tabaco es nocivo para los no fumadores 78,1% (IC90% 72,8-84,3), 22,31% (IC90%15,6-28,9) de fumadores. Dar buen ejemplo para sus hijos es motivador para el abandono del hábito: 62,8% (IC90%49,5-76,0). "Fumar les gusta" motiva a mantenerse fumador: 55,8% (IC90%42,1-69,4). Apoyan la Ley antitabaco: 74,6% del global (C90% 68,5-80,7) y 51,2% (IC90%37,4-64,8) de los fumadores encuestados.

Conclusiones: La mayoría reconoce que el humo de tabaco es nocivo para el no fumador. El factor principal para el abandono es:

-Dar ejemplo a los hijos y para seguir fumando es que le gusta. Apoyan la reforma de la Ley Antitabaco tres cuartas partes del global y más de la mitad de los fumadores.

Palabras Clave: Tobacco smoke pollution, Tobacco Use Cessation, Tobacco Control Campaigns.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Recurso a la información, dudo luego busco (una experiencia piloto)

Del Ojo García F¹, Ordóñez Ruiz M²J², Rodríguez Alonso D², Gutiérrez Castillo D³, Moratalla López E⁴

¹ MIR 3^{er} año MFyC. CS Cartuja. Granada

² MIR 3^{er} año MFyC. CS La Chana. Granada

³ MIR 4^o año Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

⁴ MFyC. CS Cartuja. Granada

Título: Recurso a la información, dudo luego busco (una experiencia piloto).

Objetivos: experiencia piloto provincial con objeto de extenderlo a nivel comunitario para analizar cuales son las fuentes principales de recurso a la hora de necesitar información.

Diseño: estadística descriptiva de una muestra de profesionales preguntados sobre cual es su fuente principal de información a la hora de solucionar dudas.

Emplazamiento: Centro de salud, hospital.

Material y Método: Se pregunta a una serie de profesionales, residentes (N=184) sobre cuales es la principal fuentes de información en las que consulta en caso de duda, se les ofrece un test de respuesta única en internet a elegir: Publicaciones especializadas (libros, revistas, revistas electrónicas), buscadores médicos (pubMed), Compañeros, Guías Clínicas, buscadores bibliográficos generales (bibliotecas nacionales) Buscadores Generales (google, yahoo, wikipedia) Meta-busFuentes prefiltradas (Cochrane, CATs, Bandlera y otras fuentes prefiltradas...) Metabusca-dores (Tripdatabase)

Resultados:

· N= 184

· Publicaciones especializadas (libros, revistas, revistas electrónicas): 34.7%

· Buscadores médicos (pubMed): 15.2%

· Compañeros: 6.5%

· Guías Clínicas: 15.2%

· Buscadores bibliográficos generales (bibliotecas nacionales): 0%

· Buscadores Generales (google, yahoo, wikipedia): 25.9%

· Fuentes prefiltradas (Cochrane, CATs, Bandlera): 0%

· Metabusca-dores: 2.1%

Conclusiones: Si bien los residentes recurren a las publicaciones especializadas en un primer momento, destaca la presencia del Dr. Google, como recurso en un primer momento ante una duda. Los buscadores médicos se quedan en un segundo lugar, quedando sin uso las fuentes prefiltradas.

Palabras Clave: Analysis, Epidemio-logy, Information pathways.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia de vejiga hiperactiva en una zona de salud urbana

Vallejo Ortiz M^{AR}¹, Ruiz Albacete AC², Millán Montilla M^{AL}¹, Torrecillas Almansa SL³

¹ MFYC. CS Federico del Castillo. Jaén

² MFyC. CS Belén. Jaén

³ MIR MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén

Título: Prevalencia de vejiga hiperactiva en una zona de salud urbana.

Objetivos: Conocer la prevalencia de vejiga hiperactiva según la definición de la Internacional Continence Society que incluye pacientes con urgencia miccional, con o sin incontinencia urinaria de urgencia generalmente acompañada de frecuencia y nicturia, a través de la autocumplimentación del Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Dos centros de salud urbanos.

Material y Método:

Criterios de inclusión:

- Mujer \geq 40 años
- Acudir a las consultas de atención primaria de alguno de los 4 médicos que están realizando el estudio.

Criterios de exclusión:

1. Enfermedad neurológica diagnosticada.
2. Prolapso genital mayor de grado II.
3. Incapacidad para entender el cuestionario.

Hemos tomado un tamaño muestral de 246 pacientes para un intervalo de confianza del 95% y un error muestral del 5%.

Se han empleado un cuestionario sobre datos sociodemográficos y el Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga que consta de tan sólo 8 ítems agrupados en dos escalas ("molestias" y "síntomas"). Hemos utilizado la versión española aprobada de dicho cuestionario.

Para el análisis estadístico se ha utilizado el paquete estadístico SPSS.

Resultados: Hemos obtenido un porcentaje de sintomatología que se relaciona con la edad y la paridad de manera significativa.

Todas las variables son significativas tras aplicar el análisis Chi cuadrado y t-student.

Conclusiones: Hemos obtenido una prevalencia del 31% frente al 20% que se estima en estudios realizados en España para esta patología.

Por tanto, podemos pensar que se trata de una patología que globalmente está infradiagnosticada y cuyo porcentaje nos indica que podemos tomar medidas para mejorar la calidad de vida de muchas de nuestras pacientes.

Palabras Clave: Bladder, hyperactive, prevalence.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Espacio de trabajo común Salud Mental - Atención Primaria en un centro de salud. ¿Por dónde vamos?

Alcaine Soria F, Cuenca del Moral R, Unamuno Lumbreras L, Molinero Pérez M, Valero Roldán JI, Montoro Cobo T

Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

Título: Espacio de trabajo común salud mental-atención primaria en un centro de salud. ¿Por dónde vamos?

Objetivos: Describir la capacidad de discriminación del primer nivel asistencial, a través de la concordancia entre los diagnósticos establecidos por los médicos de familia y los de psiquiatría, en las derivaciones a dicho espacio y su comparación con las de 2006.

Diseño: Estudio descriptivo.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: Todos los pacientes derivados a la consulta de psiquiatría del espacio de trabajo común (en el Centro de Salud) durante el periodo comprendido entre mayo de 2009 y abril de 2010.

Resultados: De los 259 pacientes derivados, acuden a la cita el 79%, siendo mujeres un 59% y varones el 41% con una edad media de 51 años, encontrándose el 22% de baja laboral. La con-

cordancia en los diagnósticos se da en el 70% de los casos, en un 16 % no existe el diagnóstico de derivación del médico de familia y en el 14 % no coincide.

Al contrastar estos resultados con los obtenidos en el 2006 con 157 derivaciones, un absentismo del 26% y una concordancia del 58%, apreciamos importantes diferencias cualitativas (los t. adaptativos se reducen un 50% y predominan las depresiones moderadas).El psiquiatra sólo remite para seguimiento, por el ESM, al 23%.

Conclusiones: El Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones, apuesta por un modelo de cooperación entre AP y SM. La construcción de este espacio de trabajo común, se convierte en la mejor herramienta docente, asistencial y organizativa, para dar respuesta a los problemas de salud mental de cada contexto.

Palabras Clave: Salud Mental (SM), Atención Primaria (AP) Equipo Salud Mental (ESM).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Malas noticias, ¿quién debe hablar?

Del Ojo González F¹, Pedrosa Arias M², Gómez Velasco A³

¹ MIR 3^{er} año MFyC. CS Cartuja. Granada

² Médico de Familia. CS Cartuja. Granada

³ MIR 1^{er} año MFyC. CS Cartuja. Granada

Título: Malas noticias, ¿quién debe hablar?

Objetivos: Determinar que piensa y prefiere nuestra población a la hora de recibir malas noticias. Caracterizar las posibles diferencias según edad de un conjunto de pacientes. Presuponemos con este diseño que a medida que aumenta la edad, se suceden los eventos vitales estresantes. Así es de esperar que dichas preferencias cambien.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Consultorio.

Material y Método: Pacientes en consulta a demanda N=86. Se realiza mediante encuesta personalizada.

Resultados: Por edades, en una franja de 20-39 predomina la preferencia de la comunica-

ción conjunta 59,1%, seguida del médico 27,3%. Se equipara dicha preferencia en pacientes 40-59 donde el médico alcanza 41,9% y la comunicación conjunta es 48,4%. Finalmente en pacientes 60-79 años predomina la figura del médico sobre la familia o la comunicación conjunta.

Conclusiones: Parece que la edad es un factor importante que condiciona el cambio de preferencia en cuanto quien debe ser el comunicador de malas noticias. Es interesante el análisis pormenorizado teniendo en cuenta factores como sexo, creencia o estudios como modifican dichas preferencias. Destaca el rol del médico, como se acrecienta a medida que el paciente aumenta en edad.

Palabras Clave: Malas noticias, Enfermedad terminal, Cáncer.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Grupo focal de los 6 primeros meses de residencia en medicina de familia: valoración cualitativa de aspectos clave relacionados con estancia en el centro de salud

Carretero Matas M¹, Berná Guisado M^aC¹, Vides Batanero M^aC², Robles Casado B³, Lafebre S¹,
Ramírez Robles R²

¹ MIR MFyC. CS Cartuja. Granada

² MIR MFyC. CS Almanjáyar. Granada

³ MIR MFyC. CS La Chana. Granada

Título: Grupo focal de los 6 primeros meses de residencia en medicina de familia: valoración cualitativa de aspectos clave relacionados con estancia en el centro de salud.

Objetivos: Recoger información sobre la valoración de los primeros seis meses de residencia en el Centro de Salud y promover un intercambio de opiniones para mejorar la formación.

Diseño: Estudio transversal retrospectivo. Metodología cualitativa: grupo focal.

Emplazamiento: Unidad Docente de Medicina de Familia, Granada.

Material y Método: Se oferta a los residentes de primer año la participación en esta actividad. Los nueve que responden afirmativamente forman el grupo focal (GF) junto con el moderador que realiza las preguntas: ¿Cuál es la impresión sobre la rotación inicial en Atención Primaria? ¿Qué ha sido positivo? ¿Qué cosas han resultado más útiles? Duró tres horas aproximadamente. Se grabó y transcribió íntegramente. Luego se hizo un análisis cualitativo.

Resultados: Se resalta la importancia de empatizar con el tutor/a como clave del aprovechamiento en la primera parte de la residencia, valorando positivamente el aprendizaje tutorizado y negativamente la sensación de pasividad. Los residentes que compartieron tutor con Residente mayor valoraron la experiencia positivamente pues les facilitó el aprendizaje. Se resalta como positivo el contacto con todo el equipo del centro: enfermería y trabajadores sociales; así como las actividades específicas (atención domiciliaria, Forma Joven, grupos antitabaco) en las que se involucraron.

Conclusiones: Los residentes entrevistados valoran muy positivamente la estancia inicial en el centro de salud. Resaltan la relación con el tutor/a como catalizador del resto de actividades, las relaciones con otros residentes, el personal de enfermería y trabajo social que les permite introducirse en el mundo complejo de la Atención Primaria.

Palabras Clave: Family practice, Focal group, Residents perspective.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

La salud percibida por la ciudadora / el cuidador de personas dependientes, que reciben prestación económica u otras ayudas, para cuidados en el entorno familiar

Tallón Povedano P¹, Leiva Jiménez L², Carrillo Sánchez RM³, Robles Martínez M³J⁴, Muñoz Lomas J², Torres Quesada A²

¹ Médico de familia. UGC Cambil (Jaén)

² Enfermero. UGC Cambil (Jaén)

³ Enfermero. Dispositivo apoyo DS Jaén

⁴ Trabajadora social. UGC Cambil (Jaén)

Título: La salud percibida por la ciudadora / el cuidador de personas dependientes, que reciben prestación económica u otras ayudas, para cuidados en el entorno familiar.

Objetivos: Conocer si en nuestra población, los cuidadores de personas dependientes, la aplicación de ayudas supone una mejora en la percepción de salud de cuidadores. Saber si disminuye la medicación analgésica, ansiolítica y antidepresiva. Ayudas que reciben.

Diseño: Estudio descriptivo de las ciudadoras que realizan su labor en la ZBS. La muestra está compuesta por el 100% de las ciudadoras, siendo el tamaño muestral de 182.

Emplazamiento: ZBS rural. Compuesta por un centro de salud, cinco consultorios

Material y Método: Los datos fueron recogidos mediante entrevista, completando un cuestionario que recoge datos de salud y biopsicosociales.

Resultados: el 52% de las ciudadoras no cree que las ayudas le hayan supuesto una mejora en su estado de salud, un 43 % cree que si y un 5% ns/nc. La percepción de salud es muy mala o mala en el 24%, aceptable o buena en el 58% y muy buena en el 18%. No ha disminuido el consumo de ninguna medicación. La mayoría la ayuda que reciben es "prestación económica para cuidados del entorno familiar".

Conclusiones: la mayoría no cree que su estado de salud haya mejorado. Destacamos que la mayoría disfrutan el recurso excepcional de "prestación económica para cuidados del entorno familiar". Por lo que contamos con un gran número de personas ciudadoras a las que de manera distinta hay que cuidar desde el ámbito de la salud. Habrá que instaurar medidas de mejora para que los cuidadores puedan acceder a otro tipo de ayudas que por la situación geográfica en nuestra zona hace que carezca de muchos recursos.

Palabras Clave: Cuidador, Salud, Ayudas.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Valoración de prescripción de riesgo en pacientes incluidos en el proceso EPOC

Fontalba Ruiz G¹, González Rodríguez A², Garcés Alonso CV², Prats López G², Bedoya Belmonte JJ², Garrido Rosado A²

¹ Residente. CS Miraflores de los Ángeles. Málaga

² Médico de Familia. CS Miraflores de los Ángeles. Málaga

Título: Valoración de prescripción de riesgo en pacientes incluidos en el proceso EPOC.

Objetivos: Analizar las características de prescripción en pacientes >65 años incluidos en proceso EPOC, centrándonos en medicación potencialmente inadecuada como benzodiazepinas y beta bloqueantes (criterios de Beers), administrados por vía oral u oftálmica. Estos fármacos pueden producir efectos adversos sobre el SNC, depresión respiratoria y exacerbar el EPOC.

Todo ello redundará en un plan de mejora para el uso más racional de medicamentos y una mayor seguridad para el paciente.

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano. Enero-Diciembre 2009.

Material y Método: Población total: 38.452.

Población mayor de 65 años incluida en proceso EPOC: n= 346 (89,8% hombres y 10,1% mujeres).

Análisis estadístico mediante programa de G-Stat.

Resultados: Prescripción de benzodiazepinas:

-De vida media- 21,96%, destacando el uso de Bromazepam (50,6%) y alprazolam (23%), seguidos de lorazepam y lormetazepam.

-De vida larga- 3,75%, destacando el clorazepato dipotásico (75%) seguidos de diazepam, halazepam y ketazolam.

Prescripción de betabloqueantes:

-Por vía oral- 6,06%, encabezado por Atenolol (14 %), seguido por bisoprolol y propanolol.

-Por vía oftálmica- 4,6% de la totalidad, destacando el latanoprostot (12%) seguido por Timolol y Carteolol.

Conclusiones: Destacar que la prescripción de Benzodiazepinas de vida larga es aceptable, aunque los de vida media es demasiado alto.

Respecto al uso de beta bloqueantes destacar que hay que revisar la prescripción de colirios, ya que sus efectos secundarios son igual de dañinos para el paciente y su intoxicación frecuente debido a la dificultad de controlar la cantidad de instilación de los mismos de las personas mayores.

Palabras Clave: EPOC, Efectos Adversos, Medicamentos.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Semana sin humo en un centro de salud

García Garzón M¹, Cortes Salazar C¹, Vega Sánchez MA¹, García Paine JP², Bueno Fonseca J¹, Castillo Trillo B²

¹ MIR 4º año MFyC. CS El Palo. Málaga

² MIR 2º año MFyC. CS El Palo. Málaga

Título: Semana sin humo en un centro de salud.

Objetivos: Evaluar la participación de la comunidad en las actividades de la 11ª Semana sin humo en un centro de salud.

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano con dos consultorios rurales.

Material y Método: Sujetos: Participantes en las actividades de la Semana sin humo: 4 centros escolares de primaria y secundaria de la zona básica.

Método: Actividades: Concurso de dibujo. Mesa con realización de cooximetría en un Instituto de Enseñanza Secundaria de la zona con medición de monóxido de carbono (CO). Contacto con profesorado-orientadores. Exposición de dibujos en el centro de salud.

Resultados: Resultados: 152 dibujos, de los cuales 74 eran de niños (48,7%) y 78 de niñas (51,3%) Por cursos la distribución es la siguiente; 11 alumnos de 1º primaria (7,23%), 18 de 2º primaria (11,84%), 19 de 3º primaria (12,5%), 20 de 4º primaria (13,15%), 14 de 5º primaria (9,21%), 10 de 6º primaria (6,57%), 51 de 1º ESO (33,55%), 7 de 2º ESO (4,6%) y 2 de 3º ESO (1,31%). Participantes en la mesa fueron 60 alumnos de secundaria y bachillerato, edad media fue de 15,2 años + (0,242) de los cuales el 61,7% fueron hombres y el 38,3 % mujeres. Nivel medio CO fue 3,68 partes por millón (ppm) + (0,421) y el 6,7 % tenían CO>6ppm.

Conclusiones: La participación en la 11ª semana sin humo fue alta. Más del 5% de alumnos tiene niveles de CO indicativos de consumo.

Palabras Clave: Tabaco (tobacco), cooximetría (cooximetry), atención primaria (primary health care).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Enfermedad grave, mitos y miedos

Del Ojo González F¹, Gómez Velasco A², Pedrosa Arias M³

¹ MIR 3^{er} año MFyC. CS Cartuja. Granada

² MIR 1^{er} año MFyC. CS Cartuja. Granada

³ Médico de Familia. CS Cartuja. Granada

Título: Enfermedad grave, mitos y miedos.

Objetivos: Se consideraron una serie de Ítems en la pregunta ¿qué es lo que le asusta más, llegado el momento final de una enfermedad grave?

Dolor/incapacidad/muerte/soledad. Nos proponemos caracterizar con arreglo etario los miedos de los pacientes si se tuvieran que enfrentar a una enfermedad grave.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Consultorio rural.

Material y Método: Se pasa encuesta personalizada que acude por otra demanda a consulta. N=86.

Resultados: Usando Chi- cuadrado, por edades obtenemos: en un primer intervalo de 20-39 predomina el miedo al dolor 38,1%, para luego pa-

sar a un segundo plano en beneficio de la incapacidad 46,7% en pacientes de 40-79 años. En cuanto a nuestros mayores parece que es el dolor lo que mas temen durante proceso mórbido (p=0,005).

Conclusiones: Observamos un cambio en la mentalidad en cuanto al padecimiento en enfermedad terminal. Así en edades tempranas y finales, preocupa más el dolor, sin embargo en edades medias y en la población activa predomina el miedo a la incapacidad y las secuelas limitantes posteriores.

No hay que obviar estos aspectos en la asistencia a nuestros pacientes ya que supone preparar el terreno en adelantado para que no se generen situaciones patológicas de insatisfacción o miedo a la no cesión de la sintomatología.

Palabras Clave: Enfermedad terminal, Cáncer, Cuidados Paliativos.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Perfil demográfico de los pacientes que acuden a urgencias extrahospitalarias

Fernández Natera A¹, Carrasco Gutiérrez V², Salado Natera M^aT¹, Aboza Lobatón Á³, Cobeña Monzorro M², Bordes Bustamante F⁴

¹ Médico de Familia. UGC-DCCU Cádiz-San Fernando (Cádiz)

² Médico de Familia. UGC-DCCU Chiclana-La Janda (Cádiz)

³ MIR. Hospital de Jerez. Cádiz

⁴ Enfermero. UGC-DCCU Cádiz-San Fernando (Cádiz)

Título: Perfil demográfico de los pacientes que acuden a urgencias extrahospitalarias.

Objetivos: Describir el perfil demográfico de los pacientes que acuden a nuestros servicios, comparando dos poblaciones cercanas para determinar si existe el mismo comportamiento en cuanto a la utilización de los servicios de urgencias extrahospitalarias.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias

Material y Método: Todos los pacientes que acudieron a consulta médica en los servicios de urgencias extrahospitalarias de dos poblaciones urbanas desde el 1 de Enero al 31 de Mayo de 2010.

Se obtuvo un tamaño muestral de 14657 pacientes en Chiclana de la Frontera, y de 14316 en San Fernando. Como variables del estudio se utilizó la edad y el sexo de los pacientes.

Resultados: Los pacientes que acudieron al servicio de urgencias de Chiclana de la Frontera fueron 14657, de ellos el 51,13% fueron mujeres, y por rango de edades el 60,24% de las asistencias presentaban edades inferiores a los 35 años. En cuanto a San Fernando, el número de asistencias fue de 14316 pacientes, de los cuales el 50,35% eran hombres, y por rango de edades el 58,77% eran menores de 35 años.

Conclusiones: El perfil demográfico de los pacientes que acuden a urgencias suelen ser con independencia al sexo pacientes jóvenes menores de 35 años, como se describen en otros estudios. En ambas poblaciones existe un comportamiento similar en cuanto a la distribución por sexos y por edades. Dado la sobreutilización de este tipo de servicios concluimos que las medidas de educación sanitaria deben centrarse en los jóvenes para intentar conseguir un uso más responsable de los servicios de urgencias extrahospitalaria.

Palabras Clave: Urgencias Extrahospitalarias, Edad, Sexo.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Once años de tuberculosis en una zona básica de salud

Velasco Ramos V¹, Pérez Mena M^aA¹, Valencia Alvarado A², Ingelmo Martín FJ³, Moyano Acosta RM^{a2}

¹ Residente MFyC. CS Palma Palmilla. Málaga

² Médica de Familia. CS Palma Palmilla. Málaga

³ Médico de Familia. CS Rincón de la Victoria (Málaga)

Título: Once años de tuberculosis en una zona básica de salud.

Objetivos: Describir las principales variables epidemiológicas a lo largo del periodo de estudio.

Diseño: Estudio retrospectivo descriptivo.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano en zona con necesidad de transformación social.

Material y Método: Población: Casos de TBC (Tuberculosis) confirmados, notificados al Centro de Salud y detectados por los profesionales de la Zona Básica (ZB).

Periodo de estudio: Desde 1/1/1998 hasta 31/12/2008,

Tamaño muestral: casos declarados en este tiempo.

VARIABLES:

-Número total de casos: por año, según localización.

-Tasas anuales de incidencia.

-Distribución porcentual según características personales (edad y sexo).

-Análisis estadístico: G-Stat.

Resultados: Se han detectado 157 casos de TBC: Pulmonar (128) y Otras localizaciones (29). 69.12% varones, con una prevalencia de edad entre 25 y 34 años

Distribución anual: 1998 (28), 199 (15), 2000 (14), 2001 (22), 2002 (14), 2003 (13), 2004 (14), 2005 (11), 2006 (7), 2007 (12), 2008 (8).

Tasa total de incidencia para todas las localizaciones (1998-2008) 63.47 casos/105 habitantes. Distribuidos por año: 1998 (99.48), 1999 (50.39), 2000 (58.78), 2001 (98.3), 2002 (71.17) 2003 (66.08), 2004 (70.1), 2005 (40.66), 2006 (35.58), 2007 (61), 2008 (40.66)

Conclusiones: Presentamos tasas de ataque anuales (TA) superiores a zonas de baja incidencia (TA: < 10/100.000 habitantes), lejos de una fase de eliminación (TA < 1/100.000 habitantes).

El perfil es preferentemente: varón joven; indica una transmisión reciente.

Palabras Clave: Tuberculosis/epidemiology, Population Characteristics, Humans.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evolución de factores de riesgos y situaciones de especial vigilancia en la tuberculosis en una zona básica de salud

Valencia Alvarado A¹, Ingelmo Martín FJ², Velasco Ramos V³, Pérez Mena M^A³, Moyano Acosta RM^{al}

¹ Médica de Familia. CS Palma-Palmilla. Málaga

² Médico de Familia. CS Rincón de la Victoria (Málaga)

³ Residente MFyC. CS Palma-Palmilla. Málaga

Título: Evolución de factores de riesgos y situaciones de especial vigilancia en la tuberculosis en una zona básica de salud.

Objetivos: Identificar los principales factores de riesgo y situaciones de especial vigilancia en enfermos de tuberculosis

Diseño: Retrospectivo-descriptivo.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano en zona con necesidad de transformación social.

Material y Método: Población: casos de Tuberculosis (TBC) confirmados, notificados al CS y detectados por los profesionales de la Zona Básica.

Periodo: 1/12/2002 hasta 31/12/2008

Tamaño muestral: Todos los casos cuya fecha de declaración estuvieran dentro del periodo.

Variable:

- Número total de casos
- Número de casos/año.

Análisis:

- Hoja para la declaración de TBC.
- Factores de riesgo (FR): VIH/SIDA, UDPV, Alcoholismo, Otras toxicomanías, y

Otros:

- Situaciones de Especial Vigilancia (SEV): vagabundo en último año, Interno en prisión, Residente en instituciones cerradas, Inmigrantes, Trabajadores sanitario, Trabajador de hostelería, Educador, personal de guardería, prostitución y Otros.

Resultados: Número total de casos 79: 2002 (14), 2003 (13), 2004 (14), 2005 (11), 2006, (7), 2007 (12), 2008 (8).

Con FR: 34.58% (29 casos) y en SEV: 33.97% (26 casos).

Distribución:

FR: HIV 51.72 %, Alcoholismo 17.24%. Otras 31.03%.

SEV: Interno en prisión 11.53%, Residente en instituciones cerrada 7.69 %, Inmigrantes 61.53 %, Trabajador de hostelería 15.38 %, Otras 3.84%

Conclusiones: El FR más asociado a los casos de Tuberculosis en nuestra ZB es el HIV/SIDA.

En cuanto a la situación de especial vigilancia, la condición de inmigrante en el 2008, ha llegado al 60%.

Palabras Clave: Tuberculosis/epidemiology, Risk Factors, Population Surveillance.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Los recursos humanos: médicos de familia (MF) y los otros profesionales de la atención primaria (AP) en el servicio andaluz de salud 2001-2010(*)

Navarro Jiménez JM¹, Gonzalez Uceda C²

¹ Médico de Familia. CS/UGC Docente. Carranque (Málaga)

² Médica de Familia. CS/UGC Docente. Alameda-Perchel (Málaga)

Título: Los recursos humanos: médicos de familia (MF) y los otros profesionales de la atención primaria (AP) en el servicio andaluz de salud 2001-2010(*)

Objetivos: Conocer el número y la evolución del número de trabajadores en AP del SAS, respecto a la Atención Especializada (AE), la proporción de MF y los demás profesionales y su evolución de 2001 a 2010.

Diseño: Estudio descriptivo.

Emplazamiento: AP, Andalucía.

Material y Método: Los datos eran de la Memoria del SAS de 2001 y de la página Web del SAS a 07/06/2010 (*) correspondientes a 2008, sobre ellos se calculó la proporción de AP y AE; la cantidad de MF y la proporción de AP y AE; igualmente, el número y las proporciones del resto de personal de AP respecto al total de sus categorías y por último la proporción entre MF y demás profesionales de AP. Se compararon los datos de ambos años.

Resultados: En 2001 de 77.291 personas, en AP trabajaban 17.388 (22,49%) y en 2008 de 84.706

personas, en AP trabajaban 22.167 (26,17%. Los Facultativos eran 12.309(16,08). MF 4.538 (36,86%). En 2008, 14.525 (17,14%). MF 5.532 (38,08%).

En AP los MF eran el 26,13% de los trabajadores, había 0,95 DUE/MF, 0,25 AU/MF y 0,96 de Ad y C/MF, posteriormente fueron el 24,95 % de los trabajadores, había 0,96 DUE/MF, 0,27 AU/MF y 0,89 de Ad y C/MF.

Conclusiones:

-La AP ha pasado del 22,49 al 26,17, pero todavía supone un escaso peso demográfico en la organización.

-La AP necesitaría más personal para hacer frente a sus funciones.

-Los MF suponen aproximadamente el 40% de los Facultativos.

-Consideramos que el MF sigue teniendo poco personal de apoyo para sus tareas cada vez más numerosas.

Palabras Clave: Recursos Humanos, Atención Primaria, Sistema Nacional de Salud.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Fumar detrás de las rejas: la cara oculta del tabaquismo

Suárez-Pérez M¹, Sánchez Moreno A², Pérez Trisancho M³, Morejón Parrales JJ², Suárez-Lozano I⁴, Grupo Epricat⁵

¹ *Medicina de Familia. CS Gibraleón (Huelva)*

² *Medicina General. Centro Penitenciario. Huelva*

³ *MIR Medicina Interna. Hospital Infanta Elena. Huelva*

⁴ *Medicina Interna. Hospital Infanta Elena. Huelva*

⁵ *Hospital Infanta Elena. Centro Penitenciario. Huelva*

Título: Fumar detrás de las rejas: la cara oculta del tabaquismo.

Objetivos: La prevalencia de tabaquismo en España es del 34,4 %. Objetivo del estudio: determinar su prevalencia y fases de abandono en un centro penitenciario.

Diseño: Estudio transversal prospectivo.

Emplazamiento: Centro penitenciario tipo.

Material y Método: Se incluyeron todas las personas que aceptaron voluntariamente participar. El estudio, aprobado por la comisión de instituciones penitenciarias, se realizó siguiendo las recomendaciones de la Asamblea Médica Mundial Helsinki.

Análisis-estadístico medidas de tendencia central, proporciones e intervalos de confianza. Comparación entre variables mediante Chi cuadrado, t de Student y Mc Nemar.

Resultados: Se incluyeron un total de 845 sujetos (6% mujeres) con una edad media de 37,8 años (DE 10,2; rango 19-78). La prevalencia global de tabaquismo fue del 81,2 %. La edad de inicio 14,6 (DE 5). La proporción de fumadores era mas elevada en sujetos de estrato social bajo (84,2% vs 76,1%, p 0,005), menor nivel de instrucción (84,5% vs 67,5%, p 0,000).

El 67% estaban en fase de precontemplación, el 21% contemplación y un 12 % en preparación.

Conclusiones: Es preocupante la elevada prevalencia de tabaquismo en prisiones y la precocidad de su inicio.

Debería aprovecharse la proximidad al sistema sanitario durante la estancia en prisión para desarrollar acciones específicamente dirigidas a esta población.

Palabras Clave: Tabaco, Estudio transversal, Prisiones.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Grupo focal sobre los 6 primeros meses de residencia en medicina de familia: valoración cualitativa de cursos y sesiones formativas

Robles Casado B¹, Ramírez Robles R², Iglesias Rodríguez IM³, Cortés Espejo R³, Berná Guisado M³C⁴, Carretero Mata M⁴

¹ MFyC. CS La Chana. Granada

² MFyC. CS Almanjáyar. Granada

³ MFyC. CS Albaycín. Granada

⁴ MFyC. CS Cartuja. Granada

Título: Grupo focal sobre los 6 primeros meses de residencia en medicina de familia: valoración cualitativa de cursos y sesiones formativas.

Objetivos: Recoger información sobre las actividades formativas programadas en los primeros 6 meses de residencia, debatir intercambiando opiniones que puedan generar áreas de mejora para implementar la formación del período estudiado.

Diseño: Estudio transversal retrospectivo. Metodología cualitativa: Técnica de Grupo focal.

Emplazamiento: Unidad Docente de MFyC.

Material y Método: Participan activamente 9 residentes de distintos centros de salud, que son los componentes del grupo focal junto con el moderador que hace las preguntas. Se recoge información sobre cursos realizados y sesiones de formación. La duración fue de 3 horas aproximadamente. Se grabó toda la sesión y se realizó la transcripción. Se ha realizado un análisis cualitativo.

Resultados: Todos los entrevistados valoran positivamente la formación que han recibido a través de los cursos, como aspectos mejorables: tienen muchos cursos acumulados y esto hace difícil su aprovechamiento completo, comprenden las dificultades de organización y el hecho de que se les está pagando para formarse; en muchos casos las exposiciones teóricas han sido excesivamente largas y les recuerdan a la facultad; en ocasiones se solapan áreas y se duplican sesiones; cuanto más práctico es el aprendizaje les resulta más positivo; se plantea la posibilidad de hacer una formación en función de las necesidades de cada uno. Valoran especialmente positivos los cursos enfocados al trabajo en la consulta como el de comunicación asistencial y como negativos los de informática. Las sesiones formativas son valoradas como un aspecto muy positivo y que deberían de hacerse más.

Conclusiones: Los cursos son necesarios, hay que intentar que no se acumulen y hacerlos lo más prácticos y participativos posibles.

Palabras Clave: family practice, focal Group, courses.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Manejo del ictus agudo por los médicos de atención primaria (MAP) de un área rural. ¿Hemos cambiado nuestra práctica clínica?

Serrano Rodríguez L¹, Alpanseque Hoogesteyn L², Castilla Guerra L³, Balbuena García M³, Fernández Moreno M^aC⁴, Álvarez Suero J³

¹ Residente MFyC. CS de Estepa (Sevilla)

² Residente MFyC. CS de Puebla de Cazalla (Sevilla)

³ Medicina Interna. Hospital de la Merced. Osuna (Sevilla)

⁴ Neurología. Hospital Virgen de Valme. Sevilla

Título: Manejo del ictus agudo por los médicos de atención primaria (MAP) de un área rural. ¿Hemos cambiado nuestra práctica clínica?

Objetivos: Saber si en los últimos años ha cambiado el conocimiento que los MAP de nuestra área poseen sobre el tratamiento de la hipertensión, dislipemia y glucemia del ictus agudo y prevención secundaria.

Diseño: Corte Prospectivo.

Emplazamiento: Multicéntrico.

Material y Método: Se realizó mediante encuesta a todos los MAP del área sanitaria de Osuna, área rural al este de la provincia de Sevilla (España), población aproximada de 170.000 habitantes. 4 años después se repite la encuesta. Las respuestas se valoraron en función de las recomendaciones de la Sociedad Española de Neurología. Se compararon los resultados mediante análisis estadístico.

Resultados: Muestra de 151 MAP, 70 al inicio y 81 a los 4 años. El grupo más numeroso en la primera encuesta fue entre los 41 y 50 años, con 33 encuestados (47,1%), los mayores de 50 años con 30 en la segunda (37%) (p=N.S.). El número de varones fue superior en ambas: 46 vs 24, y 49 vs 32 (p=N.S.). Del uso de antiagregantes, en el 28,6% de los inicialmente encuestados y 32% de los últimos, su utilización era errónea (p=N.S.). 32,8% de los primeros frente al 44,4% de la última no sabían con qué cifras se debe tratar la hipertensión (p=0.005), 57,1% vs 58,2% (p= N.S) no sabía qué tratamiento antihipertensivo era el recomendado. 80% vs 85% de los casos se desconocía con qué cifras de glucemia es preciso tratar (p=N.S.).

Conclusiones: El desconocimiento en el manejo de los pacientes con ictus por los MAP de nuestra área rural es frecuente. Esto ha empeorado en los últimos años. Son necesarias medidas de formación que permitan mejorar el tratamiento de estos enfermos.

Palabras Clave: Brain Ischemia, Hypertension, Hypercholesterolemia.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Dieta mediterránea en la "ESO"

Hernández Carmona A¹, López Torres G², De los Ríos Alvarez AM², Quesada Sánchez T³, Checa Rubio C⁴, Osorio Martos C⁵

¹ Médico de Familia. CS Villacarrillo. Jaén

² Médico de Familia. CS Cartuja. Granada

³ Enfermera. Hospital de Motril. Granada

⁴ Trabajadora Social. CS Villacarrillo. Jaén

⁵ Médico de Familia. CS La Chana. Granada

Título: Dieta mediterránea en la "ESO".

Objetivos: Conocer adherencia a dieta mediterránea en la ESO (Enseñanza secundaria obligatoria). Promover la adquisición de hábitos alimentarios y estilos de vida, siendo más factible que modificar los ya estructurados en adultos.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método: Realizado sobre población de 137 alumnos de ESO. Se medirán variables del cuestionario KIDMED como consumo de fruta, verdura, frutos secos, golosinas. En el aula formando parte de una actividad de promoción de salud "Alimentación saludable y actividad física" responderemos el cuestionario. Explicando al alumnado el significado del resultado obtenido.

Realizamos análisis mediante SPSS v13.

Resultados: La edad media de los participantes 13,45 años. Presentan adherencia alta a dieta

mediterránea 51.09%, frente al 48,9% de baja-media adherencia.

Un 18,2% se salta el desayuno, 26,3% desayunan bollería industrial, un 38% comen varias veces/día golosina y/o "chuches". En cuanto al consumo regular de legumbres obtenemos un 83% de los de adherencia alta frente al 17% de los de media-baja ($p < 0,05$). También significativo es que un 55,6% de los de media-baja adherencia acuden una o más veces a la semana a un Fast-food frente al 44,4% de los de alta adherencia.

Conclusiones: Educación Nutricional a adolescentes equivale al futuro de la dieta mediterránea.

Trabajando con jóvenes lo importante no es transmitir conocimientos, sino conseguir la habilidad de que estos se plasmen en conductas concretas. Demostrándoles que junto con los estilos de vida de las sociedades modernas, la actividad física y los hábitos dietéticos tradicionales no son incompatibles.

Palabras Clave: Adolescente, Mediterranean diet, Nutritional education.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Grupo focal sobre los 6 primeros meses de residencia en medicina de familia; valoración cualitativa actividades formativas: caso clínico integral

Cortés Espejo R¹, Iglesias Rodríguez IM², Carretero Matas M³, Vides Batanero M⁴C⁴, Lafebre S³, Expósito Tavora A²

¹ Medicina de Familia. CS Albaicín. Granada

² Medicina de Familia. CS La Chana. Granada

³ Medicina de Familia. CS Cartuja. Granada

⁴ Medicina de Familia. CS Almánjayar. Granada

Título: Grupo focal sobre los 6 primeros meses de residencia en medicina de familia; valoración cualitativa actividades formativas: caso clínico integral.

Objetivos: Recoger información relevante sobre la valoración de tareas en los primeros 6 meses de la residencia, generar un debate en el que el intercambio de opiniones pueda crear áreas de mejora para implementar la formación del período estudiado.

Diseño: Estudio transversal retrospectivo. Metodología cualitativa: Técnica de Grupo focal.

Emplazamiento: Docente de Medicina de Familia.

Material y Método: Se oferta al grupo de Residentes de primer año la participación en esta actividad y participan 9 de distintos Centros de Salud de la zona Norte I que componen el grupo focal (GF) con el moderador que es el encargado de hacer las preguntas. Recabándose información cualitativa sobre la realización del

Caso Clínico Integral (CCI) como tarea de campo del curso de Atención Familiar.

Resultados: En el CCI, algunos refieren las dificultades que tuvieron al elegir el caso por fallar en la elección y tener que cambiar de caso, dificultades de comunicación y con el abordaje por su complejidad, sin encontrar la forma de ayudar. Se resalta la utilización por primera vez de una serie de instrumentos de abordaje psicosocial (genograma, redes de apoyo, reconocimiento del estrés y ciclos vitales familiares) y el trabajo con otras perspectivas mas amplias de lo puramente curativo y en otros espacios (domiciliario, comunitario...), favoreciendo el contacto con otros profesionales sanitarios.

Conclusiones: Aunque han tenido algunas dificultades con la elección, el seguimiento, las tareas... se valora positivamente la actividad (CCI) de cara a la formación en medicina familiar, siendo útil para conocer instrumentos nuevos de trabajo, escenarios diferentes y favoreciendo el trabajo en equipo.

Palabras Clave: family practice, focal group, Integral Case.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Perfil del paciente inmigrante que consulta en el servicio de urgencias de un centro de salud urbano

López Torres G¹, Hernández Carmona A², Osorio Martos C³, Rodríguez García AM⁴, Martín López I³, Quesada Sánchez T⁴

¹ MFyC. CS Cartuja. Granada

² Médico De Familia. Zona Básica Salud Villacarrillo (Jaén)

³ Médico De Familia. CS La Chana. Granada

⁴ DUE. DCCU La Chana. Granada

Título: Perfil del paciente inmigrante que consulta en el servicio de urgencias de un centro de salud urbano.

Objetivos: Conocer el perfil sociodemográfico, clínico, así como principales motivos de consulta del paciente inmigrante (pi) que acude al servicio de urgencias de un centro de salud urbano.

Diseño: Estudio Descriptivo Transversal.

Emplazamiento: Servicio urgencias en centro de salud urbano.

Material y Método: El estudio se lleva a cabo sobre la población inmigrante que acude a consultar por cualquier motivo al servicio de urgencias. Se recogen un total de 120 pacientes. Se les realiza entrevista clínica en la que recogemos como variables: edad, género, nacionalidad, tiempo viviendo en España, situación legal, situación laboral, dificultades de comunicación durante la entrevista, consulta por proceso agudo o crónico, y consulta previa a su centro de salud.

Resultados: Del total de los 120 pacientes evaluados obtenemos: 46 (38'3%) eran varones, 74 (61'6%) mujeres. Por nacionalidades encontramos: 38% sudamericanos, 24% del Magreb, 20% rumanos, 10% países europeos, 8% otros países. La mayoría 97 (80'8%) consultaron por procesos agudos, sólo 23 pacientes (19'2%) 9 por procesos crónicos (muchos de ellos problemas relacionados con salud mental). Durante la entrevista clínica un 67% presentaron problemas con el idioma. Un 65% no habían consultado previamente en el centro de salud. Existen diferencias en cuanto a la situación legal, consultando la pi con documentación en regla más ($p=0'019$), también consultaron más la pi que llevaba más año viviendo en España ($p=0'03$)

Conclusiones: Como principales factores que determinan la frecuentación por parte de la población inmigrante encontramos la situación legal, y el tiempo viviendo en nuestro país. La mayoría no consultaron previamente en su centro de salud. Es preciso realizar más estudio sobre este sector emergente de la sociedad

Palabras Clave: Inmigrant, Emergencias, Motives Of Consultation.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación del perfil de las usuarias de anticoncepción postcoital en el servicio de urgencias de un centro de salud urbano

López Torres G¹, Osorio Martos C², Hernández Carmona A³, Hernández Pérez de la Blanca M⁴, Rodríguez García AM⁵, Quesada Sánchez T⁵

¹ Médico de Familia. CS Cartuja y DCCU. Granada

² Médico de Familia. CS La Chana. Granada

³ Médico De Familia. Zona Básica Salud Villacarrillo (Jaén)

⁴ Residente MFyC. CS Almanjáyar. Granada

⁵ DUE. DCCU La Chana. Granada

Título: Evaluación del perfil de las usuarias de anticoncepción postcoital en el servicio de urgencias de un centro de salud urbano.

Objetivos: Analizar las características de las pacientes que solicitan atención por anticoncepción postcoital (apc) en las urgencias de un centro de salud urbano.

Diseño: Descriptivo Transversal.

Emplazamiento: Urgencias Centro de Salud Urbano.

Material y Método: Pacientes que acuden solicitando apc a un servicio de urgencias. Se estudian un total de 150 pacientes. Se les realiza entrevista clínica recogiendo variables: edad, motivo solicitud apc, toma previa, día de la semana y horario en el que consultan.

Resultados: Valoramos a 150 pacientes, con edad media de 24 años (+/- 4'8). Un 14'6% correspondían a pacientes menores de edad. Si analizamos los motivos de demanda encontramos: no

protección anticonceptiva (18'5%), rotura preservativo (60'9%), retención preservativo (8%), olvido anticoncepción (5'6%), otras (7%). Al preguntar por la administración previa obtenemos: 12'7% toma primera vez, segunda 55'2%, tercera 13'5%, cuarta 10'6%, > 4 ocasiones 8%. Tiempo postcoital: 51'3% en primeras 12 horas, 32'6% entre 12-24 horas, 10'1% entre 24-48 horas, y 6% entre 48-72 horas. En los fines de semana se solicitaron un 64'7% (domingos 37'6%, sábados 27'1%), viernes 12'1%, jueves 7'2%, miércoles 5'1%, martes 4'2% y lunes 6'7%. En cuanto al horario encontramos: mañanas 10'7%, tardes 59'2% y noches 30'1%.

Conclusiones: En los fines de semana, y en horario de tarde se atienden más de la mitad de las apc. Más de un 50% de pacientes solicitaron apc dentro de las primeras 12 horas. Como principal causa de demanda se encuentra la rotura del preservativo. Solicitan apc por segunda ocasión más de un 50%.

Palabras Clave: Contracepción, emergencias, primary care.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Disnea como motivo de consulta en un servicio de urgencias

Romero García JA¹, Sánchez Fernández E²

¹ MIR MFyC. CS Rodríguez Arias. San Fernando (Cádiz)

² MIR MFyC. CS La Merced. Cádiz

Título: Disnea como motivo de consulta en un servicio de urgencias.

Objetivos: Valorar la frecuencia de disnea como motivo de consulta en urgencias.

Identificar diagnósticos relacionados más frecuentemente con disnea y destinos de los pacientes tras valoración en urgencias.

Estimar la utilización de recursos sanitarios por parte de los usuarios.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalarias.

Material y Método: Población de estudio: Pacientes mayores de 16 años que consultan por disnea en un SCCU durante noviembre 2009.

Variabes: Edad, sexo, juicio clínico y destino tras la valoración en urgencias.

Recogida datos: A través de revisión manual de 250 historias digitales de pacientes mayores de 16 años atendidos en un SCCU durante noviembre de 2009 que consultaban por disnea. Se recoge información mediante el sistema informático Diraya.

Análisis datos: Programa estadístico SPSS v15.0

Resultados: Del total de consultas realizadas en SCCU, 250 correspondían a disnea. El 55,2% correspondían a mujeres.

La frecuencia de disnea como motivo de consulta en urgencias es del 2,92%.

Principales diagnósticos relacionados con disnea:

- Insuficiencia cardiaca descompensada (22,8%),
- Infección respiratoria (16,4%),
- Reagudización EPOC (10,4%),
- Reagudización Asma (9,6%)
- Insuficiencia respiratoria (2,8%)
- Cardiopatía isquémica (2,4%),
- Fibrilación auricular (2,4%)

Destinos de dichos pacientes: 68% domicilio, 32% ingreso, 10,8% Consultas Externas.

Conclusiones: La disnea es un motivo de consulta frecuente en urgencias, en su mayoría relacionada con patologías que se tratan y cuyo destino final es el domicilio, por lo que podrían haberse atendido en su Centro de Salud.

Palabras Clave: Disnea, Medicina de Urgencias.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Valoración de la actuación frente a pacientes con traumatismo craneoencefálico en centro de atención primaria en estación de deportes de invierno

Gutierrez Pérez E¹, Casado Romero P², Guiote Torres AJ³, García García M^aN⁴, Ramos Navas-Parejo JM^{a3}, Egea González A⁵

¹ Médico de Familia. CHARE Guadix (Granada)

² Médico General. DCCU Granada

³ Médico de Familia. DCCU Granada

⁴ Enfermera. DCCU Granada

⁵ MFyC. CS La Chana. Granada

Título: Valoración de la actuación frente a pacientes con traumatismo craneoencefálico en centro de atención primaria en estación de deportes de invierno.

Objetivos: Valorar en función de sintomatología, exploración y evolución dentro de área de Observación, la derivación a Hospital de pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE) que han practicado deporte de montaña. Cuantificar secuelas en aquellos que no utilizaron casco con el fin de fomentar el uso del mismo.

Diseño: Estudio descriptivo longitudinal prospectivo, con seguimiento de 8 semanas.

Emplazamiento: Centro de Atención Primaria en estación de Esqui (2006-2007).

Material y Método: Tamaño muestral de 79 pacientes, seleccionados por tener el diagnóstico de Traumatismo Craneoencefálico al alta en CS, variables (Edad, Deporte, Uso casco, síntomas al Ingreso, Lesiones asociadas, Derivación y criterio derivación, Técnicas complementarias, Tiempo en Observación, síntomas y situación a

las 8 semanas). Estudio descriptivo de las variables citadas.

Resultados: 79 pacientes, edad media 30 años. Esquiadores (41:51,8%), snowboard (30:37,9%), otros (8:10,1%). Casco (14:17,7%). Síntomas: cefalea (44,3%), amnesia (36,7%), pérdida de conocimiento (32,9%), vértigos (31,6%), localización neurológica (11,3%). Lesiones asociadas (36,7%). T. complementarias: radiografía craneocervical (43%), Tac craneal (31,6%, el 69,4% de los derivados). Observación <2horas (82,3%), 2-4horas (15,2%), >4horas (2,5%). Derivación Hospital 36 pacientes (lesiones asociadas, sintomatología persistente, Glasgow <15). A las 8 semanas: persistencia síntomas (7,6%), Fallecidos(1,2%), llevaba casco (14,2%).

Conclusiones: Con buena evolución en observación, Glasgow de 15/15 y sin lesiones graves asociadas, podemos evitar derivación a Centro Hospitalario. Es aconsejable fomentar el uso del casco en deportes de riesgo.

Palabras Clave: Snow sports, craniocerebral trauma, Primary Health Care.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Uso de implante subcutáneo anticonceptivo en Atención Primaria. Comparación entre mujeres inmigrantes y no inmigrantes

Alcántara Zarzuela M¹, Carretero Matas M², De los Ríos Álvarez AM^{a3}, Berná Guisado M^{aC2}, Lafebre SR², Cruz Vela P³

¹ Médica de Familia. HGB Santa Ana. Motril (Granada)

² MIR 2º año MFyC. CS Cartuja. Granada

³ Médica de Familia. CS Cartuja. Granada

Título: Uso de implante subcutáneo anticonceptivo en Atención Primaria. Comparación entre mujeres inmigrantes y no inmigrantes.

Objetivos: Investigar uso Implante anticonceptivo subcutáneo (Implanon) en mujeres inmigrantes (MI) y no inmigrantes (MNI) incluidas en el programa de planificación familiar (PPF).

Diseño: Estudio descriptivo transversal. Criterio Inclusión: MI y MNI que han usado Implanon como método anticonceptivo dentro del PPF.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: A través registro informático (historia digital) se recogen: edad, número de visitas PPF, tiempo que han usado el método y presentación efectos secundarios. Análisis estadístico realizado con descriptivos, comparación de medias con test t Student, y tablas de contingencia con test Chi-cuadrado y test exacto Fisher.

Resultados: Se recogen datos de 282 mujeres, 260 MNI (92,2%) y 22 MI (7,8%). En cuanto a la edad, no hay diferencias significativas MNI: 26.33 años +/- 6.93 (valor mínimo de 14) y MI: 27.59 +/- 5.59 (p = 0.409). Número de visitas dentro del PPF es significativamente menor en MI (p = 0.008). Tiempo medio con el método es algo menor para MI sin alcanzar significación (p = 0.205). MNI han presentado significativamente más efectos secundarios (p = 0.030).

Conclusiones: La mayoría de las mujeres portadoras de Implanon son MNI, es poco utilizado en MI. Aunque no hay diferencias en la edad de inserción, inmigrantes llegan a España con edad superior al valor mínimo de ésta para españolas. El menor número de visitas en MI no se ve determinado por el tiempo en PPF y si puede por el menor número de efectos secundarios detectados en MI. Es necesario mejorar la difusión del método en MI.

Palabras Clave: atención primaria, anticoncepción, inmigrantes.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Interacciones farmacológicas en pacientes tratados con acenocumarol pertenecientes a un centro de salud

Rodríguez Capitán M^ªJ¹, Rodríguez Conesa E¹, Rodríguez Moreno S¹, Matas Sánchez M^ªJ¹, Cáceres Filippon VF¹, Soler González M²

¹ MFyC. CS Colonia Santa Inés-Teatinos. Málaga

² Enfermería. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

Título: Interacciones farmacológicas en pacientes tratados con acenocumarol pertenecientes a un centro de salud.

Objetivos: Estimar la prevalencia de fármacos que interaccionan con acenocumarol.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Atención primaria; un centro de salud urbano en el que trabajan seis médicos de familia.

Material y Método: Población de estudio: pacientes en tratamiento con acenocumarol.

Criterios de selección: pacientes tratados con acenocumarol durante el último año pertenecientes al centro de salud que participa en el estudio. Recogida de datos mediante revisión de historias clínicas.

Tamaño muestral: 52 pacientes.

Variables: edad, sexo, número de fármacos activos, número de interacciones farmacológicas con

acenocumarol, fármacos que interaccionan con acenocumarol.

Métodos de medición: frecuencia de variables.

Análisis estadístico: programa SPSS 15.0.

Resultados: Se estudian 52 pacientes (54% mujeres), edad media: 72.5 años. Promedio de fármacos activos: 7. Promedio de interacciones: 1.12. El 71.15% de los pacientes presentó alguna interacción. Los fármacos con interacciones fueron: omeprazol (46%), simvastatina (17%), quinolonas (8%), azitromicina (8%), imidazoles (2%), levotiroxina (6%), alopurinol (6%), salicilatos (6%), amiodarona (4%), fibratos (2%), claritromicina (2%).

Conclusiones: Parece necesario incrementar la formación relativa a las interacciones con acenocumarol y realizar estrategias que potencien el uso de fármacos que incrementen la seguridad de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales así como evitar la polimedicación.

Palabras Clave: Anticoagulación oral, Interacciones farmacológicas, Polimedicación.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Diferencias en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en una zona rural y en Andalucía

Yang Lai R¹, Skodova M², Medrano Ramos I³, Martín Muñoz O⁴, González-Outón Velázquez J⁵, Campos Gordillo A⁶

¹ Medicina Preventiva. UGC Utrera Sur. Utrera (Sevilla)

² Medicina Preventiva. HU Virgen de las Nieves. Granada

³ Medicina de Familia. UGC Utrera Sur. Utrera (Sevilla)

⁴ Enfermera. HU Virgen de las Nieves. Granada

⁵ Medicina Preventiva. HU Puerto Real. Cádiz

⁶ TPRL. HU Puerto Real. Cádiz

Título: Diferencias en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en una zona rural y en Andalucía.

Objetivos: Comparar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) de una zona rural andaluza con los datos generales a nivel de Andalucía del Instituto Nacional de Estadística (INE) y del estudio Dieta y Riesgo de Enfermedades Cardiovasculares en Andalucía (DRECA).

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Municipio rural. Población general andaluza (INE 2008).

Material y Método: Criterios de inclusión: población del municipio ≥ 18 años en la Base de Datos del Usuario del Servicio Andaluz de Salud (junio 2008): 4006 habitantes. Tamaño muestral 156 (prevalencia estimada de FRCV 12%, precisión 5%, nivel confianza 95%). Muestreo sistemático, arranque aleatorio, estratificado por edad y sexo. Búsqueda activa: correo postal, recordatorios telefónicos. Consentimiento informado escrito. Variables: edad, género, presencia de FRCV, antecedentes familiares, hábito tabáquico, ejercicio físico, consumo de alco-

hol; exploración física, peso, talla, perímetro de cintura y analítica: colesterol, triglicéridos, glucemia. Estudio ecológico: comparación mediante análisis de datos agregados de INE y DRECA.

Resultados: Tasa respuesta 78,9%(123 sujetos). Comparado con los estudios referidos, el hábito tabáquico es mayor en hombres (54,1% IC95 40,8-67,4), la obesidad central mayor en hombres y menor en mujeres (49,1%(35,8-62,5) y 37,1%(24,3-50)), la hipertrigliceridemia menor en mujeres (6,5%(1,8-15,9) y el ejercicio mayor en hombres y mujeres (44,3%(31-57,6), 25,8%(14,1-37,5)).

Conclusiones: La población del municipio presenta hábito tabáquico, obesidad central, hipertrigliceridemia y realización de ejercicios diferentes. Conocer los FRCV en las áreas pequeñas puede mejorar el abordaje de los problemas de salud y optimizar los recursos sanitarios destinados al municipio. Son deseables estudios adicionales en otras zonas rurales para contrastar diferencias con los datos generales andaluces.

Palabras Clave: Factor De Riesgo, Enfermedad Cardiovascular, Atención Primaria (Risk Factor, Cardiovascular Disease, Primary Care).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Implantación de cirugía menor en un centro de salud. Inicio de una experiencia

Miñana García M^aL, Rodríguez Moreno SM^a, Fernández García M^aC, Álvarez Piña EM^a, Romero Matas R, Cañete Vargas M^aI

MFyC. CS Colonia Santa Inés-Teatinos. Málaga

Título: Implantación de cirugía menor en un centro de salud. Inicio de una experiencia.

Objetivos: La cirugía menor se realiza en nuestro centro desde marzo de 2009. El objetivo del estudio es describir los resultados sobre la actividad realizada, técnica quirúrgica empleada y concordancia entre diagnóstico prequirúrgico y diagnóstico anatómico-patológico de las muestras.

Diseño: Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento: Centro de salud Urbano con una población de 14.000 habitantes y Servicio de Anatomía patológica del hospital Urbano de Referencia.

Material y Método: Población de estudio: Pacientes intervenidos desde marzo 2009 hasta mayo 2010.

Recogida de datos mediante revisión de historias clínicas.

Variables descriptivas analizadas: Edad, sexo, diagnóstico lesión, localización, técnica quirúrgica empleada, resultados histológicos.

Resultados: Pacientes intervenidos: 243. Sexo: Mujeres 139 (53.2%), hombres 104 (42.7%). Edad Media 43.6 (mujeres 43.8, hombres 43.4).

Lesiones: Fibromas: 128(52.6%) Verrugas sebáceas 50 (20.57%); Quistes sebáceos 13 (5.34%); Papilomas 37 (15.2%); Cuernos cutáneos 3 (12.34%); lipoma 1 (0.41%) Nevus 3 (1,23%), Onicomycosis 6 (2,46%). Técnicas quirúrgicas más empleadas: Electro cirugía 196(80,6%); Corte frío 40 (16,46%) Matricectomía 6 (2,46%).

Se remitieron al servicio de anatomía patológica 40 lesiones (16,4%) y el acuerdo diagnóstico de las lesiones fue de 26 (65%).

Conclusiones: La realización de técnicas de cirugía menor son factibles, teniendo las actividades de cirugía menor una importante implantación. Los resultados obtenidos concuerdan con los encontrados en la literatura respecto a la correlación clínico patológica.

Palabras Clave: Cirugía. Atención Primaria. Concordancia.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Análisis de la puesta en marcha del proceso DPC (detección precoz de cáncer de cérvix) en un centro de salud

Gordillo Montoya JM, Martín Peñuela EM^a, Torrealba Aranda P, Hidalgo Fajardo M^aJ, Rodríguez Alcázar MA, Díaz Casado de Amezua M

Médico de Familia. CS San Miguel. Torremolinos (Málaga)

Título: Análisis de la puesta en marcha del proceso DPC (detección precoz de cáncer de cérvix) en un centro de salud.

Objetivos: Analizar los resultados obtenidos en la puesta en marcha del proceso asistencial en atención primaria, problemas encontrados y posibilidades de mejora.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizan las historias de mujeres que acudieron a la consulta de DPC durante los primeros 6 meses del año 2009.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: Revisión de la historia digital de mujeres que acudieron a consulta los 6 primeros meses del año 2009 a realizarse citología de cribado y resultados obtenidos.

Resultados: 750 citas, acudieron 518 (69.07%), faltando 232 (30.93%). 336 citologías fueron nor-

males (101 metaplasias escamosas, 51 colpitis atrófica, 88 cervicitis inespecíficas, 26 vaginosis bacterianas asintomáticas), 19 frotis con infección por cocos o cocobacilos, 26 moniliásisca, 3 trichomonas y 1 leptotrix. Entre las patológicas encontramos 12 ASCUS con HPV (virus papiloma humano) negativos, células escamosas con cambios coilocíticos en 12 (11 HPV negativo, 1 positivo con genotipos 16,66 y 68), L-SIL en 7 (HPV negativo en 4 y positivo en 3 con genotipos 31,40/61 y 16). Una citología resultó H-SIL con HPV negativo realizándose conización. Un frotis fue no apto.

Conclusiones: Los cambios coilocíticos y ASCUS no significan infección por HPV, sólo el 4% presentaba virus positivo. El genotipo más repetido es el 16. Detectamos elevada falta de asistencia al programa que se analizará en estudios posteriores.

Palabras Clave: HPV, cambios coilocíticos, ASCUS.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Control y cumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos y polimedicados de Atención Primaria

Calderón Guadalupe JM¹, Belhadj H¹, López Aguilar J², Domínguez Vega J²

¹ Residente MFyC. CS Isla Chica. Huelva

² MFyC. CS Isla Chica. Huelva

Título: Control y cumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos y polimedicados de Atención Primaria.

Objetivos: Comprobar el cumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos y su relación con la polimedicación en atención primaria; control de las cifras tensionales y su relación con el cumplimiento.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro salud urbano.

Material y Método: Tomamos listado de hipertensos del centro de salud, excluyéndose pacientes terminales, en UCP o con demencia, se calcula tamaño muestral teniendo en cuenta una prevalencia de HTA del 40% resultando 294 y aleatorizamos tomando un 15% más ante la posibilidad de pérdidas

Análisis estadístico: SPSS v17, calculándose media y desviación típica para variables cuantitativas y porcentajes para cualitativas. Chi cuadrado para comparar polimedicados y cumplimiento, cumplimiento y clasificación de HTA

Variabes: sexo, edad, numero total de medicamentos que toma, polimedicados, test cumplimiento, clasificación tensional, tipo de tratamiento antihipertensivo.

Resultados: N=294 hombres 41% edad 69,78 ±9,762 cumplidores 76% polimedicados 59,2%.

58,9% de cumplidores y 60% de no cumplidores son polimedicados.

75,7% de polimedicados y 76,5% de no polimedicados son cumplidores.

24,3% de polimedicados y el 23,5 de no polimedicados son no cumplidores (p< 0,05)

Numero medio de medicamentos: 5,71±3,267.

Normotensos 54,4% (cumplidores 55,8%; no cumplidores 49,7%) HTAi: 25,6% HTAii: 20%

50% de no cumplidores y 55,8% de cumplidores se mantienen normotensos. (p>0,05)

Medicación para HTA. Monofarmaco 24%; una asociación 28%; 2 fármacos sin asociación 31,6%; mas de dos fármacos o asociaciones 26,4%.

Conclusiones: A pesar del alto porcentaje de cumplimiento el control de la TA se mantiene en el 54,4% existiendo relación entre cumplimiento y polimedicación.

Según el tipo de medicación para HTA, seria recomendable aumentar las asociaciones en detrimento de la utilización de 2 fármacos aislados, que supone el mayor porcentaje, para así mejorar la adherencia al tratamiento.

Palabras Clave: Medication Adherence, Hypertension, Prevention & Control.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Relación entre cumplimiento terapéutico y control de los pacientes con diabetes mellitus 2 (DM2)?

Cobos Requena Á¹, Moyano Pulido M²J²

¹ MIR MFyC. CS Levante Norte. Córdoba

² MIR MFyC. CS Occidente. Córdoba

Título: ¿Relación entre cumplimiento terapéutico y control de los pacientes con diabetes mellitus 2 (DM2)?

Objetivos: Estudiar relación entre cumplimiento terapéutico, control metabólico y complicaciones en diabéticos tipo 2 (DM2) en atención primaria.

Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: Un Centro de Salud urbano.

Material y Método: Pacientes con DM2. Criterios de selección: pacientes de ambos sexos, edad >30 años, confirmación diagnóstica (glucemia basal >126 mg/dl o a las 2 horas, SOG75g >200 mg/dl) asintomático; glucemia al azar >200 mg/dl, sintomático. Que tuvieran al menos una determinación de HbA1c. Consentimiento informado. Tamaño muestral: 115 pacientes. Este tamaño permite detectar un 15% de diferencia en el incumplimiento terapéutico entre pacientes controlados y no controlados ($p_1=80\%$; $p_2=65\%$), para un error alfa 5%, error beta 20%, e hipóte-

sis bilateral. Fuente de datos: Diraya, entrevista personal. Variables estudiadas: socio-demográficas, tratamiento, cumplimiento terapéutico, perfil glucémico. Análisis estadístico descriptivo e inferencial ($p<0,05$).

Resultados: Media edad 66,03 años. 93% grado I doppler MMII y 93% test monofilamento normal. Estaba con un sólo un antidiabético oral 27,8%. El 80,5% cumplen el tratamiento prescrito. Media glucemia 144 mg/dl, HbA1c 6,70%. Los pacientes que incumplen tratamiento presentan peores niveles glucemia y glicosilada con $p<0,001$. Los hombres incumplen en mayor porcentaje. (Chi-cuadrado=3,834; $p=0,05$). No se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre la edad y el cumplimiento terapéutico ($p=0,375$).

Conclusiones: Los pacientes con DM2 que incumplen el tratamiento presentan peor control metabólico. Los hombres muestran un peor grado de adherencia terapéutica.

Palabras Clave: diabetic; control; adherente.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Inicio y seguimiento del tratamiento con opioides para control de síntomas desde Atención Primaria y exitus en domicilio en pacientes oncológicos

De la Yeza Ferrón I¹, García Ortiz JC¹, Bernal Bernal R¹, Toscano Puelles P², Gallardo Díaz JC³

¹ Medicina Familiar y Comunitaria. CS Doctor Tolosa Latour. Chipiona Cádiz

² Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Trebujena (Cádiz)

³ Medicina General. CS Doctor Tolosa Latour. Chipiona. Cádiz

Título: Inicio y seguimiento del tratamiento con opioides para control de síntomas desde Atención Primaria y exitus en domicilio en pacientes oncológicos.

Objetivos: Descripción del inicio y seguimiento del tratamiento con opioides para control de síntomas en pacientes con enfermedad oncológica y en cuidados paliativos desde atención primaria, así como determinar el número de exitus en domicilio de dichos pacientes.

Diseño: Se ha realizado mediante estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: Incluidos todos los pacientes con enfermedad oncológica fallecidos en el 2009 recogidos mediante registros oficiales del ayuntamiento, toma de datos de la historia digital Diraya y usando análisis de los mismos con el programa SPSS versión 15.

Resultados: El 24.44% de los fallecidos en el 2009 padecían enfermedad oncológica. De éstos, el 36.4% están incluidos en el Proceso Asistencial Integral (PAI) de Cuidados Paliativos del Centro de Salud. El 87.5% de los pacientes incluidos en el PAI toman opioides, frente al 7.1% de los pacientes no incluidos ($p < 0.001$). El 54.5% de los pacientes estudiados fallecen en domicilio. El 33.3% de éstos están incluidos en el PAI frente al 66.6% de los que no están incluidos en dicho programa ($p = 0.546$).

Conclusiones: Se puede observar la accesibilidad a opioides de los pacientes con enfermedad oncológica desde atención primaria en relación con los pacientes en seguimiento por servicio de oncología. En cambio no hay significado estadístico en cuanto al exitus en domicilio. Esto puede deberse a que el fallecimiento en domicilio es influenciado por mas factores, por lo que deberían hacerse más estudios e intervenciones en este ámbito.

Palabras Clave: death, palliative care, oncologic.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Estudio de eficiencia sobre las citas de análisis rutinarios

Espejo Aller C¹, Bernal Bernal R², Gallardo Díaz JC²

¹ Auxiliar. CS de Chipiona (Cádiz)

² Medico de Familia. CS de Chipiona (Cádiz)

Título: Estudio de eficiencia sobre las citas de análisis rutinarios.

Objetivos: Averiguar el absentismo en citas de analíticas rutinarias.

Calcular cuantos tubos se preparan y no se utilizan y el gasto.

Calcular cuantos pacientes reiteran su cita.

Diseño: Estudio descriptivo.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano dotado de 9 médicos y 3 pediatras.

Material y Método: Se anotan durante 9 semanas escogidas al azar y de forma consecutiva todas las citas de los pacientes que solicitan analíticas, cuántos faltan así como cuántos repiten cita. También se recoge el número de tubos de análisis preparados no utilizados.

Resultados: Se recogen un total de 2343 citas con una media de 260 citas semanales. Faltan 264 pacientes, una media de 29 pacientes por semana, un 11% del total citados.

De los 2079 pacientes que acuden a hacerse el análisis, 114 (5%), es la segunda vez que vienen porque faltaron a su primera cita y vienen con su tercera cita un 0.6% de los que acuden.

Se desechan 645 tubos, una media de 71 tubos semanales: de bioquímica 208, de hemograma 191, de coagulación 44, de hierro 127 y de serología 75.

El coste de los tubos no utilizados fue de 87 euros. La auxiliar se dedicó a recuperar los tubos para evitar el gasto.

Conclusiones: Se desperdician muchas citas médicas semanales.

La auxiliar pierde innecesariamente tiempo en citas y en recuperar los tubos.

Es preciso concienciar a los pacientes de la importancia de no faltar a la cita.

La disminución de ausencias repercutiría en mayor disposición de citas y disminuiría la espera.

Palabras Clave: Análisis, Citation, Cost Efficient.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Los recursos humanos: médicos de familia (MF) y otros profesionales de la Atención Primaria (AP) en el servicio andaluz de salud (SAS) 2001-2010

Navarro Jiménez J¹, Gonzalez Uceda C²

¹ Médico de Familia. CS-UGC Docente Carranque. Málaga

² Médica de Familia. CS-UGC Docente Alameda-Perchel. Málaga

Título: Los recursos humanos: médicos de familia (MF) y otros profesionales de la Atención Primaria (AP) en el servicio andaluz de salud (SAS) 2001-2010.

Objetivos: Conocer el número y evolución de los trabajadores en AP del SAS, las proporciones respecto a la Atención Especializada (AE), las de los MF con los demás profesionales y su evolución temporal.

Diseño: Estudio Descriptivo.

Emplazamiento: AP, Andalucía.

Material y Método: Datos de las Memorias del SAS desde 2001 y de la página Web del SAS a 07/06/2010 (correspondientes a 2008). Sobre ellos se calcularon las proporciones de AP/AE respecto al total y por categorías de personal, más la cantidad y proporción de MF. Se compararon los datos de ambas fechas.

Resultados: En 2001 de 77.291 personas, en AP trabajaban 17.388 (22,49%) y en 2008 de 84.706 personas, en AP trabajaban 22.167 (26,17%). Los Facultativos eran 12.309(16,08). MF 4.538 (36,86%).

En 2008, 14.525 (17,14%). MF 5.532 (38,08%). En AP los MF eran el 26,13% de los trabajadores, había 0,95 Enfermer@s/MF, 0,25 Aux.de Enfermería/MF y 0,96 de Administrativos y Celadores/MF, posteriormente fueron el 24,95 % de los trabajadores, había 0,96 Enfermer@s/MF, 0,27 Aux de Enfermería/MF y 0,89 de Administrativos y Celadores/MF.

Conclusiones:

- La AP ha pasado del 22,49 al 26,17, pero todavía supone un escaso peso demográfico en la organización.

- La AP necesitaría más personal para hacer frente a sus funciones.

- Los MF suponen aproximadamente el 40% de los Facultativos.

- Consideramos que el MF sigue teniendo poco personal de apoyo para sus tareas cada vez más numerosas.

Palabras Clave: Recursos Humanos, Atención Primaria, Andalucía.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Distribución del sobrepeso y obesidad en la población de un municipio rural de Andalucía

Yang Lai R¹, Skodova M², Martín Muñoz O³, Medrano Ramos I¹, Medrano Ortega J⁴, Calderón Sandubete E⁴

¹ Medicina de Familia. UGC Utrera Sur (Sevilla)

² Medicina Preventiva. HU Virgen de las Nieves. Granada

³ Enfermera. HU Virgen de las Nieves. Granada

⁴ Medicina Interna. HU Virgen del Rocío. Sevilla

Título: Distribución del sobrepeso y obesidad en la población de un municipio rural de Andalucía.

Objetivos: Describir la prevalencia del sobrepeso y obesidad en un municipio rural de Andalucía

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Municipio rural.

Material y Método: Criterios de inclusión: población del municipio ≥ 18 años en la Base de Datos del Usuario del Servicio Andaluz de Salud (junio 2008). Población de estudio 4006 habitantes, muestra 156 (prevalencia estimada 12%, precisión 5%, nivel de confianza 95%). Muestreo sistemático, arranque aleatorio, estratificado por edad y sexo. Búsqueda activa: correo postal, recordatorios telefónicos. Consentimiento informado escrito. Variables: edad, género, peso, talla, perímetro de cintura. Definición de sobrepeso: Índice de Masa Corporal (IMC) (peso en kilogramos/talla en metros al cuadrado) ≥ 25 y < 30 , y obesidad: $IMC \geq 30$

Resultados: Tasa respuesta 78,9% (123 sujetos). El IMC calculado fue: media $29,8 \pm 1,96$ Kg/ m², mediana 47, mínimo 19,8, máximo 65,4. 44,7% presenta sobrepeso, destacando el 60% en hombres ≥ 65 años. 39% son obesos, 48,5% en personas ≥ 65 años, principalmente mujeres mayores (61,1%). El porcentaje de la obesidad central es mayor que la obesidad según IMC, salvo para varones < 65 años. Más de la mitad de los pacientes con sobrepeso tienen obesidad central, sobre todo mujeres, y principalmente mujeres ≥ 65 años, donde el 100% con sobrepeso tienen obesidad central. La cifra de normopeso es apenas 16,3%.

Conclusiones: Casi la mitad de la muestra presenta sobrepeso, destacando hombres ≥ 65 años. Destaca un 39% de obesos, siendo 48,5% ≥ 65 años, principalmente mujeres (61,1%). Conocer las características del sobrepeso y obesidad en las áreas pequeñas mejora el abordaje de los problemas de salud y permite optimizar los recursos sanitarios destinados al municipio.

Palabras Clave: obesidad, atención primaria, factor de riesgo (obesity, primary care, risk factor).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Estudio comparativo por sexos de alteraciones halladas en el programa de salud escolar del SAS del curso 2009/2010

Novo Martín JJ¹, Muñoz Castillo M³C¹, López Torres G², Osorio Martos C³, Hernández Carmona A⁴, García Iglesias Y⁵

¹ CS de Alcalá La Real (Jaén)

² CS Cartuja. Granada

³ CS La Chana. Granada

⁴ CS Zona Básica de Villacarrillo (Jaén)

⁵ CS Almanjáyar (Granada)

Título: Estudio comparativo por sexos de alteraciones halladas en el programa de salud escolar del SAS del curso 2009/2010.

Objetivos: Determinar la proporción por sexos, en los alumnos estudiados, de alteración de la somatometría, desviación de raquis y alteración en la AV (agudeza visual).

Diseño: Estudio descriptivo transversal de prevalencia.

Emplazamiento: 8 centros de enseñanza primaria (EPO) ubicados en un ámbito rural.

Material y Método: El diseño del estudio es Descriptivo Transversal de Prevalencia en un ámbito rural. Tamaño muestral 541 alumnos de los cuales 294 eran niñas frente a 247 niños. Se estudiaron 3 variables: alteración de la somatometría (peso y/o talla), desviación de columna vertebral y alteración en la AV. Los criterios de selección en el estudio fueron alumnos/as matriculados/as en un total de 8 centros de EPO que estuviesen cursando 1º de

EPO y 6º de EPO durante el curso escolar 2009/2010 desestimando los alumnos repetidores, siendo la fecha de realización del estudio mayo del 2010.

Resultados: El 2,04% de las niñas estudiadas presentó alteración en la somatometría frente al 6,88% de los niños.

Así mismo, el 11,56% de las niñas presentó alteración en la medición de la AV frente al 9,72% de los niños.

Con respecto a la asimetría escapular y/o desviación de raquis se detectó en el 3,40% de las niñas frente al 2,83% de los niños.

Conclusiones: Se encontró una mayor proporción en los alumnos estudiados, de niñas frente a niños, para las variables desviación de raquis y alteración de la AV al contrario que en la variable alteración de la somatometría.

Palabras Clave: school health, health programs, visual acuity.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Conocen nuestras pacientes el uso correcto de anticonceptivos orales y sus posibles interacciones?

Ranea Martín, EV¹, Fernández Gutiérrez B², Romero Muñoz E², Díaz Montilla E², Melgares Ruiz RM³, Rodríguez López E⁴

¹ Medicina de Familia. CS Vélez Sur. Vélez-Málaga (Málaga)

² Medicina de Familia. CS Axarquía Oeste. Benamargosa (Málaga)

³ Medicina de Familia. CS de Torrox (Málaga)

⁴ Medicina de Familia. CS de Torre del Mar (Málaga)

Título: ¿Conocen nuestras pacientes el uso correcto de anticonceptivos orales y sus posibles interacciones?

Objetivos: Evaluar el conocimiento que tienen las pacientes que toman anticonceptivos orales (AO) en cuanto a interacciones medicamentosas y su relación con patologías orgánicas que repercutan en su eficacia anticonceptiva.

Diseño: Estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centros de Salud rurales y urbanos.

Material y Método: 104 mujeres que tomen AO desde hace 2 meses al menos y que acudan a la consulta a demanda o de Planificación Familiar. Las variables estudiadas fueron: edad, nombre del AO, duración del tratamiento, conocimiento de interacciones con medicamentos/enfermedades. Se utilizó el cuestionario de Morisky-Green

modificado. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS 15.0.

Resultados: La edad media de nuestras pacientes se sitúa entre 28-30 años. En el 98 % de los casos el anticonceptivo fue prescrito por su médico. El 46.2 % utiliza un AO con efecto antiandrogénico, y el 35.6 % un AO con baja dosis hormonal. El 48.1 % de nuestras pacientes ha tenido algún olvido de la toma y el 62 % conocen las interacciones medicamentosas de los AO. El 63.5 % saben de su posible relación con otras enfermedades.

Conclusiones: El conocimiento de las mujeres que acuden a nuestras consultas sobre anticoncepción es cada vez más amplio. A pesar de ello debemos insistir en la información y asesoramiento sobre métodos anticonceptivos aprovechando nuestra posición cercana y accesible desde Atención Primaria.

Palabras Clave: oral contraceptive, interactions, knowledge.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Causas de abandono del implante anticonceptivo subdérmico en una zona necesitada de transformación social (ZNTS)

Toral Sánchez J¹, González Rodríguez M^aP¹, Palacios Simón A¹, Corona Paez I¹, Cañada Núñez R¹, Navarro Gallego M^aP²

¹ MFyC. CS Palma-Palmilla. Málaga

² MFyC. CS Jesús Cautivo. Málaga

Título: Causas de abandono del implante anticonceptivo subdérmico en una zona necesitada de transformación social (ZNTS).

Objetivos: Conocer las causas de abandono del implante anticonceptivo en usuarias de un Centro de Salud (ZNTS).

Diseño: Descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano ZNTS.

Material y Método: Todas las mujeres a las que se les ha retirado el implante en el periodo comprendido entre 01/05/2008 a 01/06/2010, utilizando la información reflejada en el libro de registro de datos con encuesta telefónica.

Resultados: De un total de 198 implantes colocados en estos dos años, se han retirado 37 (18,68%), y en éstas mujeres, la media de interrupciones voluntarias de embarazo (IVEs) ha sido de 1.1 y la media de número de hijos de 1.97.

Las causas de abandono han sido:

- Alteración del patrón de sangrado: 15 mujeres (40,54%): de éstas, 6 (16,22%) atribuible a amenorrea/oligomenorrea y por aumento de la regla (hipermenorrea/polimenorrea-polihipermenorrea y patrón de sangrado variable) 9 (24,32%).

- Aumento de peso: 7 mujeres (18,92%).

- Cefalea: 7 mujeres (18,92%).

- Otros motivos: 8 mujeres (21,62%)

El tiempo medio de retirada ha sido de 11.7 meses desde la fecha de inserción, rango [2-19].

Conclusiones: Nuestros resultados se adecuan a los encontrados en otros estudios, La alteración del patrón de sangrado es la principal causa para la retirada. Debido al alto número de IVEs de estas pacientes y al tratarse de una ZNTS, creemos conveniente seguir adelante con la utilización de este método anticonceptivo.

Palabras Clave: implante subdérmico anticonceptivo, Atención Primaria, métodos anticonceptivos.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Valoración del hábito tabáquico en una UGC rural

Delgado Pérez M^aP¹, Vidaña González F¹, Carretero Carrique M^aV², Pérez García M^aD², López Fernández JJ³

¹ Médico de Familia. UGC Alto Andarax. Alhama de Almería (Almería)

² Enfermera. UGC Alto Andarax. Alhama de Almería (Almería)

³ Enfermero. UGC Alto Andarax. Alhama de Almería (Almería)

Título: Valoración del hábito tabáquico en una UGC rural.

Objetivos: Conocer la prevalencia del tabaquismo en una UGC (Unidad de gestión clínica) rural.

Describir el perfil de los pacientes fumadores y las características del hábito.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Zona Básica de Salud Rural.

Material y Método: Población de estudio: Pacientes mayores de 15 años.

Criterios de selección: Pacientes mayores de 15 años que acuden a la consulta de Atención Primaria durante el año 2009.

Tamaño muestral: 1288 (calculado con una prevalencia del 30%, IC 95% y precisión 2,5% asumiendo un 10% de pérdidas).

Tipo de muestreo: consecutivo.

VARIABLES: Sexo, edad, fumador (si/no), edad de comienzo del hábito tabáquico, cigarrillos que fuma al día, tiempo desde que se levanta y fuma primer cigarrillo.

Recogida de datos mediante encuesta con las variables descritas.

Análisis estadístico: Análisis descriptivo de las variables, frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y medias para variables cuantitativas. Comparación de porcentajes con X^2 y comparación de medias con t-student.

Resultados: N: 1288; 29% fumadores, 66% hombres y 34% mujeres, la edad media difiere en hombres y mujeres (50/39 $p<0,05$), la edad media de comienzo del hábito difiere en hombres y mujeres (15/19 $p<0,05$), el tiempo medio desde que se levanta hasta fumar el primer cigarrillo difiere en hombres y mujeres (19/28 $p<0,05$).

El 61% de hombres fuman más de un paquete al día frente al 27% de mujeres, siendo estas diferencias significativas ($p<0,05$).

Conclusiones: La prevalencia de tabaquismo en una zona rural es alrededor de un 30% siendo más frecuente el hábito en hombres de mediana edad que empiezan a fumar en la adolescencia temprana, fumando más de un paquete al día. Tardan menos de media hora en fumarse el primer cigarrillo.

Palabras Clave: primary care, cigarette, prevalence.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Urgencias psiquiátricas a domicilio

Ruiz Rodríguez MA¹, Fernández Carmona C², Flores Higuera M³, Hidalgo Mesa RM⁴, Díez Flores J², Gallego Olivencia R¹

¹ Médico de Familia. DCCU. CS ZBS Santa Fe. Granada

² DUE. DCCU. CS ZBS Santa Fe. Granada

³ Técnico en emergencias. CS ZBS Santa Fe. Granada

⁴ DUE. DCCU. ZBS Alhama de Granada. Granada

Título: Urgencias psiquiátricas a domicilio.

Objetivos: Analizar asistencias urgentes por motivos psiquiátricos en nuestra ZBS durante los primeros 18 meses de funcionamiento de la unidad móvil y definir perfil del usuario típico.

Diseño: Estudio descriptivo.

Emplazamiento: Zona básica salud rural.

Material y Método: Estudio descriptivo: revisión de TODAS las historias clínicas desde Febrero 2007-Junio 2008.

Resultados: Asistencias realizadas: 4.272 MD psiquiátrico: 283 (6.62%) [Ansiedad: 49.12%; Agitación: 18.7%; Agresividad: 18.02%; Intento autolisis: 11.31%; Ingreso involuntario: 1.77% y Alucinaciones: 1.6%]. Diagnóstico psiquiátrico: 211 (74.56%) Diagnóstico no psiquiátrico: 72 (24.54%) [Sin patología urgente: 50%; Hipoglucemia: 16.6%] Mujeres: 65.67%. Edad media: 58.26 (mujeres: 60.66; hombres: 53.82) Diagnósticos psiquiátricos: 330 (7.72%) [Ansiedad: 64.24%; Psicosis: 13.64%; Intento autolisis: 11.31%;

Demencia: 5.76%; Simulación: 1.82%; Otros: 3.23%] Mujeres: 57.14%. Edad media: 52 (mujeres: 57.14; hombres: 40.49) MD psiquiátrico: 188 (56.97%) MD no psiquiátrico: 142 (43.03%) [Dolor precordial: 14%; Tráfico: 7.75%; Mareo: 7.75%; Disnea: 6.34%...] Traslados realizados: 63. Capacidad resolución: 80.9% Prioridades: P2 80%. P1 sólo 7.88% Horario: 59.10% de asistencias entre 16-24h; 34.62% entre 08-16h; 6.35% entre 0-8h Periodo del año: Los meses con más asistencias psiquiátricas fueron Marzo y Noviembre (ns).

Conclusiones: 1) 7.72% de asistencias son por motivos psiquiátricos; 1 de cada 5 precisará atención hospitalaria. 2) Ansiedad es MD y diagnóstico más frecuente. 3) Los diagnósticos psiquiátricos superan las demandas psiquiátricas, lo cual indica la variabilidad sintomática de los procesos psiquiátricos. 4) Paciente tipo: mujer de 57 años que solicita asistencia por ansiedad secundaria a problemas familiares. 5) Los hombres tienen una edad media inferior, el principal MD es la agitación, y el diagnóstico más frecuente es psicosis.

Palabras Clave: Urgencias; Paciente psiquiátrico; Perfil de usuario.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Gripe, ¿qué gripe?

Vera Ben-Mohatar M¹, Cabilla Vargas JL², Martínez Villegas I², Aboza Lobatón Á³, Rodríguez González M⁴, Barberan Morales C⁴

¹ MIR 4º año MFyC. CS La Velada. La Línea de La Concepción (Cádiz)

² Adjunto MFyC. DCCU Distrito Cádiz-Bahía La Janda. Cádiz

³ MIR 4º año MFyC. CS La Granja. Jerez (Cádiz)

⁴ Adjunta MFyC. DCCU Distrito Cádiz-Bahía La Janda. Cádiz

Título: Gripe, ¿qué gripe?

Objetivos: El perfil de los usuarios atendidos por gripe y sus variaciones en un dispositivo de apoyo del distrito sanitario en atención primaria no centro centinela.

Diseño: Estudio transversal durante el año 2009.

Emplazamiento: Dispositivo de Apoyo de un Distrito de AP.

Material y Método: Se recogieron las variables: edad, sexo, variante de la enfermedad, fecha, atendido en centro salud o servicio urgencias, tratamiento.

Resultados: Del total de asistencias atendidas por el médico (15280), 686 (4,489%) fueron diagnosticados de Gripe en sus diversas variantes. Por sexo la enfermedad afectó a 342 (49,854 %) hombres de media 34 años y 344 (50,149%) mujeres de media de 35. A lo largo del año la distri-

bución estacional de la gripe en invierno (E, F) 41 casos (5,976%), en primavera (M, A, My) 4 casos (0,583%), en verano (J, Jl, A) 8 casos (1,166%), en otoño (S, O, N) 461 casos (67,201%) e inicio del nuevo invierno (D) 172 casos (25,062 %). Las complicaciones fueron: enfermedad respiratoria en 217 casos (31,632 %) y gripe A (tras diagnóstico hospitalario) 6 casos (0,874%). En el servicio de urgencias recibieron gratuitamente Oseltamivir 15 personas (2,186 %), 671 casos (97,813 %) se le recetó antigripales comunes.

Conclusiones: Se observa un escaso número de diagnósticos de Gripe A (H1N1), frente a la demanda de asistencia por sintomatología gripal, durante el año 2009. El perfil del paciente es un adulto joven de unos 35 años que acude de urgencia al CS durante el otoño-invierno por sintomatología respiratoria asociada a cuadro gripal.

Palabras Clave: Gripe A (N1H1), Centro de Atención Primaria, Oseltamivir.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación de la puesta en marcha del proceso asistencial integrado hipertrofia benigna/cáncer de próstata en Atención Primaria

Padilla Arellano E¹, López González BV², Prokopenkova A¹, Herrera Rodríguez A¹, Luque López C¹, Navarro Martín JA²

¹ Médico de familia. CS Albarizas. Marbella (Málaga)

² Médico de familia. CS Arroyo de la Miel. Benalmádena (Málaga)

Título: Evaluación de la puesta en marcha del proceso asistencial integrado hipertrofia benigna/cáncer de próstata en Atención Primaria.

Objetivos: Evaluar el diagnóstico y el seguimiento de la hipertrofia benigna de próstata y el cáncer de próstata a través del registro en DIRAYA del proceso de próstata.

Diseño: Descriptivo, retrospectivo.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: Población: varones mayores de 40 años incluidos en el Proceso desde su apertura hasta Octubre del 2009 (643), seleccionando a los 15 primeros pacientes de los listados obtenidos por clave médica del programa Diraya (296). Variables: Criterios de diagnóstico: realización de anamnesis, test IPSS y tacto rectal, solicitud de test IPSS y sedimento urinario. Criterios de seguimiento (incluidos en el proceso más de un año): solicitud de nuevo IPSS y PSA en 2009. Análisis estadístico: programa Excel.

Resultados: Número de pacientes incluidos en el proceso por médico oscila de 4 a 111; número de pacientes incluido por año: 2007-12, 2008-87, 2008-158; hoja de consulta: 43,19% (43,06-43,31); descartar infección de orina: 63,60% (63,47-63,72); IPSS: 54,42% (54,28-54,55); Solicitud del PSA: 85,03% (84,96-85,09); tacto rectal: 5,78% (5,75-5,80); cumple criterios de inclusión: 81,04% (80,95-81,12); registro de IPSS anual 2009: 49,79% (49,65-49,92); PSA anual: 66,91% (66,79-67,02).

Conclusiones: Hemos aumentado la cobertura del proceso en los dos últimos años. Es insuficiente el registro de la Anamnesis y la realización del tacto rectal, por tanto el diagnóstico es inadecuado por ser incompleto. No se excluyen los pacientes que no cumplen criterios para seguir en el proceso. Es preciso realizar sesiones formativas para reducir la variabilidad interprofesional y reforzar los conocimientos teóricos y habilidades prácticas.

Palabras Clave: Prostate, diagnosis, primary care.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Diagnóstico y tratamiento de la infección de orina no complicada. Preferencias de los médicos Atención Primaria

López Márquez T¹, Cabrerizo Aguilera EA², Girón Prieto MS¹, García Tirado C³, Rivas del Valle P³, de los Ríos Álvarez AM¹

¹ MFyC. CS Cartuja. Granada

² MFyC. CS Almanjáyar. Granada

³ Unidad Docente MFyC de Granada

Título: Diagnóstico y tratamiento de la infección de orina no complicada. Preferencias de los médicos Atención Primaria.

Objetivos: Describir preferencias de los médicos respecto a seis estrategias diagnóstico terapéuticas para abordaje de infección de orina no complicada (ITU), adecuación a evidencia científica y determinantes implicados.

Diseño: Descriptivo.

Emplazamiento: Unidad docente de MFyC.

Material y Método: DISEÑO: Descriptivo.

POBLACIÓN: Residentes y tutores de MFyC. Muestra de 200 (confianza: 95%, precisión: 6%, variabilidad: 50%). Datos preliminares de 110.

MEDICIONES: Cuestionario autocumplimentado para valorar preferencias (escala 1-5) sobre: (1) Antibiótico (AB) empírico basado en clínica, (2) AB basado en tira reactiva (TR) positiva, (3) Ofrecer receta a paciente y esperar 48 horas evolución clínica (4) No prescribir AB basado en TR negativa (5) No indicar AB de inicio (6) Demorar AB hasta cultivo si TR negativa. Se midió con preguntas abiertas las ventajas e inconvenientes de las alternativas.

ANÁLISIS: Descriptivo y bivariante.

Resultados: Mujeres 62,9%, edad media 37, tutores 42,6%. Estrategias que declararon con muy alta preferencia, las relacionadas con prescripción de antibióticos inmediatamente, por TR positiva (65,5%) o clínica (57,5%). Ante TR negativa, el 35% adujo alta preferencia por demorar AB hasta cultivo y el 23% por no prescribir AB ni solicitar pruebas. Las mujeres mostraron mayor preferencia por ofrecer receta y esperar evolución. El 68% prefería pauta corta.

Los aspectos de gestión clínica fueron las ventajas más mencionadas en estrategias "AB inmediato por síntomas" y "ofrecer receta y espera según evolución"; esta última añade oportunidad de evitar abuso de AB; la primera, menor duración de sintomatología.

Las estrategias de no dar AB o lo retrasan se centran en "evitar resistencias y sobreuso de antibióticos".

Conclusiones: Ante paciente con clínica de ITU, los profesionales prefieren prescripción de ATB inmediata y empíricamente, siendo los aspectos de gestión clínica las ventajas más mencionadas. La mayoría de profesionales optan por pauta corta de tratamiento.

Palabras Clave: Infección de orina, Opinión de los profesionales, Diagnóstico y terapéutica, Atención Primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Centros de salud/médicos de infarto

Morion Castro M¹, Martínez Villegas I², Rodríguez González M³, Aboza Lobatón Á¹, Vera Ben-Mohatar M⁴, Rodríguez Torres M³

¹ MIR 4º año MFyC. CS La Granja. Jerez (Cádiz)

² Adjunto MFyC. DCCU Distrito Cádiz-Bahía La Janda. Cádiz

³ Adjunta MFyC. DCCU Distrito Cádiz-Bahía La Janda. Cádiz

⁴ MIR 4º año MFyC. CS La Velada. La Línea de La Concepción (Cádiz)

Título: Centros de salud/médicos de infarto.

- 9 (11,538%) Infarto miocárdio.

Objetivos: Analizar la concordancia entre el diagnóstico y tratamiento realizado por el médico de CS y de la UVI-móvil, ante la demanda por dolor torácico.

No inicio tratamiento 57,894% (33), 42,105% (24) comenzaron tratamiento según protocolos:

- oxígeno: 4,16% (1) colocó oxígeno. 95,83% no.

Diseño: Estudio transversal durante el año 2009.

- Antiagregantes (Aspirina /Plavix):

- No tratamiento: 8,33% (2)
- Tratamiento incompleto :45,83% (11)
- Tratamiento completo: 45,83% (11)

Emplazamiento: Dispositivo de Apoyo móvil de un Distrito de AP.

Material y Método: Asistencias por parte de UVI-móvil a pacientes con dolor torácico en Centros Salud. Variables: fecha, edad, sexo, motivo consulta (centro salud), diagnóstico final (UVI-móvil), tratamiento, derivación hospital o domicilio.

- Control constantes:

- Electrocardiogramas seriados: 83,33% (20)
- Tensión arterial: 54,16% (13)
- Pulso: 29,16% (7)
- Saturación oxígeno: 24,83% (5)
- Glucemia :100%

Resultados: Del total de asistencias en UVI-móvil (1528): 57(3,73%) diagnosticados de Dolor torácico (angor, IAM, SCASET, Fibrilación auricular) en centro salud, solicitando asistencia UVI-móvil. Por sexo 31 (44,385 %) hombres de media 60 años y 26 (45,614%) mujeres de 54.

- Canalización vía periférica 41,66% (10)

- Solinitrina sublingual 12,5% (3)

- solinitrina perfusión 0%. (0)

Coincidieron en diagnóstico un 94,736%.

Conclusiones: Existe un alto nivel de concordancia diagnóstica entre el médico del CS y el de la UVI-móvil en la atención a los paciente con dolor torácico. Necesario la realización de cursos de formación en protocolos a seguir en el tratamiento del dolor torácico.

Por patología:

- 31 (39,743%) fibrilación auricular.

- 23 (29,487%) angor;

- 15 (19,230%) no cardiogénico.

Palabras Clave: Infarto agudo de miocardio (IAM), Ángor, Fibrilación auricular.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Intervención avanzada grupal con fumadores en un centro de salud

Ramírez Aliaga M¹, Bueno Fonseca J¹, Vegas Sánchez MA¹, García Garzón M¹, Cortés Salazar CM^{a1}, De Unamuno Lumbreras L²

¹ Residente MFyC. CS El Palo. Málaga

² Médico adjunto MFyC

Título: Intervención avanzada grupal con fumadores en un centro de salud.

Objetivos: Evaluar los resultados de una intervención grupal avanzada (abandono del hábito tabáquico al finalizar la misma) y factores relacionados al cese del tabaquismo

Diseño: Descriptivo longitudinal (2009-2010).

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método:

- Sujetos: participantes entre octubre 2009-mayo 2010. (n=44).

- Método: Intervención grupal avanzada. Programa multicomponente. Derivación por médico familia y enfermería. Cita a entrevista previa. 6 sesiones.

- Variables: edad, sexo, grupo, edad inicio tabaquismo, enfermedades relacionadas al tabaco, puntuación escala Fagëstrom, empleo fármacos y tipo (terapia sustitutiva nicotina (TSN), bupropion, vareniclina). Variable dependiente: abandono del hábito al finalizar intervención.

- Análisis bivariante Chi² para variables cualitativas y test no paramétricos (U-MannWhitney) cuantitativas.

Resultados: Analizamos 3 grupos. 44 participantes, 18 finalizan. Edad media 53,2+/-2,036. 50% hombres. Edad media inicio hábito 18,95años. Media test Fagëstrom 5,67.

31,8% padecen enfermedades asociadas. 32,5% emplean fármacos (73,3% TSN). Se reducen la media de CO (19ppm a 7,4ppm) y número cigarrillos/día (22,3 a 3,7).

Al finalizar la intervención 29,5% del total de pacientes dejan de fumar. No se encuentran diferencias en el abandono según edad, sexo, número de sesiones a las que acuden o edad inicio del hábito.

Se asocian al abandono: menor puntuación Fagëstrom (p0.02), empleo fármacos (p0.009), mayor número de intentos previos (p0.009), menor nivel CO y menor número de cigarrillos/día iniciales (p0.022) y durante el programa (p<0.001).

Conclusiones: El abandono del hábito tabáquico se relaciona con el menor grado de dependencia, menor número de cigarrillos fumados/día, mayor número de intentos cese previos y con el uso de tratamiento farmacológico.

Palabras Clave: Intervención grupal, tabaquismo, atención primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Internet... herramienta utilizada para acceder a consulta en un centro de salud rural

López Torres G¹, Novo Martín JJ², Hernández Carmona A³, Osorio Martos C⁴, Guerrero Briz M^{AT5}, García Iglesias Y⁶

¹ Médico de Familia. CS Cartuja. Granada

² Médico de Familia. ZBS Alcalá La Real (Jaén)

³ Médico de Familia. ZBS Villacarrillo (Jaén)

⁴ Médico de Familia. CS La Chana. Granada

⁵ Médico de Familia. DCCU Granada

⁶ Médico de Familia. CS Almanjáyar. Granada

Título: Internet... herramienta utilizada para acceder a consulta en un centro de salud rural.

Objetivos: Evaluar las vías de solicitud de cita en consulta de los pacientes que acuden a un centro de salud rural.

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de salud rural.

Material y Método: Estudiamos a la población que solicita cita en un centro de salud rural. Durante un mes, con ayuda del personal administrativo del centro, evaluamos el medio seleccionado por los usuarios para solicitar cita. Evaluamos un total de 684 citas. Recogemos las siguientes variables: vía de solicitud de cita (directamente a través del servicio de atención al usuario (sau) del centro, vía telefónica en servicio salud responde, o a través de internet), edad y género de la muestra estudiada. Test chi-2 y exacto de fisher.

Resultados: Del total de citas analizadas (684), encontramos que 384 (56'2%) se solicitan en sau, 217 (31'7%) vía telefónica en salud responde, y 83 (12'1%) vía internet. Al analizar las características sociodemográficas de la muestra encontramos diferencias significativas, siendo la población que solicita la cita vía internet más joven con una edad media de 26 años (+/-6'75) (p=0.02). Al comparar por género observamos también predominio del género femenino en las tres vías evaluadas (p=0.01) (85% mujeres vía sau; 74% salud responde y 62% vía internet).

Conclusiones: La solicitud de cita a través de los servicios de salud responde y vía internet siguen siendo aún minoritarias. Es necesario investigar cuales son los factores que determinan la preferencia a la hora de seleccionar la vía de acceso al centro de salud, así como promover entre los usuarios las nuevas vías de solicitud de cita.

Palabras Clave: Primary care; Web; Patients appointment.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Utilización de métodos anticonceptivos y causas de abandono en Atención Primaria

López Torres G¹, Osorio Martos C¹, Novo Martín JJ², Hernández Carmona A³, Hernández Pérez de la Blanca M⁴, García Iglesias Y⁴

¹MFyC. CS Cartuja. Granada

²MFyC. CS Alcalá La Real (Jaén)

³MFyC. CS Villacarrillo (Jaén)

⁴MFyC. CS Almanjáyar. Granada

Título: Utilización de métodos anticonceptivos y causas de abandono en Atención Primaria.

Objetivos: 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.

Material y Método: Entrevista aleatoria a 139 mujeres (89>25años y 53<25) en edad fértil mediante cuestionario sobre su historia de Planificación Familiar (PF). 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

Estudio de la calidad y grado de utilización de los documentos de interconsulta en las aplicaciones informáticas de Atención Primaria (AP) y atención hospitalaria (AH)

Martínez Roldán RM^{a1}, Khayat J², González Urbano M³, Robles Martín J³, Guerrero García FJ⁴, Montoro Ruiz R⁴

¹ MIR 4º año MFyC. UGC Gran Capitán. Granada

² MIR 3º año MFyC. UGC Gran Capitán. Granada

³ MIR 1º año MFyC. UGC Gran Capitán. Granada

⁴ Especialista MFyC. UGC Gran Capitán. Granada

Título: Estudio de la calidad y grado de utilización de los documentos de interconsulta en las aplicaciones informáticas de Atención Primaria (AP) y atención hospitalaria (AH).

Objetivos: Conocer el grado de uso de los documentos de interconsulta en las aplicaciones informáticas de los médicos de AP y AH y la cumplimentación de los mismos y la demora de la derivación.

Diseño: Estudio descriptivo prospectivo.

Emplazamiento: Unidad de Gestión Clínica de ámbito urbano y Hospital de referencia

Material y Método: Se estudian las derivaciones realizadas desde UGC urbana con una población de 39574 habitantes, desde enero a junio de 2009, mediante muestreo sistemático (error muestral 5%, p=q=0.5 confianza del 95%), recogiendo: uso de la aplicación informática en AP (Diraya) y en Hospital; en AP: antecedentes personales, anamnesis, exploración, pruebas complementarias, juicio clínico y tratamiento; en AH:

diagnóstico, tratamiento y plan de actuación, y la demora de la atención.

Resultados: Se realizaron 4647 derivaciones, una muestra de 357. La demora media fue 41.67 días (IC: 39.4-43.93. En el 45.4% (IC: 40.2%-50.6%) de las derivaciones realizadas por AP no cumplimentan ningún apartado, en AH en el 82.6% (IC: 78.6%-86.6%). En AP el ítem más registrado es antecedentes personales con un 48.2% y el menos el tratamiento: 10.1%, el 4.8% presentó todos los ítems estudiados. En AH el 8.7% presentaba todos los ítems.

Conclusiones: La demora de atención en el Hospital es elevada.

Los registros en los sistemas informáticos son bajos, sobre todo en el Hospital.

En Atención Primaria se cumplimentan en pocos casos todos los ítems.

Palabras Clave: Interconsulta. Historia clínica. Registros médicos electrónicos.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Experiencia en la acreditación de una unidad de gestión clínica

Alarcón Hidalgo M^aA¹, Sampedro Fernández J¹, Salas Samper F², Valero Galeote A³, Rodríguez A⁴, Corpas M¹

¹ Médico Familia. CS Carihuela. Torremolinos (Málaga)

² Enfermero. CS Carihuela. Torremolinos (Málaga)

³ Administrativo. CS Carihuela. Torremolinos (Málaga)

⁴ Pediatra. CS Carihuela. Torremolinos (Málaga)

Título: Experiencia en la acreditación de una unidad de gestión clínica.

Objetivos: Valoración del cumplimiento de los estándares de calidad propuestos y análisis de las áreas de mejora detectadas.

Diseño: El proceso de acreditación se ha realizado según lo previsto en el Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica y tomando como referencia el Manual de Estándares.

Como herramienta de ayuda se ha utilizado la aplicación informática de la Agencia de Calidad Sanitaria.

Emplazamiento: Centro Urbano.

Material y Método: Población de referencia 19.604 habitantes.

Se describen las principales fases del proceso de acreditación: Preparación, Autoevaluación y Evaluación Externa.

Durante el procedimiento se analizaron el cumplimiento de los estándares de calidad que están divididos en 3 niveles: I: Avanzado, II: Óptimo y III: Excelente.

Analizando 5 áreas: Ciudadano, Organización de la actividad centrada en el paciente, Profesionales, Estructura y Resultados.

Resultados:

- El grado de acreditación obtenido es avanzado.

- Se cumplieron 61 de los 111 estándares: Grupo I 82%, Grupo II 31%, Grupo III 0%

- La concordancia global en cuanto a resultados de cumplimiento de los estándares entre la autoevaluación realizada por la unidad y la valoración realizada por la agencia de calidad es alta.

- La consecución de mejoras fue similar a la media alcanzada por otras Unidades de Gestión Clínica ya acreditadas.

Conclusiones: Al finalizar el procedimiento de certificación se debe asegurar la estabilidad de los estándares.

Hay que seguir impulsando la mejora continua para alcanzar una mejor atención al ciudadano.

Palabras Clave: (Accreditation) Acreditación, (Certificate of qualification) Certificación de Calidad, (Continuous improvement) Mejora continua.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Etiología de primera crisis comicial en adulto

Esquinas Nadales M^aT¹, Martínez Muñoz JM²

¹ Médico de Familia SCCU. Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)

² Médico de Familia EBAP. CS de Conil. Conil de La Frontera (Cádiz)

Título: Etiología de primera crisis comicial en adulto.

Objetivos: Conocer incidencia de primera crisis epiléptica diagnosticándose en Urgencias, entidades etiológicas y justificar realización TC (tomografía computarizada) craneal.

Diseño: Estudio retrospectivo observacional.

Emplazamiento: Urgencias Hospital Urbano.

Material y Método: Estudio retrospectivo observacional, durante 6 meses, pacientes adultos que presentaron primera crisis convulsiva. Material utilizado: registro de urgencias analizando sexo, edad y diagnóstico etiológico por TC.

Resultados: De 38.244 consultas atendidas, 47 presentaron crisis comiciales y 19 pacientes lo hicieron por crisis comicial de inicio. La edad media fue 47,42 años (intervalo: 21 a 76 años), con una distribución por sexo de 13 hombres (68%) y 6 mujeres (31%). En 12 de ellos se alcanzó un diagnóstico etiológico (63%). A todos se

les realizó un TC craneal de urgencias. Los procesos etiológicos fueron: síndrome de privación (26%), eventos cerebrovasculares (21%) y crisis primarias (36%).

Por segmentos de edad para comprobar su etiología; la causa única en menores de 30 años fueron crisis primarias. Los eventos cerebrovasculares sólo en mayores de 50 años (42%). Entre 30 y 50 años: fueron síndrome de abstinencia (40%) y lesiones ocupantes de espacio (20%).

En el 31% la TC mostró alteraciones causantes de crisis comiciales, y un 57% en mayores de 50 años.

Conclusiones: Un alto porcentaje de las crisis comiciales de inicio se llega a un diagnóstico etiológico en Urgencias. La etiología más frecuentes son síndrome de abstinencia seguida de accidentes cerebrovasculares. La TC es una prueba rentable.

Palabras Clave: Epilepsia, Etiología, Urgencias.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

La biblioteca virtual del Servicio Sanitario Público Andaluz (BVSSPA): esa gran desconocida

Palacios Simón A, Cheng Lee NC, Domínguez Márquez AB, Velasco Ramos V, Extremera Navas PF, Gonzalez Rodríguez MP

MFyC. CS Palma Palmilla. Málaga

Título: La biblioteca virtual del Servicio Sanitario Público Andaluz (BVSSPA): esa gran desconocida.

Objetivos: Conocer el uso de la BVSSPA entre tutores y residentes de Medicina Familiar (MF) desde la aplicación Diraya.

Diseño: Descriptivo Transversal.

Emplazamiento: Centros de Salud.

Material y Método: En mayo del 2010, se realizó una encuesta semi-estructurada a tutores y residentes de MF de 6 Centros de Salud Docentes, Las variables de la encuesta fueron acerca del conocimiento y uso de los recursos existentes en la Intranet asociada a Diraya en las consultas de Atención Primaria: Correo electrónico corporativo, BVSSPA. Dificultades para su utilización. Búsquedas Bibliográficas (BB), Acceso a Internet.

Resultados: 64 encuestados, Edad media: 39 años. 56% tutores, 66% mujeres.

El 97% tenía Internet en casa.

El 69% estaba dentro de una red social, El 55% sabía realizar BB.

El 26% usaba el e-mail corporativo de la BVSSPA.

El 66% conocía la existencia de BVSSPA, pero solo el 29% la había usado en alguna ocasión, y un 4% la usaba para realizar BB.

Un 94% consideraba que no era factible buscar información sanitaria (Dietas, Tratamientos, artículos) en la BVSSPA con el paciente delante. Los motivos aducidos fueron falta de tiempo (70%) y falta de habilidades para la BB (13%).

El 98.5% de los profesionales consideran que deben tener acceso a Internet desde las consultas.

Conclusiones: La BVSSPA es una de las mejores en cuanto a número de recursos bibliográficos en España, sin embargo es poco conocida y utilizada, entre los MF. La falta de tiempo es el primer motivo aducido para su escasa utilización.

Palabras Clave: Biblioteca Digital, Intranet, Atención Primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Infiltraciones en Atención Primaria, ¿cómo son los pacientes que se benefician de ellas?

García Martínez-Cañavate M^aD¹, Vega Gutiérrez P², Contreras Roca B³

¹ Médico de Familia. CS Rincón de la Victoria. Málaga

² Médico de Familia. Hospital Quirón. Málaga

³ Médico de Familia. CS Torremolinos. Málaga

Título: Infiltraciones en Atención Primaria, ¿cómo son los pacientes que se benefician de ellas?

Objetivos: Describir el perfil de los pacientes a los que se realiza infiltración articular.

Diseño: Estudio descriptivo prospectivo del 1 de enero al 31 de diciembre de 2009

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: Criterios inclusión: pacientes infiltrados en el año 2009, resultando una N=64.

Variables: Edad, sexo, localización y motivo de la infiltración, número de infiltraciones, efectos secundarios, necesidad de derivación a 2º Nivel, necesidad de analgesia.

Resultados: Edad media: 59.5 años. Sexo: 25% varones, 75% mujeres. Localización: hombro 31.25%, talón 23.43, rodilla 20.3%, codo 15.62%, mano 6.25%, cadera 3.12%. Motivo de la infiltración: tendinosis de hombro, fascitis calcánea, espolón calcáneo, epicondilitis, epitrocleítis, gonartrosis, rizartrosis, túnel carpiano, tendinitis De Quervain, bursitis tocanτέρα. En el 86% de los casos se han efectuado hasta tres infiltraciones, en el 9% dos, y en el 5% una sola infiltra-

ción. En el 4.68% de los pacientes se suspende el tratamiento por los efectos secundarios (33.3% rubor facial, 33.3% dolor en el punto de inserción, y 33.3% ansiedad). En el 31.24% de los pacientes es necesaria la derivación al 2º nivel. El 53.12% de los pacientes han precisado analgesia.

Conclusiones:

- El perfil del paciente corresponde a mujer, de edad media, con dolor principalmente en grandes articulaciones.

- En la mayoría de los casos se realizan tres infiltraciones.

- Es muy infrecuente tener que suspender el tratamiento por los efectos secundarios del mismo.

- La mitad de los pacientes precisan la analgesia por vía oral de forma concomitante al tratamiento.

- La realización de infiltraciones en Atención Primaria, dota de autonomía al Primer Nivel Asistencial.

Palabras Clave: Infiltración, Atención Primaria, Articulación.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Agresividad en urgencias: tipos, prevalencia y consecuencias

Gómez Gómez E, Caballero García J, Pedregal González M

Médico de Familia. CS Adoratrices. Huelva

Título: Agresividad en urgencias: tipos, prevalencia y consecuencias.

Objetivos: OBJETIVOS: Conocer si existe agresividad en urgencias, de qué tipo, si afecta a otros ámbitos y si hay diferencias entre el sexo del profesional sanitario que la recibe.

Diseño: Estudio observacional descriptivo de una muestra de 39 profesionales (residentes).

Emplazamiento: Área de urgencias de un hospital de referencia.

Material y Método: Cuestionario de 6 preguntas de respuesta múltiple, que ha sido pilotado y realizado una prueba de jueces. Se calculó la media, DT, proporciones, X^2 y ANOVA.

Resultados: La edad media de los encuestados es de 25 años, la mayoría mujeres, y menos de la

mitad con experiencia laboral previa. Un 97,4% ha experimentado agresividad en urgencias, siendo esta de tipo institucional y latente principalmente, habiendo agresividad directa en un 25,6% y en espiral en un 15,4%. Prácticamente todos los casos (92,3%) se resolvieron favorablemente, aunque en más de la mitad esa agresividad condicionó la relación con el siguiente paciente, sin afectar la vida cotidiana y familiar del profesional casi siempre.

Conclusiones: se confirma la existencia de agresividad en urgencias siendo la más prevalente la de tipo institucional. Se observa que la agresividad directa es la de menor frecuencia, no ocurriendo en todas las guardias y sin diferencia entre sexos. Destacamos que la agresividad se resuelve normalmente, aunque en la mitad de las ocasiones afecta a la relación con el siguiente paciente.

Palabras Clave: Emergency, Violence, Hospital.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Valoración de la instauración de un programa de higiene de manos después de 12 meses

Pérez Rivera RA¹, Rivas Martínez M^aR², Jiménez Pulido I¹, Audi Alamiry W¹, Herrador Fuentes B¹, García Flores AG¹

¹ MFyC. CS Virgen del Gavella. Úbeda (Jaén)

² MFyC. CS Ricardo Valadés. Jódar (Jaén)

Título: Valoración de la instauración de un programa de higiene de manos después de 12 meses.

Objetivos: Conocer la correcta implantación de un programa de higiene de manos de varios centros de salud.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Distrito sanitario predominantemente rural.

Material y Método: Cuestionario anónimo no validado a 152 profesionales sanitarios después de 12 meses de haber recibido formación.

Resultados: El 100% de sanitarios considera importante el programa de higiene de manos, dando como razones que evita el contagio y previene enfermedades (30,4%). Según el 99,3% el programa estaría implantado, cuenta con responsable (98,7%), igualmente un 98,7% cree que los profesionales cumplen recomendaciones, están informados y formados (98%) y el programa es prioritario en el centro (94,5%). En cuanto a la disposición de material, 98% contestaba dispone de soluciones hidroalcohólicas en consulta, sólo el 89,5% accede a ellas en domicilio. Un

83,2% ha realizado actividades formativas para cuidadoras de pacientes frágiles.

Un 99,3% cree que se entregaron folletos informativos a los profesionales, el 98,6% a los usuarios, un 98% decía que había carteles informativos en sala de espera. El 95,9% considera la realización de la evaluación de adhesión al programa por los profesionales.

Las cuatro actividades que consideran de mayor riesgo son las curas, la exploración física del paciente, las extracciones de sangre y los inyectables.

Un 43,4% considera que la principal medida para evitar la transmisión es el lavado de manos y el uso de guantes, mientras que el 22,3% añade a esto el uso de soluciones hidroalcohólicas.

Conclusiones: El programa de higiene de manos está bien implantado, habrá que mejorar en aspectos como mayor disposición en domicilio de soluciones hidroalcohólicas y continuar con la formación de profesionales.

Palabras Clave: hand hygiene, hydroalcoholic solutions, use of gloves.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Análisis de mortalidad extrahospitalaria por cáncer según certificados de defunción en ZBS entre 2006-2008

Rodríguez Mariscal J, Cruz Romero T, Mellado Fernández ML

MFyC. CS La Banda. Chiclana (Cádiz)

Título: Análisis de mortalidad extrahospitalaria por cáncer según certificados de defunción en ZBS entre 2006-2008.

Objetivos: Estudio comparativo de las tasas de incidencia de muertes por cáncer en la Zona Básica de Chiclana, respecto de las de Cádiz provincia, Andalucía y España entre los años 2006 y 2008.

Estudio descriptivo de las tasas de incidencia de muertes por cáncer dentro de la Zona Básica, entre los dos centros de salud adscritos.

Diseño: Se recogieron en Juzgados municipales todos los certificados de defunción de pacientes fallecidos entre 2006 y 2008, con cáncer como causa fundamental de fallecimiento.

Emplazamiento: Zona básica de Salud de Urbana con dos centros de Salud.

Material y Método: descrito en diseño.

Resultados: De ellos, el 43, 30 y 39% fueron mujeres. El 63% fallece entre los 70 y 89 años. El más joven de los fallecidos extrahospitalarios contaba con 39 años. En los menores de 70 años no hay diferencia de sexo y sí en los mayores, de estos el 75 % fueron varones. El 60% casado. De las 66 defunciones por cáncer los orígenes más frecuentes son colon 15%, pulmón 15%, estomago 9% y páncreas 9%. El 50 % de los tumores eran del aparato digestivo y un 27 % genitourinario. Las tasas de mortalidad en Chiclana por cáncer fueron 22,11, 35,01 y 31,5% para Cádiz, Andalucía y España por el INE (183-198-230%, 178-199-230% y 195-199-228% para los años 2006-2007-2008 respectivamente).

Conclusiones: Falta de datos hospitalarios. Los datos que hemos obtenido son equiparables con las muertes extrahospitalarias registradas en Italia, Inglaterra y Gales (2010). Suponiendo las mismas tasas de Cádiz-provincia, de 2/3 a 3/4 fallecen en hospital. Es necesaria la extracción de registros de mortalidad hospitalaria.

Palabras Clave: cáncer, extrahospitalario, muerte.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Qué marca la accesibilidad o no de los diabéticos a monitorización?

Quel Collado M^aT¹, Trujillo Gómez JM¹, García Tirado M^aC², Gallo Vallejo FJ³, Contreras García I³

¹ MIR 4º año MFyC. CS Zaidín Sur. Granada

² Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de MFyC de Granada

³ Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada

Título: ¿Qué marca la accesibilidad o no de los diabéticos a monitorización?

Objetivos: Conocer resultados y accesibilidad interna en diabéticos de un centro de salud (CS) durante 2009 y potenciales factores relacionados.

Diseño: Observacional, longitudinal, retrospectivo.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Material y Método: Población: 370 diabético (confianza: 95%; precisión: 10%. Control óptimo: 30%), muestreo sistemático.

Mediciones e instrumentos de medida: A través del registro del CS se valoró: (1) Accesibilidad médica/enfermería, (2) Monitorización de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y eventos cardiovasculares (3) Resultados en control metabólico y FRCV.

Resultados: La edad media 67.3 (11.3) años y el 52% mujeres. El acceso a visitas médicas/enfer-

mería programadas alcanzó el 23%, 11%. La vigilancia de HbA1C y LDL-c alcanzó al 69% y 38%; y la medición de tensión arterial (TA) e IMC al 68% y 29%. El control óptimo de HbA1c (< 8 gr/dl) y de TA (<140/ 90 mmHg) fue el 78% y 74%; siendo del 39% para LDL (<100mg/dl) e IMC (< 30). La accesibilidad a la vigilancia de HbA1c se asoció en modelo multivariante con número de visitas médicas ($p < 0.05$), la monitorizaron de microalbuminuria y perfil lipídico ($p < 0.05$), con medición de la TA ($p < 0.10$), Eventos cardiovasculares ($P < 0.15$) y tener tratamiento farmacológico ($p < 0.005$).

Conclusiones: El control metabólico y tensional es mejorable pero exitosa; aunque la accesibilidad a monitorización metabólica es deficiente en diabéticos conocidos y en contacto con el CS. La cuestión preocupante: ¿son los resultados confiables si la monitorización no alcanza estándares mínimos de seguridad?

Palabras Clave: Diabetes mellitus, type 2; Health education; Quality of care.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia de pie diabético en diabéticos tipo 2 en el centro de salud

Lozano Cano M^aJ¹, Pedregal González M², Coto Muñoz A³, Romero Ruiz B³, Ortega Díaz M³, Bermúdez Jiménez R⁴

¹MFyC. Hospital Infanta Elena. Huelva

²MFyC. CS Adoratrices. Huelva

³MFyC. CS Punta Umbría (Huelva)

⁴MFyC. San Juan De Dios. Bormujos (Sevilla)

Título: Prevalencia de pie diabético en diabéticos tipo 2 en el centro de salud.

Objetivos: Objetivo Principal: Determinar La Prevalencia De Pie Diabético.

Objetivos específicos: determinar el grado de control de hemoglobina glicosilada; la realización o no de educación sanitaria sobre pie diabético y la relación de las alteraciones en el Monofilamento con edad, Hemoglobina glicosilada y colesterol LDL.

Diseño: estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro salud urbano.

Material y Método: POBLACIÓN DE ESTUDIO: pacientes diabéticos tipo 2 del CS Adoratrices.

Tamaño muestral: 100 pacientes, se calculó con una precisión (10%), prevalencia esperada (45%) y nivel de confianza (95%).

VARIABLES DEPENDIENTES: Se tomará cada paciente de la consulta que entre dentro de la selección de DM tipo 2, clasificándolo en: Pie normal, Pie de riesgo LEVE, MODERADO Y SEVERO.

VARIABLES INDEPENDIENTES: CUALITATIVAS (Sexo (hombre / mujer), Callos, Ulceraciones, Amputaciones, Educación sanitaria) y CUANTITATIVAS (Edad (años), Glucemia basal, Hemoglobina Glicosilada, Colesterol LDL).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO. Variables cuantitativas: media, Desviación Típica. Variables cualitativas: porcentajes.

INFERENCIAL

IC 95%.

Comparación de medias:

Si se cumplen las condiciones de aplicación: ANOVA de Contrastes Polinómicos.

Si no se cumplen: Prueba de Jonckheere-Terpstra.

Comparación de variables cualitativas: Chi Cuadrado de Pearson.

Relación de la presencia de monofilamento alterado con todas las variables: REGRESIÓN LOGÍSTICA.

Resultados: prevalencia de pie diabético del estudio es de 5,05% para grado leve, 7,07% moderado y 5,05% severo. Un 82,83% de la muestra presentaba pie normal.

El estudio demuestra buen control de la Hemoglobina glicosilada, presentan educación sanitaria y existe relación entre las alteraciones de Monofilamento y la edad, Hemoglobina glicosilada y colesterol LDL.

Conclusiones: prevalencia de alteraciones en Monofilamento es menor a la esperada. Hay buen control de la Hemoglobina glicosilada. Los pacientes tienen una buena educación sanitaria sobre pie diabético. Relación entre alteraciones de Monofilamento y la edad, Hemoglobina glicosilada y colesterol LDL.

Palabras Clave: Diabetic Foot, Diabetes Mellitus, Type 2.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Abordaje dolor torácico no filiado por unidad móvil medicalizada

Barón Espinosa A¹, Sacristán Tovar M²E², Hurtado López MJ², Palma A³, Nieto Nieto M⁴, Aguilera M⁵

¹ Médico Urgencias. Atarfe (Granada)

² Enfermera. DCCU. Atarfe (Granada)

³ Médico Atención Primaria. Atarfe (Granada)

⁴ Médico Atención Primaria. Albolote. (Granada)

⁵ Médico Atención Primaria. Granada

Título: Abordaje dolor torácico no filiado por unidad móvil medicalizada.

Objetivos:

- 1) Analizar asistencias realizadas por Unidad Móvil Medicalizada (UM) en un año que entraron en proceso Dolor Torácico no filiado (DT).
- 2) Valorar indicador calidad porcentaje aplicación medidas protocolizadas DT .
- 3) estratificación riesgo: realización/interpretación ECG.

Diseño: Estudio descriptivo, prospectivo, todas las asistencias que entraron proceso (DT), Mayo 2009 -Mayo 2010, población n= 45000, 8h-15h, Lunes a Viernes. Motivo demanda (DM) dolor torácico no traumático, síntomas equivalentes, disnea brusca, síncope, BRIHH reciente. Variables analizadas: motivo demanda (DT), diagnósticos emitidos (DE), sexo, edad, indicador medidas aplicadas, ECG.

Emplazamiento: Extrahospitalarios, unidad móvil medicalizada.

Material y Método: Descriptivo, prospectivo, que entraron en proceso (DT), Mayo 2009 - Mayo 2010, población n= 45000, 8h-15h, Lunes a Viernes. Motivo demanda (DM) dolor torácico no traumático, disnea brusca, síncope, BRIHH reciente. Variables: motivo demanda (DT), diag-

nósticos emitidos (DE), sexo, edad, indicador medidas aplicadas, ECG.

Resultados: Asistencias (n= 766); entraron "proceso dolor torácico genérico" (DT), (n=60) (7,83%). Diagnósticos emitidos (DE):

1. Cardiovasculares: (n=35). (58,33%). Siendo el (SCASEST) (28,57%) predominante.
2. Pleuropulmonares (18,33%).
3. Ansiedad (11,06%).

Nº pacientes atendidos (DT) no filiado aplicados medidas generales/nº total atendidos (DT) (no filiado) y aplicación cociente al (DT) ya diagnosticado a cardiopatía isquémica, estándares 100%. Realización/ interpretación de ECG (<10% si el DT persiste o < 30% si cedido), (98%).

Conclusiones: 1) patologías cardiovasculares, la cardiopatía isquémica, fueron las causas de (DT) más frecuente, destacando (SCASEST).

- 2) 100% de pacientes se aplicaron medidas protocolizadas.
- 3) ECG esencial estratificación riesgo, realizándose totalidad asistencias.

Palabras Clave: Ecg, Dolor Torácico, cardiovasculares, proceso.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Cómo influye la incertidumbre en las decisiones diagnósticas terapéuticas ante la infección de orina?

Rodríguez Fajardo ÁM^{a1}, García Tirado M^aC², Rivas del Valle P², Girón Prieto M^aS³, Cabrerizo Aguilera E⁴, López Márquez M^aT³

¹Residente MFyC. CS Zaidín Sur. Granada

²Médico de familia. Unidad docente de MFyC de Granada

³Residente MFyC. CS Cartuja. Granada

⁴Residente MFyC. CS Almanjáyar. Granada

Título: ¿Cómo influye la incertidumbre en las decisiones diagnósticas terapéuticas ante la infección de orina?

Objetivos: Explorar como influye la incertidumbre del médico y la selección de datos en sus decisiones diagnósticas-terapéuticas ante la infección de orina (ITU) no complicada mediante escenarios clínicos.

Diseño: descriptivo.

Emplazamiento: Atención Primaria. Unidad docente de MFyC.

Material y Método: POBLACIÓN: 200 Tutores y residentes de MF (confianza: 95%. Precisión: 6%. Variabilidad: 50%). Datos preliminares: 110.

MEDICIONES: DOS Escenarios (baja y alta incertidumbre) de ITU validados (JAMA) y cuestionario que mide: (1) Asignación de probabilidades (Pb) por historia clínica (HC) y pruebas. (2) selección datos (3) Estrategias diagnósticas. (4) Umbral y ganancia diagnóstica (5) Terapéutica.

ANÁLISIS: Descriptivo y multivariante.

Resultados: 37% varones, 43% tutores, edad media 36,8 (EE: 1,2). El médico consideró pro-

babilidad de ITU del 84% (desviación típica: 11,1) y del 60% (desviación típica: 24,4) en escenario de baja y alta incertidumbre. La incertidumbre versus certidumbre se asoció ($p < 1\%$) a mayor uso de antibiótico inmediato empírico (80% vs 39%), mayor uso de pruebas diagnósticas (95% vs 46,8%), menor indicación de pautas cortas (20% vs 60%) y mayor uso de quinolonas y clavulánico (53% vs 24%). La Pb_ITU si cultivo negativo o positivo fue 17% y 86%. El escenario de incertidumbre incluyó temperatura 37,8 °C y tira reactiva negativa e instó a pedir urocultivo al 86% de médicos (11% en escenario sin datos de tira y temperatura); incluir flujo vaginal, escaso, sin signos de cervicitis/vaginitis instó a pedir cultivo cervical al 75%.

Conclusiones: La incertidumbre diagnóstica provocó bajo umbral terapéutico y mayor agresividad (uso de antibióticos, prolongación de pautas y amplitud de espectro antimicrobiano). El mayor uso de pruebas complementarias ante incertidumbre es oportuno por ganancia diagnóstica; pero la tendencia a seleccionar datos anormales y obviar normalidad como en flujo vaginal implica un uso mayor de pruebas.

Palabras Clave: Incertidumbre. Razonamiento. Escenarios clínicos. ITU.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Perfil de la usuaria del método anticonceptivo subdérmico Implanon®

Palacios Simón A¹, González Rodríguez M¹, Toral Sánchez J¹, Muñoz Escalante M², Corona Páez I², Cañada Núñez R²

¹ Residente MFyC. UGC Palma-Palmilla. Málaga

² Médico de Familia. UGC Palma-Palmilla. Málaga

Título: Perfil de la usuaria del método anticonceptivo subdérmico Implanon®.

Objetivos: Conocer el perfil de la usuaria del implante anticonceptivo subdérmico (Implanon®)

Diseño: Descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano. Zona necesitada de transformación social (ZNTS).

Material y Método: Mujeres a las que se la puso el implante anticonceptivo durante el periodo de tiempo que lleva en funcionamiento el programa (01/05/2008-05/2010), mediante la recogida de datos a través del libro de registro y de encuesta telefónica, usando el programa de análisis SPSS V.15.0

Resultados: De un total de 198 implantes colocados en estos dos años, la edad media de la paciente es de 27 años con una desviación típica de 5,7. El número de hijos de las mismas es de 2 (rango 0 a 7) y el número de Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) fue de 0 veces el 46%

(91), 1 vez el 26,8% (53), 2 veces el 14,6% (29), 3 veces el 5,6% (11), igual o mayor de 4 veces el 7% (14).

Mediante encuesta telefónica hemos contactado con un total de 69 pacientes de las cuales un 13% (9) no usaba ningún método anticonceptivo previo, el 36,2% (25) preservativo masculino, el 39,1% (27) anticonceptivos orales, el 4,3% (3) el anillo vaginal, 5,8% (4) parche anticonceptivo, el 1,4% (1) DIU. El grado de satisfacción de estas mujeres es de 7,14 de media (rango 2 a 10).

Conclusiones: La edad media de las mujeres que usan el método anticonceptivo en nuestra zona es inferior a otros estudios realizados y más de la mitad de las usuarias han tenido un o más IVEs.

Casi la mitad de las mujeres no usaban un método anticonceptivo seguro, optando por el implante cuyo grado de satisfacción es muy elevado.

Palabras Clave: Atención Primaria; Implante Anticonceptivo Subdermico; Implanon.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Percepción y nivel de conocimiento sobre la Atención Primaria y la medicina de familia entre los estudiantes de medicina

Pérez Rivas L, Álvarez Martín P, Fernández González R, Gálvez Ibáñez M

Facultad de Medicina. Granada

Título: Percepción y nivel de conocimiento sobre la Atención Primaria y la medicina de familia entre los estudiantes de medicina.

Objetivos: Investigar las principales percepciones y el nivel de conocimiento sobre la Atención Primaria (AP) y la Medicina de Familia (MF) entre los estudiantes Medicina.

Diseño: estudio descriptivo transversal entre los alumnos de 1º, 3º y 5º curso, como parte de un estudio nacional realizado en todas las facultades de Medicina de España.

Emplazamiento: Facultad de Medicina

Material y Método: Mediante un cuestionario autoadministrado, usando una escala tipo Likert, se investigaron percepciones sobre: a) la Atención Primaria y la Medicina de Familia, b) los métodos de enseñanza y evaluación y c) las expectativas y preferencias sobre el ejercicio de las diferentes especialidades médicas. Se tuvieron en cuenta diferentes variables demográficas de los estudiantes.

Resultados: El 48,5% de los estudiantes respondieron el cuestionario. El 67% eran mujeres. El 5,1% piensan que la MF tiene un alto estatus entre la profesión y el 7% creen que goza de un

alto prestigio científico. El 21% piensan que la MF tiene un alto estatus social y el 80,7% que desempeña una importante función social.

El 24% consideran la MF atractiva o muy atractiva. El 31% se sentirían satisfechos o muy satisfechos si terminasen trabajando como médicos de familia.

El 68,5% están satisfechos o muy satisfechos con las clases teóricas que reciben sobre MF. El 82% están satisfechos o muy satisfechos con las prácticas llevadas a cabo en AP/MF.

Se discuten los resultados en función de variables demográficas especialmente género y curso académico.

Conclusiones: Entre los estudiantes de medicina de Granada, la MF no está considerada una de las opciones profesionales más atractivas aunque goza de una alta reputación social. 1/3 se sentirían satisfechos o muy satisfechos si trabajaran como médicos de familia en el futuro. La teoría y el contacto práctico con la AP y la MF están bien considerados.

Palabras Clave: medicina de familia, atención primaria, estudiantes.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Eficacia de un programa de intervención para modificar los factores de riesgo conductuales de cáncer de colon y recto en Atención Primaria

Bárcena Atalaya AB¹, Zapata Martínez I¹, Chacón Caso P², López García de Longoria V¹, Mateos Gómez AM², Campa Valera F¹

¹ CS Paulino García Donas. Alcalá de Guadaíra Sevilla)

² CS Virgen de las Nieves. Los Palacios (Sevilla)

Título: Eficacia de un programa de intervención para modificar los factores de riesgo conductuales de cáncer de colon y recto en atención primaria.

Introducción: Numerosos estudios epidemiológicos han identificado diversos factores de riesgo (FR) (Consumo de tabaco, alcohol y carnes rojas y procesadas, sedentarismo y sobrepeso) y protección (FP) (Consumo de hortalizas, pescado, carne de aves de corral y ejercicio físico) del Carcinoma Colorrectal (CCR). Estos factores son en gran medida dependientes de la conducta y potencialmente evitables o modificables. La evidencia epidemiológica, a través de estudios de cohortes, indica que el potencial de prevención primaria de este tumor modificando las exposiciones anteriormente citadas puede representar un descenso de la incidencia del 71%.

En España no se han diseñado ni ejecutado programas de intervención sobre múltiples FR y FP específicos para el CCR.

Objetivos: Demostrar y cuantificar la eficacia de un programa de intervención sobre múltiples FR conductuales de CCR en una muestra representativa de la población.

Diseño: Ensayo clínico controlado con asignación aleatoria con diseño en paralelo simple.

Emplazamiento: Centros de Salud urbanos.

Material y métodos: Sujetos: Usuarios de centros de Atención Primaria. Criterios de inclusión: Sin antecedentes de CCR, pólipos adenomatosos o cáncer o lesiones precursoras en otras localizaciones; 35-70 años de edad; capacidad de hablar y leer en español con fluidez y de entender el consentimiento informado; accesibilidad telefónica; no padecer enfermedad incapacitante física o psicológica para realizar las encuestas. El cálculo del tamaño muestral se hizo con el programa nQuery-Advisor y STATA 10.0, obtenién-

dose igual resultado ($p > 0.05$, potencia del 80%, sin corrección de continuidad y relación participante en GE / participante en GC de 1:1): 555 participantes en grupo de estudio (GE) y 555 en grupo control (GC) (total 1110). Intervenciones: Programa Educativo para informar sobre riesgo individual y recomendaciones para disminuirlo a través de medidas de Educación de la Salud. Análisis estadístico: Las asociaciones entre la intervención y la modificación de los FR se medirán con el Riesgo Relativo, límites de confianza y la significación estadística con la prueba del X^2 . Si se desconoce el valor de una o más de las variables en el momento de hacer el análisis se considerará que no hubo ningún cambio durante ese periodo. Así, para todos los participantes que no completen el seguimiento se aplicará el principio de intención de tratar. El análisis multivariado para evaluar la eficacia de la intervención para modificar los FR se hará mediante un análisis de regresión logística polinómica. Análisis estadístico mediante el programa STATA 10.0.

Limitaciones: Tasa de no respondedores, que se nieguen a participar o no completen el seguimiento (se seguirá principio de intención de tratar controlando el sesgo de adhesión). Niveles de enmascaramiento: pacientes y epidemiólogo que realizará el análisis estadístico desconocerán el estatus de exposición pero el médico que los trata sí lo conocerá. El tiempo de seguimiento es corto.

Aplicabilidad: La investigación como medio para desarrollar en España un programa de intervención sobre múltiples FR y FP del CCR que pueda modificar positivamente las tendencias de morbimortalidad.

Aspectos ético-legales: Proyecto aprobado por las Comisiones de Ética correspondientes, teniendo en consideración las directrices establecidas por la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial).

Palabras Clave: Colorectal neoplasms, lifestyle, risk factors.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Influencia del apoyo sociofamiliar en el tratamiento de la Hepatitis C en prisión

Rodríguez Martínez A¹, De Juan Ramírez J², Faraco Atienzar I³

¹ Centro Penitenciario de Albolote (Granada)

² Centro Penitenciario de Córdoba

³ Centro Penitenciario de Sevilla

Título: Influencia del apoyo sociofamiliar en el tratamiento de la Hepatitis C en prisión.

Introducción: La infección por virus de la hepatitis C (VHC) determina un amplio espectro de situaciones clínicas: hepatitis aguda sintomática o asintomática, hepatitis crónica (HC) con alaninaminotransferasa (ALT) normal o patológica (50-85%), cirrosis compensada (20-30%) o descompensada (6-10%), carcinoma hepatocelular (5-10%) y manifestaciones extrahepáticas como crioglobulinemia tipo II, glomerulonefritis membrano-proliferativa, artritis seronegativas, síndrome de Sjögren, porfiria cutánea tarda, sobrecarga secundaria de hierro, linfoma de células B.

La infección por el VHC constituye la causa más frecuente de HC en nuestro medio. El tratamiento permite modificar la historia natural de la enfermedad, disminuyendo o incluso impidiendo su evolución a formas graves y controlarse las manifestaciones extrahepáticas. Que el tratamiento alcance respuesta viral sostenida (RVS) depende de múltiples factores entre los que destacan la adherencia. Se trata de que el paciente entienda que tiene una enfermedad que puede evolucionar adversamente y que para evitarlo tiene que soportar molestias del tratamiento lo que está relacionado con la adherencia al tratamiento que es fundamental y depende de múltiples factores entre ellos el nivel cultural y el apoyo social y familiar

Objetivos: 1.- Describir el perfil familiar, socioeconómico y nivel cultural de los infectados por el VHC en tres prisiones andaluzas.

2.- Describir el apoyo socio familiar con el que cuentan los infectados por el VHC que completan el tratamiento indicado.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Emplazamiento: Estudio multicéntrico

Material y Métodos: Población y muestra: De tres prisiones de andaluzas se obtiene una muestra de 40 pacientes infectados por el VHC de cada centro penitenciario que hayan completado el tratamiento con interferón pegilado y ri-babirina.

Variables independientes:

- 1.- Edad
- 2.- Sexo
- 3.- Estructura familiar.
- 4.- Nivel socioeconómico.
- 5.- Nivel cultural.
- 6.- Función familiar.
- 7.- Red social.
- 8.- Apoyo social.

Variable dependiente:

1.- Completar el tratamiento de la infección por el VHC.

Instrumentos:

- Clasificación de la estructura familia basada en la familia nuclear.
- Nivel socioeconómico según Clasificación Nacional de Ocupación.
- Nivel cultural según Instituto Nacional de Estadística.
- Función familiar según Apgar familiar.
- Red social según Apgar II, pregunta modificada de Blake y Mcakay.
- Apoyo social según cuestionario MOS modificado.

Análisis:

Con todas las variables se seguirá la misma estrategia: estudio de la distribución de frecuencia de las variables cualitativas y visualización de la distribución de la variable continua con estimación de la media poblacional (medida de centralización), varianza (medida de dispersión) e intervalo de confianza (IC) al 95% de las variables cuantitativas de la población a estudio. Contraste de hipótesis mediante t de Student para las variables continuas y χ^2 para las variables cualitativas. Si tras el análisis inicial de los datos y su visualización se considera pertinente, se diseñará en modelos de regresión logística, intentando evaluar las variables independientes con la dependiente. La fuerza de asociación se medirá mediante el cálculo de odd ratio (OR).

Aplicabilidad: Conocer antes de iniciar el tratamiento el apoyo socio familiar de los infectados por el VHC que influyen la adherencia al mismo.

Aspectos ético-legales: Consentimiento informado de los participantes.

Palabras Clave: VHC, Familia, Reclusos.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Calidad de vida en el paciente hipertenso

Gómez Rodríguez JM^{a1}, García Franco L², Tejada Fritzsche B², López-Pozo Linares M^aJ², Taboada Sance P³, Valverde Morillas C³

¹ MIR. CS Águilas (Murcia)

² MIR. CS La Zubia (Granada)

³ CS La Zubia (Granada)

Título: Calidad de vida en el paciente hipertenso.

Introducción: Estudio transversal para determinar la calidad de vida de los pacientes hipertensos circunscritos a un centro sanitario aplicando medidas objetivas (test validado) y que forma parte de un proyecto multicéntrico que engloba otras categorías acerca de la Hipertensión Arterial.

Objetivos: 1. Conocer los resultados en cuanto al control de cifras de los factores de riesgo cardiovascular en la población hipertensa.

2. Conocer los resultados de carácter subjetivo, la calidad de vida, en los pacientes hipertensos.

3. Estudiar la relación entre el control de cifras de los FRCV y la calidad de vida de los pacientes hipertensos en el ámbito de la Atención Primaria.

Diseño: Estudio Descriptivo observacional Transversal.

Emplazamiento: Centro de Atención Primaria en medio periurbano.

Material y Métodos: Población de estudio: Cohorte de hipertensos con y sin diabetes tipo 2 diagnosticados en el ámbito de Atención Primaria.

Criterios de inclusión: hipertensos diagnosticados con seguimiento en el Centro de Salud **Criterios de exclusión:** gestantes, pacientes terminales, institucionalizados, atención domiciliaria, problema de salud mental, cognitivo o sensorial que prevea dificultad relevante para seguimiento y entrevista, situación transitoria temporal en el centro de salud.

Marco muestral: Para tomar la muestra se realiza selección de pacientes hipertensos a partir de listado de sujetos hipertensos que están registrados en el programa Diraya.

Tamaño de muestra: 100 pacientes hipertensos con y sin diabetes mellitus tipo 2.

Variables:

-Variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel sociocultural.

-Variable dependiente: calidad de vida.

-Variables independientes: cifras de Tensión arterial, cifras de HbA1c, IMC, cifras lipémicas, tabaquismo, ejercicio físico, presencia de lesión de órgano diana, tiempo de evolución desde el diagnóstico de la enfermedad.

Recogida de datos: datos registrados en Diraya y de la propia entrevista personal. La variable calidad de vida se recoge a través de cuestionario validado SF-30.

Se usará un paquete estadístico llamado SPSS, que se puede usar también de base de datos.

Estrategia de Análisis:

-Para el primer objetivo se realizará un análisis descriptivo univariante (para cada FRCV) utilizando tablas de distribución de frecuencia, gráficos y estimadores (media, desviación típica para variables cuantitativas y porcentajes para cualitativas) y posteriormente se hará una estimación poblacional utilizando intervalos de confianza con un nivel mínimo de 95%.

-Para el segundo se hará igual que para el primero utilizando un análisis descriptivo univariante para el fenómeno de calidad de vida, que como los resultados de su medición mediante el cuestionario SF36, son cuantitativos se calculará la media, desviación típica e intervalo de confianza tanto para el cuestionario total como para las 8 escalas.

-Para el tercer objetivo se hará un análisis bivariante considerando como variable dependiente calidad de vida por lo que se utilizarán test estadísticos de comparación de medias (T de Student y ANOVA).

Limitaciones del estudio: diseño trasversal del estudio, tamaño muestral, sesgo de selección, sesgo de información y periodo de seguimiento corto.

Aplicabilidad: Esta sería la primera fase de un proyecto multicéntrico de carácter longitudinal prospectivo de una cohorte de hipertensos.

Aspectos ético-legales: Se pedirá autorización al Distrito Sanitario para consultar las historias, salvaguardando la identidad de los pacientes. La revisión será realizada por médicos.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Diagnóstico, seguimiento y control del paciente hipertenso en Andalucía: Estudio DISEHTA-Andalucía 2009

Ureña Fernández T¹, García Matarín L², Martín Rioboo E³, Molina Díaz R⁴, Martí Canales JC⁵, Alguacil Cubero P⁶

¹ Médico de Familia. DS Jaén

² Médico de Familia. CS Puebla de Vícar (Almería)

³ Médico de Familia. CS de la Fuensanta (Córdoba)

⁴ Médico de Familia. CS Zaidín Sur. Granada

⁵ Médico de Familia. CS San Antonio. Motril (Granada)

⁶ Médica de Familia. CS La Chana. Granada

Título: Diagnóstico, seguimiento y control del paciente hipertenso en Andalucía: Estudio DISEHTA-Andalucía 2009.

Introducción: La hipertensión arterial constituye uno de los factores de riesgo cardiovascular más importantes en los países desarrollados.

En España esta prevalencia se sitúa alrededor del 35-40% de la población adulta

El diagnóstico y seguimiento de la HTA, se realiza fundamentalmente en la Atención Primaria.

Se calcula que alrededor del 90% de la población habrá pasado por las consultas de AP al menos una vez en un plazo de cinco años, por lo tanto es el lugar ideal donde realizar el cribado de dicho FRC.

Objetivos: Generales: Valorar el grado de cumplimiento de las recomendaciones que hacen referencia al diagnóstico, seguimiento y control de la HTA en los CS de Andalucía a partir de una adaptación de los indicadores de evaluación formulados en las guías actuales.

Específicos: Determinar la proporción de pacientes adultos atendidos durante el último año en los CS de Andalucía correctamente diagnosticados de HTA en los últimos cinco años.

Establecer la proporción de pacientes con al menos una toma de PA en los últimos seis meses.

Describir el grado de control de la HTA.

Estimar la proporción con cribado de tabaquismo, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, obesidad, microalbuminuria, Síndrome metabólico, Hipertrofia de Ventrículo Izquierdo.

Estimar, el estado de control metabólico, cuando está presente Diabetes Mellitus y/o Hipercolesterolemia.

Establecer en los que se ha registrado en la historia clínica que se han facilitado recomendaciones para modificar el estilo de vida.

Diseño: Estudio descriptivo transversal multicéntrico.

Emplazamiento: Atención Primaria (AP) Andalucía.

Material y métodos: Sujetos: 2100 pacientes hipertensos atendidos en el año 2009, de Centros de Salud (CS)

de población andaluza tras muestreo aleatorio del programa de Hipertensión que posee la Historia digital en Andalucía (Diraya).

Tamaño de muestra: Para conseguir una precisión del 2,0% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico Normal con corrección para poblaciones finitas al 95% bilateral, asumiendo que la proporción esperada es del 30,0% y que el tamaño total de la población es de 6875937, será necesario incluir 2017 unidades experimentales en el estudio. Mediciones e intervenciones: Auditoría externa. Variables: edad y sexo; número de visitas para el diagnóstico, medidas de la PA en cada visita, existencia de medias de las medidas, cifras de PA durante el año de estudio, número de visitas durante el año. Cribado y presencia o no de: DM, dislipemia, hábito tabáquico, obesidad, hipertrofia ventricular izquierda (HVI), microalbuminuria. Tratamiento realizado Se evaluarán los indicadores propuestos en la guía de HTA en AP:

1.-Diagnóstico correcto: tres días diferentes, doble medida de PA cada día, PA elevada todos y cada uno de los tres días; o urgencia hipertensiva.

2.-Seguimiento: una visita, al menos, en los últimos seis meses.

3.-Control: PA < 140 y 90 mm Hg o < 130/80 mm Hg en los DM

4.-Cribado de los distintos FRC.

Criterios de Inclusión: Mayor de 18 años, registro en Hª Clínica de diagnóstico de HTA. **Criterio de Exclusión:** No existencia de visitas por ningún motivo en el año 2009

Aplicabilidad: Auditoría de historia en AP

Aspectos ético-legales: El proyecto ha sido aprobado por el Comité de Investigación del DS Jaén y el Complejo Hospitalario Jaén

Palabras Clave: hipertensión arterial, diagnóstico, seguimiento. Atención Primaria, Evaluación de procesos, Evaluación de resultado.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Determinación del grado de antiagregación de los pacientes diabéticos en un cupo asistencial y de la adecuación a las recientes recomendaciones de la American Diabetes Association

Ortega Marlasca MM^a

Médico de Familia. CS San Telmo. Jerez De La Frontera (Cádiz)

Título: Determinación del grado de antiagregación de los pacientes diabéticos en un cupo asistencial y de la adecuación a las recientes recomendaciones de la American Diabetes Association.

Introducción: En base a las recientes recomendaciones de la American Diabetes Asociación (ADA), sería interesante revisar en los pacientes adscritos a mi cupo el grado de adecuación de la antiagregación en mi cupo asistencial de diabéticos como un parámetro de control de calidad y seguridad en mis pacientes.

Objetivos:

Determinar en los diabéticos de mi cupo aquellos que están bajo tratamiento antiagregante (AG) y aquellos que no.

Determinar los AG utilizados.

Revisar asociaciones de AG utilizados.

Revisar el grado de adecuación en base a los criterios ADA de enero 2010 de los pacientes antiagregados.

Diseño: Estudio descriptivo transversal inicial con posterior análisis de los datos.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y métodos: Sujetos: Pacientes con diabetes mellitus de un cupo asistencial determinado.

Criterios de inclusión: Diagnóstico hace más de un año y con antigüedad en el cupo asistencial superior a un año.

Mediciones: datos generales (edad, antigüedad en el diagnóstico y sexo), pacientes antiagregados, pacientes no antiagregados, grado de adecuación a recomendaciones, % de pacientes con asociaciones de antiagregantes.

Análisis estadístico: Determinación de cada una de las mediciones.

Limitaciones: Se hará un estudio piloto inicial en un cupo asistencial.

Aplicabilidad: Este estudio se hará a modo de estudio piloto con posterior planteamiento de su extensión al resto de los cupos de un centro de salud tras su revisión.

No se prevén limitaciones en su aplicación dado que se extraerán los datos de pacientes de un único cupo asistencial por parte del médico al frente del mismo.

Aspectos ético-legales: No se prevén conflictos en tal sentido al tratarse de pacientes adscritos a un único cupo asistencial y la persona que accede al mismo es el médico de familia al frente del mismo.

No se extraerán en el cuaderno de recogida de datos ningún tipo de dato de filiación personal de los pacientes.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus, Platelet Aggregation Inhibitors, prevention and control, Health Planning Guidelines.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Ceses en la aplicación Diraya. Estudio CANAYA (cese de actividad normalizada asistencial y alteraciones asociadas)

Ortega Marlasca MM^a

Médico de Familia. CS San Telmo. Jerez de la Frontera (Cádiz)

Título: Ceses en la aplicación Diraya. Estudio CANAYA (cese de actividad normalizada asistencial y alteraciones asociadas).

Introducción: La cruda realidad de los médicos en Andalucía es el alto número de veces que cesa su actividad el programa de gestión clínica Diraya (DY). Por el momento no se ha publicado estudio alguno en el que se llegue a cuantificar y estudiar los coloquialmente denominados "cuelgues".

Objetivos: Principal: Determinar el número de veces que cesa la actividad del programa DY en una consulta.

Secundarios: Estudiar su distribución horaria y a lo largo de la semana en una consulta de atención primaria en horario laboral normal.

Determinar el número de veces que se debe de reiniciar el terminal informático para poder continuar la consulta.

Determinar el tiempo de inactividad que los cese de actividad inducen.

Determinar la demora asistencial que se soporta al final de la consulta y el incremento del tiempo de estancia en la consulta.

Determinar el grado de influencia que las demoras y cese de actividad repercute en las actividades asistenciales.

Formular ideas de métodos de notificación de aplicación en la consulta y con los medios disponibles.

Diseño: Estudio descriptivo longitudinal (3 meses) naturalístico inicial con posterior análisis de los datos.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y métodos: Sujetos: Consulta de atención primaria a cargo de un médico de familia con amplia experiencia en el uso de la aplicación DY.

Asistencia en consulta en horario normal y en las condiciones habituales de la misma con asistencia de dos tardes y tres mañanas.

Criterios de inclusión: Todo tipo de cese de actividad en Diraya motivado por causas informáticas o motivadas directamente a la aplicación.

Criterios de exclusión: Ceses de actividad motivados por causas distintas al cese de actividad de DY por motivos no-informáticos (enfermedad intercurrente, cortes de electricidad, cambios de actividad asistencial).

Mediciones: Determinación de variables.

Análisis estadístico: Número de ceses de actividad, hora de inicio, hora finalización, tiempo de inactividad por cada cese, día de la semana, tiempo de demora que se lleva al finalizar el horario programado de la consulta. Estudio de la posible relación entre las demoras finales en consulta con los retrasos por tiempo de desconexión en DY.

Limitaciones: Se hará un estudio piloto inicial por parte de un médico de tres meses de duración.

Aplicabilidad: Este estudio se hará a modo de estudio piloto con posterior planteamiento de su extensión al resto de los médicos de un centro de salud tras su revisión.

No se prevén limitaciones en su aplicación dado que en ningún momento se extraerán datos de pacientes.

Aspectos ético-legales:

No se prevén conflictos en tal sentido al no tener vinculación alguna con los pacientes ni modificación asistencial alguna.

No se extraerán en el cuaderno de recogida de datos ningún tipo de dato de filiación personal de los pacientes.

Palabras Clave: Public Assistance, Medical Assistance, Health Planning Technical Assistance, Medical Informatics, Software.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Sexualidad femenina durante el embarazo: posibles cambios en su práctica (actitudes, forma, frecuencia, falsas creencias) en este período.

Linares Morales M^aL¹, Gómez Rodríguez T², Tijeras Ubeda M^aJ³, López González FM⁴, Baena López MA², Mir Ruiz JJ¹

¹ Medicina de Familia. DS Almería

² Medicina de Familia. HAR El Toyo (Almería)

³ Medicina de Familia. CS La Cañada (Almería)

⁴ Medicina de Familia. Consultorio Cabo de Gata (Almería)

Título: Sexualidad femenina durante el embarazo: posibles cambios en su práctica (actitudes, forma, frecuencia, falsas creencias) en este período.

Introducción: La sexualidad durante el embarazo, a pesar de su importancia, es quizá uno de los tópicos de la medicina perinatal que cuenta con menor evidencia científica que permita la elaboración de conclusiones válidas que puedan ser transmitidas en la enseñanza de nuestra especialidad y a la población en edad fértil.

El interés de este estudio radica en que durante décadas la actividad sexual y sus consecuencias en el período perigestacional ha sido rodeada de una serie de mitos y leyendas que difieren entre las distintas civilizaciones aún hoy en día y que son producto muchos de ellos de la cultura popular, y otros muchos de conclusiones de estudios e investigaciones de dudosa calidad en su diseño y metodología.

Objetivos: 1. Explorar creencias, pensamientos y miedos que puedan influir en los posibles cambios de la sexualidad en la gestante.

2. Conocer la actividad y prácticas sexuales de las mujeres durante el embarazo en mujeres que acudan a consulta de seguimiento de embarazo de Atención Primaria y a demanda, clases de educación maternal en ZBS Almería Periferia y consultas de urgencia de Tología del Hospital Torrecárdenas en Almería.

3. Valorar la información que posee y recibe la gestante sobre sexualidad durante el embarazo y la demanda de dicho tema en las consultas de Atención Primaria.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Este tipo de estudio es un estudio epidemio-lógico y observacional con el que pretendo medir a la vez la prevalencia de la sexualidad en el embarazo en mi muestra de población en un solo momento temporal (encuesta); es decir, permitiéndome estimar la magnitud y distribución del problema planteado en un momento dado.

Emplazamiento: AP y urgencias Ginecología hospital de referencia

Material y Métodos: Se repartirán las encuestas y consentimiento informado entre las gestantes que acudan a consulta de seguimiento de embarazo y a demanda, clases de educación maternal y consultas de urgencias de tología, durante el periodo de estudio.

Se les facilitará información sobre los objetivos del estudio de investigación y normas de cumplimentación, adjuntando a su vez una urna por centro, para que las depositen una vez rellenas y así preservar la intimidad y confidencialidad de los datos recogidos. La recogida de datos se realizará al final del periodo de estudio.

El análisis de los datos se efectuará con el programa estadístico SPSS 15.0 para Windows, recurriendo a análisis de estadística:

- Descriptiva: frecuencias y medidas de tendencia central para las variables.

- Analítica: test de X^2 para comparar variables cualitativas, en qué frecuencia se asocian y si su probabilidad de error "p" es estadísticamente significativa para eventos biológicos <0,05; se calcularán los correspondientes OR (Odd Ratio) para comparar las diferentes variables. Estudio de comparación de medias mediante el test estadístico T de Student.

Aplicabilidad: Los resultados obtenidos servirán para instruir y dar consejo a las parejas en el periodo gestacional como parte integrante de la educación para la salud.

Aspectos ético-legales: Se solicitara permiso para realizar este estudio al comité ético/investigación del Hospital de Referencia.

La autocumplimentación de la encuesta será voluntaria y anónima.

Palabras Clave: Sexualidad, Embarazo.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Factores de riesgo para el reingreso por descompensación cardíaca en pacientes con insuficiencia cardíaca

Varo Moriana JA¹, Ortega Morales PJ¹, Olmedo Macías J², Martínez De Páramo B³, Peña Casas AM⁴

¹ Residente Medicina de Familia. CS Virgen de la Capilla. Jaén

² Residente Medicina de Familia. CS El Valle. Jaén

³ Residente Medicina de Familia. CS Belén y San Roque. Jaén

⁴ Residente Análisis clínicos. Hospital Médico-Quirúrgico. Jaén

Título: Factores de riesgo para el reingreso por descompensación cardíaca en pacientes con insuficiencia cardíaca.

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) es una enfermedad muy frecuente (10% en mayores de 60 años), con un alto coste para el sistema sanitario y discapacitante y letal para la población afecta. Es la primera causa de mortalidad cardiovascular en España y de hospitalización en mayores de 65 años, con una supervivencia del 50% en 5 años tras el diagnóstico. Se describen múltiples factores asociados a un empeoramiento de la IC. Su conocimiento y control resultados pueden favorecer una mejor atención médica, disminuyendo los reingresos hospitalarios y aumentando la calidad de vida de los pacientes.

Objetivos: Conocer los factores de riesgo relacionados con la insuficiencia cardíaca que se asocian a una mayor existencia de reingresos hospitalarios.

Diseño: Estudio observacional (casos-contróles).

Emplazamiento: Multicéntrico en tres Zonas Básicas de Salud Urbanas.

Material y métodos: Se eligen pacientes incluidos en el proceso asistencial de insuficiencia cardíaca. Casos: pacientes con reingreso hospitalario (Medicina Interna, Cardiología) durante el año 2009 por IC. Contróles: pacientes similares pero sin ingreso hospitalario. Exclusión: IC >10 años de evolución, IC secundaria y reversible, valvulopatía grave, cor pulmonale crónico, enfermedad terminal, no perteneciente a las

ZBS. Muestreo aleatorio simple, con tamaño de muestra de 367 pacientes (50% en cada grupo; nivel de significación 95%, confianza 95%, prevalencia 7%). La variable dependiente es el reingreso hospitalario. Las variables independientes serán edad, sexo, IMC, factores de riesgo cardiovascular, otras enfermedades crónicas, consumo de alcohol/tabaco/drogas, valores analíticos, tratamiento farmacológico, adecuación del seguimiento/tratamiento al proceso de IC (SAS), rehabilitación física, adherencia al tratamiento y código diagnóstico ACSC. Estas variables se recogen de la historia digital Diraya y de la historia hospitalaria. Análisis estadístico: El nivel de significación será $n=0.05$. Se relacionarán los distintos factores de riesgo y el reingreso por IC mediante un análisis multivariante para métodos de dependencia (regresión logística). Se cuantificará el riesgo mediante el valor de la Odds Ratio. Limitaciones: Sesgo de información y de selección, no se puede establecer relación causal.

Aplicabilidad: Mejora del proceso de insuficiencia cardíaca en Atención Primaria, mejora de la atención a la calidad de vida de pacientes con IC para prevenir ingresos hospitalarios por descompensación.

Aspectos ético-legales: Precisa aprobación del comité de investigación. El diseño se ajustará a normas de buena práctica clínica (RD 223/2004 y directiva comunitaria 2001/20/CE) con protección de datos personales (LOPD 15/1999).

Palabras Clave: Insuficiencia cardíaca, Riesgo cardiovascular, Ingreso hospitalario.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Programa de revisión de población anciana polimedificada en Atención Primaria

Pintor Mármol A¹, Llamas Del Castillo M^AD², Páez Valle R², Baró Rodríguez L², Báez Cabeza A³, Bayona García M⁴

¹ Farmacéutico. DS Costa del Sol. Mijas (Málaga)

² Técnico del Medicamento. DS Costa del Sol. Mijas (Málaga)

³ Director UGC San Pedro de Alcántara (Málaga)

⁴ Director Distrito Sanitario Costa del Sol. Mijas (Málaga)

Título: Programa de revisión de población anciana polimedificada en atención primaria.

Introducción: El constante desarrollo de los sistemas sanitarios ha contribuido en el aumento de la esperanza y la calidad de vida de la población. Actualmente existe un incremento de población anciana caracterizada por ser pacientes pluripatológicos y poli medicados. Estos factores sumados a los cambios fisiológicos propios del envejecimiento están asociados a la aparición de problemas relacionados con medicamentos (PRM) (interacciones farmacológicas, duplicidades terapéuticas, medicamentos innecesarios, inefectividad del tratamiento, reacciones adversas a medicamentos (RAM)), a discapacidad y a ingresos hospitalarios. Se conoce que algunos PRM en parte, están asociados a la prescripción de medicamentos inapropiados. Los criterios de Beers han resultado ser una herramienta efectiva en la detección de prescripciones inapropiadas (PI) en población anciana, aunque su utilidad en el ámbito europeo es limitada. Recientemente se ha desarrollado en nuestro medio los criterios STOPP/START, donde los primeros estudios realizados auguran mejores resultados para la detección de PI, sin conocer aún su aplicabilidad en el desarrollo de programas específicos multidisciplinarios en atención primaria (AP) dirigidos a la revisión de pacientes polimedificados.

Objetivos: Evaluar un programa multidisciplinar de revisión de pacientes poli medicados a través de: (1) Estado de salud relacionado con medicamentos (ESM) del paciente a los 0-3 meses, (2) Intervenciones médicas realizadas, y (3) Satisfacción por parte del facultativo médico y enfermero del programa.

Diseño: Estudio cuasi experimental antes-después sin grupo control.

Emplazamiento: Unidad de Gestión Clínica de AP.

Material y Métodos: Sujetos: Pacientes mayores de 65 años en tratamiento con ≥ 10 medicamentos. Criterios de exclusión: (1) Pacientes que se encuentren hospitalizados en el momento de la revisión; (2) Pacientes cuyo deterioro cognitivo no permitiese evaluar el ESM. Muestreo: Muestreo aleatorio estratificado por cupo médico. Para conseguir una potencia del 90,0%, para

detectar diferencias en el contraste de la hipótesis nula mediante una prueba T-Student, teniendo en cuenta que el nivel de significación es 5% y resultados de estudios previos, diferencias de 2 puntos en la escala y pérdidas de seguimiento del 20% será necesario a 205 sujetos.

Intervenciones: Tras realizar sesiones formativas al personal de enfermería y médico, se distribuirán informes personalizados de revisión de poli medicados (IPRP) que incluyen los criterios STOPP individualizados por medicamento. El IRPP se completará, tras la entrevista con el paciente por parte de enfermería, con información relacionado con RAM, duplicidades terapéuticas, y adherencia al tratamiento según test de Morisky-Green-Levine. Se medirá el ESM a través de una encuesta de 18 ítems (escala de puntuación: 0-54), en el momento de la entrevista y a los 3 meses.

Análisis estadístico: Se realizará un análisis descriptivo de las variables recogidas. Para las cuantitativas, se calcularán medidas de tendencia central y dispersión. Las cualitativas se expresarán mediante frecuencias absolutas y relativas. Para analizar la mejoría del ESM tras la intervención se utilizará el test t-student. Finalmente, se construirá un modelo de regresión logística multivariante con la variable mejoría del estado de salud y el resto de variables independientes, considerando significativo un valor $p < 0.05$.

Limitaciones: Las propias a un diseño cuasiexperimental sin grupo control (efecto de la intervención asociadas a otras causas no contempladas; sensibilización de los sujetos estudiados a la intervención).

Aplicabilidad: Contemplar una herramienta eficiente incluida en un protocolo multidisciplinario de revisión de pacientes polimedificados que ayude a detectar y prevenir los riesgos asociados a la medicación en población anciana polimedificada.

Aspectos ético-legales: Cada paciente recibirá un número de identificación único durante la entrevista y todo el proceso del estudio para garantizar la confidencialidad y evitar la duplicación de la recopilación de datos. Los sujetos serán incluidos en el estudio tras firmar el consentimiento informado.

Palabras Clave: ambulatory care, polypharmacy, aged.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Incidencia, mortalidad y supervivencia de cáncer. Estudio 2000-2012

Soriano Fuentes S¹, Ruiz López de Tejada M², Tejedor Cabrera L³, Arroyo Sánchez D⁴, Blanco Castaño M⁵, Hernández López T⁶

¹ *Medicina Familia. CS Algeciras-Norte. Algeciras (Cádiz)*

² *Oncólogo. Hospital Punta Europa. Algeciras (Cádiz)*

³ *Cirugía General. Hospital Punta Europa. Algeciras (Cádiz)*

⁴ *Enfermero Oncología. Hospital La Línea Concepción (Cádiz)*

⁵ *Enfermera Oncología. CS Algeciras-Norte. Algeciras (Cádiz)*

⁶ *Enfermera. CS Algeciras-Norte. Algeciras (Cádiz)*

Título: Incidencia, mortalidad y supervivencia de cáncer. Estudio 2000-2012.

Introducción: El Cáncer sigue representando uno de los principales problemas de salud pública en los países desarrollados, generando elevados costes, no solo sanitarios sino también de tipo afectivo, familiar y social. Durante el año 2006 el cáncer sigue siendo la principal causa de muerte en España.

Objetivos: Evaluar las características de la evolución temporal y distribución de la carga de enfermedad debida al cáncer entre la población de un Distrito sanitario utilizando los indicadores de incidencia, mortalidad y supervivencia.

Diseño: Estudio descriptivo, longitudinal, ambispectivo sobre una muestra de pacientes de la población de un Distrito sanitario diagnosticados de un tumor maligno, durante el periodo: enero 2000 hasta diciembre 2012.

Emplazamiento: Estudio multicéntrico, desarrollado por profesionales de Atención Primaria y Hospitalaria.

Material y métodos: Población residente que sea atendida con el diagnóstico de neoplasia maligna, tanto en los servicios de Atención Especializada de los hospitales de referencia como en los de Atención Primaria. La muestra de estudio coincide con la población diana, ya que el objetivo es incluir y estudiar todos los casos que se diagnostiquen durante el periodo de duración del mismo. Están incluidos en el estudio todos los pacientes que se diagnostiquen de un proceso tumoral (casos nuevos, incidentes) y que tengan su residencia en alguna de las localidades de la comarca.

Serán excluidos los casos prevalentes ya diagnosticados con anterioridad a Diciembre de 1999 y aquellos pacientes que vivan en la Comarca durante un periodo de tiempo inferior a 2 años.

Se registrarán variables relativas a las características individuales, sociodemográficas y antropométricas de los pacientes, características del tumor y variables de su evolución, partiendo de los datos del CMBD, registros de los servicios participantes y el incipiente registro de tumores de mama, próstata y pulmón de los años 2007 y 2008 (único existente actualmente en la Comarca). Se completará la información con las historias clínicas y, en caso necesario, con entrevistas personales a los pacientes o sus familiares.

La incidencia y la mortalidad se estimarán en forma de tasa cruda, específica (grupos de edad, sexo, localidad) y ajustada. La supervivencia se analizará con técnicas convencionales (Kaplan-Meier) y para el análisis multivariable la regresión de Cox y otros modelos.

Aplicabilidad: El presente trabajo será una fuente de datos que servirá para completar y consolidar el Registro de tumores de la Comarca. Permitirá la detección de grupos de población que por sus características individuales, ocupacionales, socio demográficas, etc. tengan mayor riesgo relativo de padecer determinados tipos de cáncer, para abordar actuaciones preventivas en relación con factores de riesgo, diagnóstico precoz, y seguimiento específico.

Contribuirá al desarrollo, mantenimiento y utilización de un sistema de información sobre indicadores específicos para la vigilancia sobre el cáncer, que nos permitan detectar desigualdades y realizar comparaciones a nivel comunitario, nacional y a nivel europeo de las principales áreas de interés epidemiológico, así como los tumores infantiles.

Aspectos ético-legales: El presente proyecto cuenta con la aprobación del Comité de Investigación Ética.

Palabras Clave: Cáncer, Tasa de Incidencia, Registro de tumores.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Impacto de una intervención educativa durante la gestación sobre el mantenimiento de la lactancia materna

Balaguer Villegas M^aI, Soler Pérez M^aA, Iribarne Capel RM^a, Salmerón Gualda M^aN, Plaza Mesa M^aV

Medicina Familiar. Unidad Docente MFyC de Almería

Título: Impacto de una intervención educativa durante la gestación sobre el mantenimiento de la lactancia materna.

Introducción: La frecuencia y duración media de la LM en nuestro medio son inferiores a lo recomendado por la OMS, a pesar de que las madres conocen sus beneficios.

Objetivos:

- Comprobar la efectividad de un taller de promoción de lactancia materna (LM) durante el embarazo en el tiempo de duración de la misma.

- Detectar los factores relacionados con el abandono de la LM en el domicilio.

Diseño: Estudio de intervención sin aleatorización. Con aquellas mujeres que deseen realizar LM haremos dos grupos: a) uno de intervención: con aquellas que puedan y quieran asistir al taller y b) el control: formado por aquellas que no puedan o no quieran asistir al taller.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y métodos: Sujetos: Gestantes atendidas en AP dentro del proceso embarazo entre Enero y Diciembre de 2011.

Criterios de inclusión: Gestantes atendidas en AP dentro del proceso embarazo que deseen ofrecer LM a su hijo.

Criterios de exclusión: Cualquier circunstancia obstétrica o perinatal que haga que la LM no se inicie.

El muestreo es consecutivo. Conforme se capten a las embarazadas que asistirán al taller.

Mediciones:

Variables sociodemográficas: Edad; nivel de estudios: (Sin estudios / Estudios de primaria/ Primer nivel de enseñanza secundaria / Segundo nivel enseñanza secundaria / Estudios universitarios); trabaja fuera de casa (si/no); nacionalidad.

Variables relacionadas con el embarazo: Acude al taller de LM (si/no); ha dado el pecho anteriormente (si/no); número de hijos; problemas en el embarazo; número de visitas.

Uno, tres y seis meses después del parto recogeremos: Continúa con la LM (si/no); cuánto tiempo duró la LM (nº de días); causa del fin de la LM (hipogalactia, escasa ganancia ponderal, decisión materna, laboral, indicación médica, separación materno-filial, otros).

Así las variables serán:

Independiente: Acude al taller de LM (si/no),

Dependiente: LM >6 meses (si/no) recogida como tiempo de duración de LM (nº de días).

Intervenciones: taller de promoción de LM y seguimiento de las pacientes hasta un período máximo de 6 meses.

Análisis estadístico:

- **Descriptivo:** Variables cualitativas se presentarán con su distribución de frecuencias. Variables cuantitativas se resumirán con medidas de posición y de dispersión.

- Las variables cualitativas se compararán mediante la prueba de Chi2. Para las cuantitativas, se realizará análisis de la varianza y prueba de t de student previa comprobación de la homogeneidad de las varianzas y ajuste a la normal. Si no se cumple, se aplicará prueba no paramétrica. Se realizarán pruebas bilaterales, considerando una $p < 0,05$ como estadísticamente significativa para un valor de confianza del 95%.

- Se realizará un análisis multivariante mediante regresión logística.

Limitaciones. Al formar los grupos de intervención y control no aleatoriamente, no podemos garantizar que los cambios sean debidos exclusivamente a la intervención.

Aplicabilidad: Podríamos conocer qué impacto tiene este formato de taller en la prevalencia de LM y si es eficiente convertirlo en una actividad del proceso embarazo.

Aspectos ético-legales: Se pedirá autorización a la comisión de ensayos clínicos y consentimiento informado a los pacientes

Palabras Clave: Breast Feeding , Education, Follow-up Studies.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Efectividad de una intervención educativa en personas inmovilizadas con diabetes tipo 2 y sus cuidadoras frente la educación estándar

Pascual de la Pisa B¹, Cuberos Sánchez CM^{a2}, Hermoso Cano I³, Martínez Granero M⁴, Fernández Gamaza M⁵, Acevedo Vázquez J⁶

¹ Medicina de Familia. Unidad de Investigación DS Aljarafe. Camas (Sevilla)

² DUE. Unidad de Investigación DS Aljarafe. Camas (Sevilla)

³ Enfermera. Unidad de Investigación DS Aljarafe. Camas (Sevilla)

⁴ Enfermera. CS Sanlúcar La Mayor (Sevilla)

⁵ Medicina de Familia. CS Bormujos (Sevilla)

⁶ Medicina de Familia. CS Gines (Sevilla)

Título: Efectividad de una intervención educativa en personas inmovilizadas con diabetes tipo 2 y sus cuidadoras frente la educación estándar.

Introducción: Tras revisar la trascendencia epidemiológica, clínica y social de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) en sujetos inmovilizados en Atención Primaria (AP), consideramos que la educación diabetológica (ED) es prioritaria, ya que la accesibilidad a la misma es una situación que debe ser explorada y subsanada.

En este sentido se pretende abordar una situación que genera una desigualdad en salud, según resultados preliminares de un estudio de investigación realizado en nuestro Distrito.

Objetivos: Comparar la efectividad de un programa de ED en personas con DM2 inmovilizados en domicilio y sus cuidadores frente a la educación sanitaria estándar, para incrementar el grado de conocimientos, el control metabólico, calidad de vida y satisfacción, en el ámbito de la Atención Primaria. Objetivos específicos:

1. Determinar la efectividad de programa de educación diabetológica frente a la educación sanitaria estándar para Incrementar los conocimientos y habilidades de los cuidadores de personas con diabetes tipo 2 inmovilizadas que permitan mejorar el autocuidado del sujeto e identificar complicaciones agudas relacionadas con la diabetes.

2. Definir cómo influyen los determinantes de desigualdad social en la adquisición de conocimientos, habilidades para el autocuidado, adherencia al tratamiento.

Diseño: Diseño: ensayo clínico controlado aleatorizado.

Emplazamiento: Estudio multicéntrico en AP

Material y métodos: sujetos DM2 inmovilizados (tiempo superior a 2 meses) y sus cuidadores. Criterios exclusión: deterioro cognitivo (Test Pfeiffer > 5), institucionalizados o que requieren cuidados paliativos, ausencia consentimiento informado. Tamaño muestral: 76 suje-

tos en grupo control y 76 grupo intervención (calculado para diferencia de media estandarizada entre grupos de 0,6, nivel de confianza del 95% y potencia del 80% mas un 20% de posibles pérdidas). Muestreo probabilístico aleatorizado. Intervenciones GI: 3 talleres ED en domicilio y 3 talleres ED grupales a sus cuidado-res. Intervenciones GC: ED estándar. Variables de resultado en el paciente: incremento de conocimientos (cuestionario ECODI), mejoría del control metabólico e incremento de la puntuación del cuestionario de calidad de vida y satisfacción (EsDQOL), adherencia al tratamiento (Morinsky-Green/Haynes-Sackett). Variables del cuidador: edad, género, nivel de conocimientos (ECODI), clase social, estado civil, nivel educativo.

Análisis estadístico: descriptivo, Uni y Bivariante. Riesgo Relativo y la reducción del riesgo absoluto para conocer la eficacia de la intervención. Número de pacientes que será necesario tratar para conseguir un resultado positivo, con sus intervalos de confianza del 95%, presentando los puntos de corte temporales de los 3 y 6 meses tras finalizar cada intervención.

Limitaciones: Debido al tipo de intervención que se pretende conocer su efectividad no será posible cegar a los participantes sobre su pertenencia al grupo intervención o el grupo control.

Aplicabilidad: Este estudio pretende mejorar los resultados en salud mediante un programa educativo factible y reproducible. Además pretende mejorar la atención a los pacientes con diabetes inmovilizados en sus domicilios.

Aspectos ético-legales: El estudio ha sido diseñado de acuerdo con la declaración de Helsinki, las Normas de Buena Práctica Clínica y la normativa legal vigente. Se solicitará el consentimiento informado al paciente y a sus cuidadores.

Palabras Clave: type 2 diabetes, mobility limitation, health education.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Intervención educativa en el estilo de vida en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2

Morales Guerrero M¹, Gámez Gámez F¹, Leiva Hervás LM², Valverde Bolívar FJ³

¹ MIR 4º año MFyC. CS San Felipe. Jaén

² MIR 4º año MFyC. CS Torredonjimeno (Jaén)

³ Medicina de Familia. Unidad Docente de Jaén

Título: Intervención educativa en el estilo de vida en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2.

Introducción: La DM II supone el 80-90 % de los casos de diabetes, estimándose que en el año 2025 su prevalencia llegara a 300 millones.

En DM II se producen trastornos metabólicos caracterizados por una elevación inapropiada de la glucosa en sangre, dando lugar a complicaciones crónicas por afectación de grandes y pequeños vasos y nervios.

Ya que muchos individuos con DM II tienen sobrepeso y resistencia a la insulina, el tratamiento dietético debe recalcar los cambios en el estilo de vida que produce una ingesta reducida de energía y el aumento del gasto de energía mediante la actividad física.

Se ha comprobado que una atención individualizada en pacientes DM tipo 2 no insulín dependientes, proponiéndole una dieta hipocalórica específica y adaptada a la características y circunstancias del paciente, junto con cambios en el estilo de vida y control en un corto periodo de tiempo, origina mejoría de HbA1c, glicemia, factores de riesgo cardiovascular, retrasando en muchas ocasiones la insulino terapia.

Objetivos: Evaluar la eficacia de una intervención educativa en el control metabólico de diabéticos tipo II.

Diseño: Cuasi-experimental (antes-después).

Emplazamiento: Centro salud urbano y centro de salud rural.

Material y Métodos: Material y métodos: Pacientes diabéticos tipo II mayores de 40 años en tratamiento con antidiabéticos orales. Se excluyen pacientes en tratamiento con insulina o sólo dieta.

El tamaño muestral ($n = 99$), se calcula para detectar diferencias en el contraste de la hipótesis nula mediante una prueba T-student bilateral para dos muestras relacionadas, asumiendo que la media del grupo antes de la intervención será 7,10%, y después 6,50% y la desviación típica de la variable Diferencia es de 2,10% (potencia 80,0%, alfa 5%).

Variable dependiente principal: hemoglobina glicosilada (HbA1c). Variable independiente principal: intervención educativa por 3 médicos residentes (dieta homologada y consejos de hábitos de vida); resto de variables independientes: edad, sexo, estado civil, nivel sociocultural, índice de masa corporal, tensión arterial media, colesterol total, colesterol-LDL, colesterol HDL, Riesgo cardiovascular (Framingham), triglicéridos, glucemia basal, creatinina sérica y aclaramiento de creatinina.

Se hará una medición al inicio del estudio y otras a los 3 y 6 meses.

Análisis estadístico: nivel de significación $n=0.05$, comprobación de normalidad (test Kolomogorv-Smirnov). Descripción de datos (medias/proporción \pm error estándar). Comparación antes/después de la intervención (t Student y Chi-2). Análisis multivariante para valorar posibles factores de confusión. Limitaciones: no grupo control de comparación, variabilidad en la intervención (se intentará minimizar al unificar criterios). Aplicabilidad: Disminuir el riesgo de eventos cardiovasculares y retrasar el inicio de terapia insulínica.

Aspectos ético-legales: aprobación por el CEIC (RD 223/04). Entrega de información pertinente al estudio por escrito con firma de consentimiento informado.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus Tipo 2, Tratamiento Antidiabéticos Orales, Dieta.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Eficacia de la nutrición enteral domiciliaria en pacientes con disfagia por enfermedad neurológica portadores de gastrostomía endoscópica percutánea

Muñoz Jiménez BE, Aparicio Mora M

Medicina de Familia. CS Andújar (Jaén)

Título: Eficacia de la nutrición enteral domiciliaria en pacientes con disfagia por enfermedad neurológica portadores de gastrostomía endoscópica percutánea.

Introducción: Debido al envejecimiento de la población y al aumento de patología neurológica con los problemas de disfagia asociados estamos asistiendo a un aumento de cuadros de desnutrición. Por este motivo es necesario introducir métodos de nutrición enteral domiciliaria (NED) que mejore el estado nutricional de estos pacientes. Uno de los métodos usados y cada vez más en los últimos años es la gastrostomía percutánea endoscópica (PEG).

Objetivos: Describir las características de los pacientes con nutrición enteral domiciliaria (NED) portadores de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) por patología neurológica y su repercusión sobre la mejora del estado nutricional.

Diseño: Estudio de cohortes retrospectiva.

Emplazamiento: Una zona básica de salud y su hospital de referencia.

Material y Métodos: La muestra estará formada por todos los pacientes de una zona básica de salud y su hospital de referencia con patología neurológica y con disfagia debido a ésta, que hayan precisado la colocación de PEG para mantener sus necesidades energéticas nutricionales durante dos o más meses.

Se excluyen pacientes portadores de sondas enterales a corto plazo (sondas nasogástricas y nasoentéricas), portadores de gastrostomías quirúrgicas, gastrostomías radioscópica o yeyunostomías y pacientes que presenten disfagia como consecuencia de patologías diferentes a la neurológica.

Las fuentes de información serán las historias clínicas informatizadas y en papel del servicio de digestivo del hospital.

Las variables a medir serán edad, sexo, origen de la disfagia (ACV, enfermedades degenerativas del SNC como parkinson, demencias, esclerosis múltiple, ELA, corea, TCE y secuelas neuroquirúrgicas). Tipo de fórmula nutricional empleada, dependencia (índice de Barthel), complicaciones del estoma (dolor, pus, fiebre, edema del estoma, contenido gástrico, fuga o rotura de balón, bloqueo de la sonda), control hospitalario de ostomía, asistencia al servicio de urgencias, controles analíticos (proteínas totales, albúmina, hierro, ácido fólico, iones), controles antropométricos (pliegue tricipital, perímetro del bíceps y muslo), renovación de formulario de indicación de NED, educación sanitaria de los cuidadores sobre los cuidados del estoma (buena, regular, mala).

Las variables se medirán al inicio, al mes de la colocación de la PEG y cada 6 meses para valorar la mejora del estado nutricional (parámetros nutricionales y antropométricos) de estos pacientes.

Se realizará un análisis descriptivo de los datos, univariante (media y desviación típica para variables cuantitativas y frecuencias para cualitativas), bivariante (X^2 para variables cualitativas y la *t* de student o anova para comparación de medias). Para valorar la mejora del estado nutricional se analizarán los parámetros analíticos y antropométricos mediante la *t* de student para datos apareados.

Aplicabilidad: Conocer las características de estos pacientes y como influye la NED en su estado nutricional nos ayudará a una mejor atención.

Aspectos ético-legales: Aprobación por el CEIC (RD 223/04). Entrega de información pertinente al estudio por escrito con firma de consentimiento informado.

Palabras Clave: Efficacy, Nutrition, Endoscopic percutaneous gastrostomy.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Intervención educativa en pacientes hipertensos en control con AMPA

Gómez Otálora EM¹, Mendaro Díaz AJ¹, Quintero Contreras MP²

¹ MIR 4º año MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén

² MIR 3º año MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén

Título: Intervención educativa en pacientes hipertensos en control con AMPA.

Introducción: El control de la tensión arterial mediante la automedida de la presión arterial (AMPA) ha demostrado, frente al control habitual en consulta, ser más precisa y estar mejor relacionada con las complicaciones y el riesgo cardiovascular. Sin embargo no hay evidencias sobre su correcto uso (técnica, equipo y condiciones) por parte de la población hipertensa, por lo que es necesaria una correcta instrucción previa sobre su manejo para mejorar la validez de las cifras obtenidas y mejorar el control de la hipertensión arterial (HTA).

Objetivos: Objetivo principal: Mejorar la técnica de realización de las AMPA por parte de los pacientes hipertensos mediante una intervención educativa.

Objetivos secundarios:

- Conocer el perfil clínico y la prevalencia del uso de AMPA de los pacientes hipertensos en atención primaria.

- Valorar la técnica usada por el hipertenso para la realización de AMPA y la interpretación de sus cifras tensionales.

Diseño: Estudio cuasi-experimental antes-después.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Métodos: Población de estudio: pacientes hipertensos de un centro de salud urbano. Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de HTA, mayores de 18 años y con tratamiento médico y/o farmacológico, que son valorados en consulta a demanda por cualquier motivo.

Muestreo: se realizará un muestreo sistemático en tres consultas del centro de salud. Se calcula un tamaño muestral de 384 pacientes (confianza=95%, alfa=5%).

Mediciones e intervenciones: variables: edad, sexo, nivel sociocultural; frecuentación a servicios sanitarios; antecedentes personales; variables relacionadas con HTA: tiempo de evolución, grado de control, tratamiento y adherencia (Morinsky-Green), riesgo cardiovascular (mediante tabla score); AMPA: modelo, motivo de uso, técnica (puntuada mediante cuestionario con escala likert). Se realizará una intervención educativa de 15 minutos (técnica correcta, frecuencia de tomas, interpretación de las cifras obtenidas, registro y calibración del aparato), entregando información por escrito. A los 6 meses se vuelve a valorar al paciente recogiendo las mismas variables.

Análisis estadístico: nivel de significación $n=0.05$, comprobación de normalidad (test Kolomogorv-Smirnov). Descripción de datos (medias/proporciones \pm error estándar). Comparación de la técnica antes/después de la intervención (t Student y Chi-2). Análisis multivariante para valorar po-sibles factores de confusión.

Limitaciones: se debe evitar el sesgo de selección.

Aplicabilidad: Adquirir una técnica correcta en el uso del AMPA ayudará a mejorar el grado de control de los pacientes hipertensos y a una mayor implicación en su cuidado.

Aspectos ético-legales: Aprobación por el CEIC (RD 223/04). Entrega de información pertinente al estudio por escrito con firma de consentimiento informado.

Palabras Clave: Ambulatory Blood Pressure Monitoring; Hypertension; Primay Health Care.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Características de las citas hospitalarias gestionadas desde la consulta del médico de familia

Guzmán Ruiz M, Delgado Mediano CM, Estrella Santos P, Pérez Milena A

Medicina de Familia. CS El Valle. Jaén

Título: Características de las citas hospitalarias gestionadas desde la consulta del médico de familia.

Introducción: La gestión de citas hospitalarias en consulta incrementa la labor burocrática del médico de familia. La mayoría proceden del mismo servicio y no tienen informe clínico, siendo más frecuente en mayores de 55 años. La mejora de las citas desde el propio hospital favorecería una mejor atención al paciente y menor saturación en Atención Primaria.

Objetivos: Conocer las características de las revisiones hospitalarias sin cita que deben ser gestionadas desde Atención Primaria.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y métodos: Se revisan las historias de los pacientes que solicitan cita para revisión por servicios hospitalarios durante el primer trimestre de 2010, recogiendo edad, sexo, motivo de revisión, servicios de procedencia y destino, tiempo de espera y existencia de informe en la Historia de Salud Única (HSU).

Palabras Clave: Ambulatory Care Facilities, Health Care Surveys, Outpatient Clinics.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Registro de factores de riesgo cardiovascular previo a un evento vascular

Plazas Mesa M^aV¹, Iribarne Capel RM^{a1}, Balaguer Villegas I¹, Collado Rueda F², Salmerón Gualda N³, Aguilera Piedra M^aJ⁴

¹ CS Virgen del Mar. Almería

² Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

³ CS Plaza de Toros. Almería

⁴ CS Nueva Andalucía. Almería

Título: Registro de factores de riesgo cardiovascular previo a un evento vascular.

Introducción: En España, la prevalencia de presentar antecedentes de factores de riesgo cardiovasculares es elevada, y se estima:

- 23% de la población adulta presenta un colesterol total > 250 mg/dl.

- 34% de la población adulta tiene hipertensión arterial.

- 8% de las mujeres y un 12% de los varones padecen diabetes mellitus, si bien el aumento de prevalencia de obesidad puede comportar un aumento de la prevalencia de la diabetes.

Objetivos: Conocer si existen diferencias en el registro de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en la Historia de Salud Digital (HSD) de los pacientes, previo a sufrir un evento vascular y los pacientes que no han tenido el evento vascular.

Describir las diferencias en el perfil de los pacientes que sufren un evento cardiaco o un evento cerebral.

Evaluar la recogida de los FRCV en la HSD.

Diseño: Estudio de casos y controles.

Emplazamiento: Atención primaria (AP).

Material y métodos: Diseño: Estudio de casos y controles.

Lugar de realización: Atención primaria (AP).

Muestra: Casos: 218 pacientes que han estado ingresados en el hospital a causa de un evento vascular (neurológico o cardiaco) en el año 2009.

Controles: pacientes del mismo rango de edad que no han sufrido evento vascular (436).

Criterios de selección:

Casos: Criterios de inclusión: son pacientes ingresados en hospital por haber tenido un primer evento vascular (cardiaco o neurológico) y tienen abierta HSD en el Distrito AP.

Controles: Criterios de inclusión: pacientes del mismo rango de edad que tienen abierta HSD en Distrito AP y no han sufrido evento vascular. El tipo de muestreo para obtener los controles será aleatorio simple.

Intervenciones: De la HSD se recogerán las siguientes variables: Sexo, edad, tipo de evento (cardiológico o neurológico). Registro en los últimos 5 años: HTA, Diabetes, Tabaco, Dislipemia, Antecedentes familiares, obesidad.

Análisis estadístico: Descriptivo: variables cualitativas se presentarán con su distribución de frecuencias, variables cuantitativas con medias y DS. Se evaluará asociación entre variables cualitativas con el test de Chi-2 o prueba exacta de Fisher, y de las variables cuantitativas mediante el test de la t de Student y/o el análisis de la variancia (ANOVA). En todos los contrastes de hipótesis se rechazará la hipótesis nula con un error de tipo I o error $p < 0.05$. Técnicas de análisis multivariable, que analizan la relación simultánea de más de dos variables. Limitaciones del estudio: Sesgo de Información: Puede que el infraregistro sea tan alto tanto en los pacientes que han sufrido el evento como en los que no, que no podamos llegar a ningún resultado.

Sesgo de selección: puede que los términos de búsqueda de los pacientes en el hospital no estén unificados y se nos escapen pacientes.

Aplicabilidad: Si se confirma nuestra hipótesis, que existe un infraregistro en pacientes que debutan por primera vez con un evento vascular, los profesionales deberíamos de poner más empeño en una captación activa de pacientes de determinadas características que, o no vienen a nuestras consultas o no detectamos y seguimos sus posibles factores de riesgo. También nos servirá como auditoria en relación al grado de recogida de FRCV en la historia de Salud digital.

Aspectos ético-legales: Se pedirá permiso a la comisión de investigación del Hospital para poder recoger los datos de los pacientes ingresados y se pedirá permiso a la comisión de Investigación del Distrito de AP para tener acceso a las HSD y nos acogeremos a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE núm.298, de 14-12-1999, pp. 43088-43099).

Palabras Clave: Dislipemia, Obesidad y Diabetes.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Relación del uso de metformina en pacientes con tumor infiltrante de mama y el desarrollo de metástasis tras quimioterapia

Montijano Carpio MA¹, Plata Fernández M^aY², Rodríguez Contreras J³, Ruiz Ortega P¹, Valverde Bolívar FJ⁴

¹ Medicina de Familia. CS El Valle. Jaén

² Oncología Médica. Complejo Hospitalario de Jaén

³ Medicina de Familia. CS Virgen de la Capilla. Jaén

⁴ Medicina de Familia. Unidad Docente MFyC de Jaén

Título: Relación del uso de metformina en pacientes con tumor infiltrante de mama y el desarrollo de metástasis tras quimioterapia.

Introducción: El cáncer de mama es un importante problema de salud por su elevada prevalencia (36%) y el alto impacto en la población general y el sistema sanitario. Los carcinomas infiltrantes constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias con diferente potencial biológico, destacando el carcinoma ductal infiltrante (CDI) (75%) y el carcinoma lobulillar infiltrante (CLI) (5-10%) En el cáncer de mama las células madres del tumor resisten a quimioterapia y pueden provocar la recaída de la enfermedad. Diferentes estudios comprueban una respuesta a la quimioterapia tres veces superior en pacientes diabéticas en tratamiento con metformina. Esto puede deberse a una acción selectiva de la metformina sobre estas células madres, inhibiendo la proliferación celular (detención parcial de la fase S) y provocando apoptosis en células tumorales. Por tanto, existe la sospecha de que el tratamiento con metformina en pacientes que precisan quimioterapia disminuye el número de recidivas tumorales.

Objetivos: Determinar si el uso concomitante de metformina en pacientes con cáncer de mama infiltrante reduce la aparición de metástasis tumorales.

Diseño: Estudio observacional y retrospectivo.

Emplazamiento: Zona Básica de Salud Urbana.

Material y métodos: Se incluyen pacientes diagnosticadas de cáncer de mama infiltrante valoradas en los últimos 10 años, en seguimiento conjunto por Atención Primaria y Oncología Médica. Se excluyen las mujeres con carcinoma in situ. Muestreo aleatorio simple en un grupo de caso (pacientes que tomen metformina) y otro grupo control (pacientes que no han tomado metformina). Se calcula un tamaño muestral de 306 par-

ticipantes (153 en el grupo control y 153 en el grupo intervención) (potencia estadística 80%, nivel de significación 5%). La variable dependiente es la existencia de metástasis (niveles de marcadores tumorales, 15.3 y CEA, e informe de estudio de extensión, mediante la clasificación TNM) tras la quimioterapia. Las variables independientes serán edad, hemoglobina glicosilada, uso de metformina (dosis y tiempo), otra medicación crónica, diagnóstico anatomopatológico del cáncer, número de líneas quimioterápicas utilizadas y tratamiento quirúrgico. Estas variables se recogen de la historia digital Diraya y de la historia de oncología médica. Análisis estadístico: se hará un análisis descriptivo de las principales variables recogidas, utilizándose medidas de tendencia central, dispersión y posición para las cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para las cualitativas. El nivel de significación será $n=0.05$. Los datos se analizarán con SPSS versión 15.0. Se realizará un seguimiento calculado como años de vida/mujer, obteniendo razón de incidencia acumulada de aparición de metástasis, RR, RRR, RRA y NNT. Se relacionará la variable dependiente con las independientes mediante un análisis multivariante para métodos de dependencia (regresión logística y análisis de supervivencia). Limitaciones: Sesgo de información y de selección, no se puede establecer relación causal.

Aplicabilidad: mejora del proceso de cáncer de mama en Atención Primaria y Prevención Primaria de Metástasis. Base para futuras investigaciones sobre incremento de esperanza de vida en cáncer de mama.

Aspectos ético-legales: Precisa aprobación de CEIC (RD 223/04), ajustado a normas de buena práctica clínica (RD 223/2004 y directiva comunitaria 2001/20/CE) con protección de datos personales (LOPD 15/1999).

Palabras Clave: Metformina, Metastasis, Cáncer de Mama.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Rehabilitación respiratoria en EPOC leve: ¿mejora calidad de vida?

Duque Castilla E, Gutierrez Vera JD, Fernández Moyano M^aA

MIR Medicina de Familia. CS Algeciras Norte. Algeciras (Cádiz)

Título: Rehabilitación respiratoria en EPOC leve: ¿mejora calidad de vida?

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) presenta en España entre los 40 y 70 años una prevalencia del 9.1% con una relación hombre/mujer 4:1. Supone la cuarta causa de mortalidad, el 10-15% del total de visitas en Primaria y el 7-8 % de los ingresos hospitalarios. Un programa de rehabilitación respiratoria desarrollado en Atención Primaria en fases iniciales podría mejorar el desarrollo de la enfermedad, los costes sanitarios y la morbi-mortalidad.

Objetivos: Principal: Mejorar la calidad de vida de pacientes EPOC. Disminuir complicaciones

Diseño: Ensayo clínico aleatorizado con evaluación a ciegas.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Métodos: Sujetos: pacientes EPOC. Criterios inclusión: Pacientes con EPOC leve según criterios GOLD, fumadores entre 40 y 70 años que no hayan presentado reagudizaciones en las últimas 4 semanas previas al estudio y que acepten y firmen el consentimiento informado. Criterios de exclusión: Diagnosticados de EPOC moderada o grave, con enfermedad cardiovascular o musculoesquelética que impida la realización de ejercicio físico, no fumadores y los que no firmen el consentimiento informado. Para calcular el tamaño de la muestra estableceremos error alfa y el error beta. Se hará un procedimiento

para la asignación aleatoria a grupo de intervención y de control.

Mediciones: Mediante Test validados, Pruebas de función pulmonar. Número de reagudizaciones de la enfermedad. Número de ingresos hospitalarios debido a la exacerbación de la enfermedad. Medicación y su cumplimiento. Edad, hábito tabáquico, abandono hábito tabáquico, se valorarán al inicio y al final de la intervención.

Intervenciones: Sesiones educativas, fisioterapia respiratoria y ejercicio físico en el grupo estudio.

Análisis estadístico: Mediante el programa SPSS V 15 para Windows.

Limitaciones: Falta de doble ciego. Absentismos al programa por la duración del mismo. Falta de pacientes que quieran participar en el estudio.

Aplicabilidad: Un programa desde atención primaria que permita mejorar las condiciones de estos pacientes y evitar las complicaciones.

Aspectos ético-legales: RD 223/2004 DE 6 FEBRERO: consentimiento informado. Póliza de seguros. Cumplimiento de normas de buena práctica clínica y Declaración de Helsinki. Manejo de muestras y confidencialidad de la información.

Palabras Clave: EPOC, Rehabilitación Respiratoria, Atención Primaria.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Factores de riesgo cardiovascular en población de mediana edad

Iribarne Capel RM^{a1}, Plazas Mesa M^{aV1}, Soler Pérez M^{aA2}, Salmerón Gualda MN², Navarro Sánchez A¹, Uclés Ruíz J³

¹ MIR Medicina de Familia. CS Virgen del Mar. Almería

² MIR Medicina de Familia. CS Plaza de Toros. Almería

³ MIR Medicina de Familia. CS Alborán. Almería

Título: Factores de riesgo cardiovascular en población de mediana edad.

Introducción: Los factores de riesgo vascular y las patologías que de ellos se derivan, constituyen la primera causa de morbimortalidad en el mundo occidental. Si bien son conocidos (HTA, dislipemia, tabaquismo, obesidad, sedentarismo, etc.) los esfuerzos terapéuticos no han conseguido, hasta el momento, reducir su incidencia.

Una de las razones que explican la alta incidencia de individuos afectados radica en el estilo de vida actual con el consumo excesivo de sal, azúcares refinados, grasas saturadas y escasa toma de los alimentos que constituyen la dieta mediterránea familiar.

Objetivos: Prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular en la población de mediana edad.

Perfil de los pacientes con factores de riesgo cardiovascular.

Describir el riesgo Cardiovascular de los pacientes según la agrupación de factores de riesgo.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Material y Métodos: POBLACIÓN: pacientes de mediana edad que acuden al Centro de Salud.

MUESTRA: 456 pacientes.

CRITERIOS DE SELECCIÓN: pacientes de edad media (45 a 65 años) que tengan historia digital en Diraya. Se recogen los datos de los factores de riesgo cardiovascular de más impacto en la actualidad: Hipertensión Arterial, Dislipemia y Tabaquismo.

MUESTREO: Aquellos pacientes que cumplan los criterios de selección se introducirán en una tabla e números aleatorios, asegurándonos así que todos los pacientes entre 45-65 años tengan la misma posibilidad de ser elegidos.

MEDICIONES E INTERVENCIONES: variables de estudio: edad, sexo, peso, talla, hábito tabáquico, Colesterol total, colesterol unido a lipoproteínas de alta (cHDL) y baja (cLDL) densidad, presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) y diabetes mellitus. Even-

tos Cardiovasculares: Cardiopatía Isquémica, Enfermedad Cerebrovascular y Arteriopatía periférica en miembros inferiores.

Las variables se recogerán de las historias informatizadas del Centro de Salud.

Análisis estadístico: análisis descriptivo, variables cuantitativas con medias y DS y variables cualitativas: frecuencias, análisis bivariante: comparación de medias t de student, y comparación de porcentajes chi cuadrado.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Análisis descriptivo, variables cuantitativas con medias y DS y variables cualitativas: frecuencias, análisis bivariante: comparación de medias t de student, y comparación de porcentajes chi cuadrado.

LIMITACIONES: Posible sesgo de información: por no estar bien cumplimentadas las historias clínicas, un posible sesgo de selección, el hecho que los "pacientes sanos" no acuden a las consultas.

Aplicabilidad: El hecho de conocer la Prevalencia de los diferentes factores de riesgo de nuestra población, y calcular su riesgo, nos dará una idea sobre que medidas podemos adoptar para modificar algún factor de riesgo, o controlar otros.

Si la obesidad es de alta prevalencia en nuestra población, podremos diseñar talleres de ejercicio físico y alimentación para modificar este factor.

Si la prevalencia de tabaquismo es alta, tendremos que poner en marcha abordaje del tabaquismo de forma más contundente.

En todos los estudios se pone de manifiesto el que los Factores de riesgo deben mejorar su control.

Aspectos ético-legales: Se pedirá permiso a la comisión de investigación del Distrito para tener acceso a las historias clínicas digitales.

En todo momento se protegerá el anonimato de los pacientes.

Palabras Clave: Factores de riesgo cardiovascular, Mediana edad, Atención Primaria.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia de retinopatía diabética y factores asociados en pacientes con diabetes tipo 2 en un distrito sanitario urbano

Sampedro Abascal C¹, Cabezas Saura PB¹, Nieto Castro J², Camacho Ibáñez JL¹, Velardo Hernández A¹, Pérez Gálvez FJ¹

¹ Medicina de Familia. CS Mercedes Navarro. Sevilla

² Medicina de Familia. CS Esperanza Macarena. Sevilla

Título: Prevalencia de retinopatía diabética y factores asociados en pacientes con diabetes tipo 2 en un distrito sanitario urbano.

Introducción: La Retinopatía Diabética (RD) es una complicación de la Diabetes en la que por afectación microvascular de la Retina se puede perder la visión. Es la segunda causa de ceguera en España, su prevalencia oscila entre el 15% y el 50%. La mayoría de las complicaciones de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) están relacionadas con la duración y severidad de la hiperglucemia. Existen otros factores de riesgo que posiblemente estén relacionados con la mala evolución y aumento de la prevalencia de RD.

Objetivos: Determinar la prevalencia de RD y los factores asociados.

Diseño: Estudio transversal descriptivo, de 18 meses de duración.

Emplazamiento: Ámbito territorial de un Distrito Sanitario de Atención Primaria (DSAP) Urbano.

Material y Métodos: Sujetos: Pacientes con DM tipo 2 del Distrito Sanitario. Criterios de inclusión: Diagnosticado de DM2 según recomendaciones de la ADA (2009) e incluido en el Proceso Asistencial Integrado de Diabetes previo consentimiento informado. Criterios de exclusión: Antecedente de glaucoma de ángulo estrecho, DM tipo 1, causas físicas que impidan el desplazamiento o renuncia voluntaria. Muestreo: Muestreo aleatorio simple a partir de la Historia Clínica Digital (Diraya) de los listados de pacientes con DM2 de la población. Para una prevalencia del 6% de la población general y precisión absoluta de +/- 4%, la muestra será de 446 +112 (25% de sobremuestreo), a un nivel de confianza del 95%. Variables: Datos de identificación y filiación, factores socio-demográficos,

tratamiento y tiempo de evolución de la DM, complicaciones macrovasculares y microvasculares, hábitos tóxicos, metabólicos (HBA1c, perfil lipídico, IMC), hipertensión arterial, factores socioeconómicos y nivel de actividad física asociados. Análisis: Descriptivo, así como el bivariante. Para este se hará uso de test de comparación de medias de T-Student (media y desviación típica), para variable cuantitativas, prueba de Chi cuadrado y ANOVA, para variables cualitativas (estimación de riesgo). El análisis estratificado y multivariante se efectuará por modelos de regresión lineal, para variable cuantitativas, y de regresión logística, para variables cualitativas. El grado de significación estadística se establece respecto de un valor de $p < 0,05$ e intervalos de confianza del 95%. Limitaciones del estudio: Al tratarse de un estudio descriptivo transversal, sus conclusiones sólo servirían para proponer hipótesis a confirmar mediante estudios analíticos.

Aplicabilidad: El disponer de información de la prevalencia de las complicaciones de la DM2 en nuestra población, nos permitiría valorar mejor la magnitud del problema, para así adecuar nuestros esfuerzos en la prevención y control de la DM y sus complicaciones. El impulso de la Retinografía mejoraría la prevención de una de las complicaciones más temidas e invalidantes de la DM como es la ceguera.

Aspectos ético-legales: El presente estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación Sanitaria del DSAPS. A los pacientes se les informará verbal y por escrito sobre las actividades del proyecto y tras firmar el consentimiento informado se incluirán en el estudio.

Palabras Clave: Retinopatía, Diabetes, Factores de riesgo.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Hiperfrecuentadores en Atención Primaria: ¿Expresión de una depresión oculta?

Puentes Torres RC¹, Reguillo Granados AR¹, Espejo Espejo J², Aguado Taberne C², Romero Carrillo M^aA³, Porcuna Cazalla G⁴

¹ Residente 4º año MFyC. CS Santa Rosa. Córdoba

² Medicina de Familia. CS Santa Rosa. Córdoba

³ Residente de 4º año MFyC. CS Levante Norte. Córdoba

⁴ Residente de 4º año MFyC. CS Huerta de la Reina. Córdoba

Título: Hiperfrecuentadores en Atención Primaria; ¿Expresión de una depresión oculta?

Introducción: Aunque no existe una definición estandarizada de hiperfrecuentador, se suele considerar como tal en atención primaria al paciente que acude a consulta al menos 12 veces en los 12 últimos meses, excluyendo las consultas de carácter administrativo y las derivadas de procesos asistenciales como el embarazo. Según esta definición, los hiperfrecuentadores suponen entre el 5% y el 10% de un cupo de usuarios, sin embargo ocupan aproximadamente el 30% de las consultas de atención primaria. Gran parte de esta población presenta enfermedades mentales de base (síndrome depresivo y síndrome ansioso como las más frecuentes), que podrían justificar la hiperfrecuentación. Quizá diagnosticando y tratando estas enfermedades, la tasa de hiperfrecuentación podría disminuir.

Objetivos: Este estudio pretende analizar la relación entre la depresión oculta y la hiperfrecuentación, comparando la prevalencia de dicha patología en un grupo de hiperfrecuentadores y en un grupo control.

Diseño: Estudio de casos y controles.

Emplazamiento: Centros de Salud urbanos.

Material y Métodos: Se considerarán casos de hiperfrecuentadores los pacientes entre 18 y 75 años que tengan registradas en la base de datos de Diraya al menos 12 consultas en los 12 últimos meses, excluyendo las consultas administrativas y las derivadas de procesos asistenciales, y que no hayan estado en

tratamiento antidepressivo en dicho periodo. Los controles serán los pacientes que tengan menos de 12 consultas y tampoco hayan estado en tratamiento antidepressivo. Los casos se captarán en consulta cuando realicen una demanda asistencial. Los controles se seleccionarán de forma aleatoria, apareándolos por edad. A ambos grupos se les administrará una encuesta con variables socio demográficas (edad, sexo, estado civil, situación laboral, país de origen y nivel de estudios) y se les pedirá que realicen, bajo consentimiento informado, el test de Zung para la depresión validado en español, que clasifica la depresión en "ausente", "leve", "moderada" o "grave" según la puntuación obtenida. Los datos se registrarán y analizarán en una base de datos del programa SPSS Versión 15. Se aplicará el estadístico Chi-cuadrado para las variables cualitativas (socio demográficas) y T de Student para datos independientes para la variable cuantitativa (puntuación en el test de Zung), comparando la prevalencia de depresión oculta en ambos grupos como posible causa de la hiperfrecuentación, y analizando las variables de las que podría depender mediante una regresión logística.

Aplicabilidad: Este estudio da el primer paso para diagnosticar y tratar la depresión oculta en hiperfrecuentadores e intentar así disminuir dicha hiperfrecuentación.

Aspectos ético-legales: Todos los sujetos del estudio son informados y no se realiza perjuicio alguno sobre los mismos.

Palabras Clave: Hiperfrecuentadores, Atención Primaria, Depresión.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Desarrollo y validación de un modelo pronóstico de predicción funcional para pacientes pluripatológicos en AP: estudio PROFUND en AP

Bohorquez Colombo P¹, Ortiz Camúñez M^aA¹, Quiroga Alonso V², Codina Lanaspá A³, Garrido Porras E⁴, Ollero Baturone M⁵

¹ Medicina de Familia. UGC Camas. Sevilla

² Medicina de Familia. UGC Los Bermejales. Sevilla

³ Medicina de Familia. UGC La Candelaria. Sevilla

⁴ Enfermera. UGC Camas. Sevilla

⁵ Medicina Interna. UGC de M. Interna. H Virgen Del Rocío. Sevilla

Título: Desarrollo y validación de un modelo pronóstico de predicción funcional para pacientes pluripatológicos en AP: estudio PROFUND en AP.

Introducción: Pese a que los pacientes pluripatológicos (PPP) constituyen un segmento muy importante cuantitativa y cualitativamente en la actividad asistencial de los médicos de familia que trabajan en Atención Primaria (AP) y pese a su demostrada fragilidad clínica, complejidad, elevada mortalidad y riesgo de deterioro funcional, actualmente carecemos de una herramienta integral de pronóstico vital así como de predicción de deterioro funcional aplicable a estos los pacientes.

Objetivos: Desarrollar una herramienta con capacidad de predicción pronóstica tanto vital como funcional a un año, aplicada a la población de PPP en AP: INDICE PROFUND-AP.

Diseño: Estudio prospectivo multicéntrico de ámbito local de cohortes simultáneas de PPP según definición del Proceso Asistencial Integrado (PAI) "Atención al Paciente Pluripatológico" DEL 2007 de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. El tamaño necesario estimado es de 1000 + 250 pacientes. Seguimiento durante 2 años.

La cohorte de derivación (n=500) se constituirá en un Centro de Salud Metropolitano.

Emplazamiento: Dos Centros de salud urbanos y uno metropolitano.

Material y métodos: El índice PROFUND-AP se desarrollará con aquéllos factores (demográficos, clínicos, y de valoración integral) independientemente asociados a los tres puntos finales (muerte, deterioro funcional significativo y ambos). Para la puntuación de cada uno de los factores que se incluyan se utilizará la OR (exp(B)) utilizando los intervalos de confianza del 95%. Los puntos que se asignarán a cada factor resultarán de la división de su coeficiente beta del modelo estadístico entre el coeficiente beta menor del

modelo, redondeando al número entero más cercano. A cada paciente se le asignará un índice de riesgo (suma de las puntuaciones de todos los factores), y la cohorte se dividirá en cuartiles aproximados según los índices de riesgo.

La cohorte de validación (n=500) se constituirá en dos centros de salud urbanos (para asegurar la transportabilidad y reproducibilidad de la herramienta). La precisión del PROFUND-AP se determinará mediante técnicas de calibración (curvas de calibración) y de discriminación (área bajo la curva ROC y cálculo del estadístico C) entre ambas cohortes.

El dintel de significación estadística se establecerá para $p < 0,05$. Los cálculos de realizarán mediante el paquete SPSS14.0

Aplicabilidad: La toma de decisiones en los pacientes pluripatológicos es especialmente compleja. Como ya se ha referido, es fácil caer en la inhibición considerando poco eficiente el consumo de recursos en estos pacientes, contribuyendo a la rápida progresión de la minusvalía y la dependencia. Sin embargo, también, es cierto que muchas de las intervenciones terapéuticas propuestas por las guías clínicas al uso están basadas en ensayos clínicos en los que la comorbilidad es un criterio de exclusión. Por ello, el poder contar con una herramienta validada y potente que nos permita predecir cuáles son los pacientes pluripatológicos con mayor riesgo de mortalidad y/o deterioro funcional nos permitirá no solo articular estrategias específicas de intervención para este colectivo, sino que facilitará la toma de decisiones en la práctica clínica cotidiana en base a una estratificación pronóstica vital y funcional.

Aspectos ético-legales: A todos los pacientes se les facilitará el documento de "consentimiento informado" para su inclusión en el estudio.

Palabras Clave: Atención Primaria, Pronóstico, Pluripatológico.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Beneficios de un programa de ejercicio físico domiciliario en ancianos dependientes

Castelló Losada M^aJ¹, Peña Gómez E², Portero Pérez P³, Orzáez Fernández G³, Ocaña Riola R⁴, Tormo Molina J⁵

¹ Medicina de Familia. CS Alfacar (Granada)

² Enfermero de enlace. CS Alfacar (Granada)

³ Enfermera. CS Alfacar (Granada)

⁴ Estadístico. Profesor de la EASP. Granada

⁵ Médico Familia. CS Gran Capitán. Granada

Título: Beneficios de un programa de ejercicio físico domiciliario en ancianos dependientes.

Introducción: Generalmente, los ancianos dependientes presentan una inactividad física importante que reduce globalmente su calidad de vida. Además, el envejecimiento de la población y el incremento en la vida media, hace esperar un aumento significativo de ancianos en un futuro próximo.

La medida preventiva más eficaz y económica para mejorar el envejecimiento, es el ejercicio físico regular. Los beneficios demostrados de la práctica del ejercicio físico asiduo, son múltiples y afectan a diversas esferas del individuo. Numerosos trabajos apuntan también la mejoría de los procesos dolorosos, tan frecuentes en los ancianos, con la práctica del ejercicio. Secundariamente esto podría suponer una disminución en el uso de fármacos y de sus efectos adversos. En España más del 70% de las personas mayores no realizan actividad física, siendo superior para los ancianos dependientes.

Por todo esto parece claro el beneficio de instaurar un programa de ejercicios adaptados para mejorar globalmente la salud de estos los ancianos.

Objetivos: General: Demostrar los beneficios y factibilidad de un plan de ejercicios físicos domiciliarios en la población anciana dependiente.

Específicos: Demostrar la eficacia del ejercicio sobre la calidad de vida de estos pacientes.

Poner de manifiesto la mejoría de los procesos dolorosos con este plan.

Evidenciar la disminución del uso de fármacos analgésicos.

Diseño: Ensayo clínico aleatorizado (grupo intervención/grupo control).

Comparación de los resultados antes/después.

Emplazamiento: Zona Básica Salud rural (siete consultas).

Material y métodos: Sujetos.- Pacientes mayores de 65 a con algún grado de dependencia.

Se excluyen: Pacientes terminales. Grado de dependencia absoluta (vida permanente en cama). Patologías cardiorrespiratorias severas (grado funcional

NYHA III-IV) y/o cánceres activos. Amputación de miembros, déficit sensoriales o cognitivos que impidan realizar el programa de ejercicios.

Población de estudio.- Población total de > de 65 años con algún grado de: 50% grupo intervención y 50% grupo control, asignados mediante muestreo aleatorio sistemático consecutivo.

Variables estudiadas:

1.-Variables independientes: edad, género, datos antropométricos, núcleo de convivencia (anciano sólo, con ayuda, núcleo familiar).

2.-Variables dependientes: Antes y después de la intervención.

-Capacidad física del paciente (test funcional Rikli).

-Nivel de dependencia (índice de Barthel).

-Nivel de autoestima (Escala de Rosenberg).

-Nivel de dolor percibido (escala visual dolor).

-Analgésicos consumidos y dosis.

Intervención aplicada:

Programa ejercicio físico, intensidad moderada-baja (55-65% de la FC máxima), 30 minutos de duración tres días en semana durante 1 año: Calentamiento, Actividad aeróbica, Ejercicio de equilibrio, Fortalecimiento muscular, Relajación. Frecuencia cardíaca/tensión arterial, antes/después del ejercicio.

Análisis estadísticos:

Análisis descriptivo (media y desviación típica), T de Student, Chi cuadrado, modelo regresión lineal multivariante y ANOVA.

Aplicabilidad: Si demostramos la utilidad y factibilidad del programa se puede generalizar su aplicación a la atención domiciliaria de todos los ancianos dependientes del distrito y provincia.

Aspectos ético-legales: No existe conflicto de intereses alguno.

Todos los pacientes serán informados y se les pedirá el consentimiento. La confidencialidad se ajustará a las leyes vigentes a este respecto.

Los pacientes del grupo control, no tendrán beneficios del programa de ejercicios hasta que sea aplicado universalmente.

Palabras Clave: Ejercicio físico, Anciano, Dependencia.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Hábitos alimentarios e imagen corporal en adolescentes

Delgado Pérez M^aP¹, Vidaña González F¹, Pérez García M^aD², García García E¹, Olmo Navas M^aM³

¹ Medicina de Familia. UGC Alto Andarax. Alhama de Almería (Almería)

² Enfermera. UGC Alto Andarax. Alhama de Almería (Almería)

³ Medicina de Familia. UGC Alcazaba. Almería

Título: Hábitos alimentarios e imagen corporal en adolescentes.

Introducción: Dado que la gran mayoría de los problemas alimentarios ocurren durante la adolescencia, es criterio obligado a nivel de Atención Primaria diseñar estrategias encaminadas a promocionar hábitos de vida saludables y prevenir trastornos alimentarios en adolescentes.

El incremento en la incidencia de trastornos alimentarios ligados a la cultura occidental de la delgadez, determinan una cadena de comportamientos relacionados con la talla, peso y figura corporal, acompañados de la decisión voluntaria de someterse a dietas hipocalóricas e inapropiadas.

La obesidad es un factor cada vez mas prevalente a nivel poblacional asociado a un riesgo elevado de morbimortalidad por enfermedades crónico-degenerativas.

Objetivos: Conocer las actitudes y hábitos alimentarios en la población adolescente.

Detectar sobrepeso/ obesidad en los adolescentes.

Valorar la satisfacción de su imagen corporal.

Diseño: Estudio descriptivo.

Emplazamiento: Atención Primaria. Instituto de Enseñanza Secundaria (IES) de ámbito rural.

Material y Métodos:

Sujetos: Adolescentes entre 12-16 años.

Criterios de inclusión: Adolescentes entre 12-16 años.

Alumnos de 1º, 2º, 3º y 4º de la ESO de un IES rural.

Consentimiento informado de los padres.

Mediciones e intervenciones:

Variables:

Sociodemograficas: Edad, sexo, nacionalidad, etnia.

Antropométricas: Talla, peso.

Variables relacionadas con la familia: Tipo de familia.

Estudios de los padres, ocupación de los padres.

Ejercicio físico: Realiza algún deporte en el tiempo libre.

Horas de sueño. Tiempo de TV, ordenador/día.

Alimentación: desayuno (si/no). Cuantas veces comen al día. Frecuencia de consumo de alimentos (Fruta, carnes, pescado...)

Hábitos tóxicos: Tabaco, alcohol, otros.

Escala de actitudes alimentarias (EAT-40): Consta de 40 ítems y cada uno se valora en una escala Likert de 6 puntos.

Cuestionario personal de Imagen Corporal (autopercepción corporal, satisfacción corporal, satisfacción apariencia física, realizas dietas restrictivas, frecuencia de dietas, como te gustaría ser).

Recogida de los datos mediante entrevista personal a cada adolescente en el IES. Se elabora un cuaderno de recogida de datos.

Análisis estadístico.

Análisis descriptivo de las variables, frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y medias y desviaciones para variables cuantitativas.

Comparación de porcentajes con Chi cuadrado y comparación de medias con T de Student (si sigue la normalidad) si no, test no paramétricos.

Limitaciones: Este trabajo se realizará en el IES, al que se acudirá varios días para poder entrevistar a todo el alumnado, pero puede existir que coincida con ausencias prolongadas por parte del alumno y no podamos acceder a toda la muestra.

Aplicabilidad: Conocer los hábitos alimentarios en nuestra población adolescente, detectar sobrepeso/ obesidad y posibles alteraciones en la imagen corporal y saber su actitud ante la alimentación nos servirá para que desde el Centro de Salud podamos diseñar estrategias, charlas, talleres... encaminadas a poder mejorar la salud a través de la corrección de sus hábitos alimentarios en éstos adolescentes.

Con este trabajo también potenciamos la relación entre el personal sanitario y el personal docente del IES.

Aspectos ético-legales: Se pedirá consentimiento informado a todos los padres o tutores de los alumnos, a través de una reunión previa donde participaran los profesores.

Se informará a la Comisión de Investigación del Distrito. Se hará un buen uso de los datos, acogiéndonos a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Palabras Clave: Teen, Food habit, Body image.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Características epidemiológicas del dolor de espalda en población rural frente a población urbana

León Molero M^aC¹, Amorrortu Vázquez FJ¹, Cantueso Tapia M^aT²

¹ MIR MFyC. CS Virgen de la Cabeza. Andujar (Jaén)

² MIR MFyC. CS Puerta de Madrid. Andujar (Jaén)

Título: Características epidemiológicas del dolor de espalda en población rural frente a población urbana.

Introducción: Este trabajo surge de la frecuente demanda de la población por dolor de espalda y de la necesidad de encontrar medidas o tratamientos eficaces que acorten la duración del dolor, el tiempo de tratamiento y mejoren la calidad de vida de estos pacientes.

Objetivos: Describir las características clínicas y epidemiológicas del dolor de espalda y analizar las variables que predigan una mayor intensidad del dolor en dos núcleos poblacionales diferentes.

Diseño: Estudio de cohortes prospectivo.

Emplazamiento: Dos Centros de Salud (urbano y rural).

Material y Métodos: Estudiaremos una población de 600 individuos entre los dos centros de salud. Se incluirán pacientes mayores de 16 años cuyo motivo principal de consulta sea el dolor de espalda. Se excluirán los intervenidos de cirugía de columna, con enfermedades reumáticas, fibromialgia, embarazadas, paraplejía adquirida y/o que presenten alteración de columna congénita.

El dolor de espalda mediante la Escala Visual Analógica (EVA) será la variable dependiente y pertenecer a medio rural o urbano será la variable independiente principal. La recogida de datos se realizará mediante cuestionario que incluye 25 variables, entre ellas: sexo, peso, talla, estado civil, nivel cultural, hábito tabáquico, horas de sueño, estado laboral, condiciones físicas de trabajo, localización del dolor (cervical, dorsal, lum-

bar o coxal), duración (agudo, subagudo y crónico), número de episodios de dolor de espalda en los últimos 6 meses, tratamiento que ha tomado o haya recibido en consulta. En una segunda fase del estudio se recogerá: respuesta al tratamiento (medición de EVA antes y después del tratamiento), días de incapacidad laboral que ha generado el dolor de espalda y derivación o no a consulta especializada.

Se realizará un análisis descriptivo de los datos mediante media y desviación típica para las variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas. Análisis bivariante mediante t-student o ANOVA para cuantitativas y Chi-2 para cualitativas. Se construirá un modelo de regresión lineal multivariante para analizar las variables que más influyen en el dolor.

El estudio se realizará de manera ambulatoria con la posible limitación del tiempo en consulta y la pérdida de aquellos pacientes que acuden a las urgencias hospitalarias no precisando seguimiento ambulatorio, bien por resolución del dolor o bien por accidente laboral cuyo seguimiento decae en el médico laboral.

Aplicabilidad: Mejora de la salud de nuestros pacientes a través del conocimiento, estudio, análisis, desarrollo y puesta en marcha de nuevas estrategias.

Aspectos ético-legales: Aprobación por el CEIC (RD 223/04). Entrega de información pertinente al estudio por escrito con firma de consentimiento informado.

Palabras Clave: Back pain, Epidemiology, Population.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Preferencias de los pacientes en torno a la elección de su escenario de muerte ideal

Jiménez Miranda B¹, Padilla Bernáldez J², del Castillo Hernández R²

¹ Medicina de Familia. CS Nuestra Sra. de las Nieves. Los Palacios (Sevilla)

² Medicina de Familia. CS Castilleja de la Cuesta (Sevilla)

Título: Preferencias de los pacientes en torno a la elección de su escenario de muerte ideal.

Introducción: Actualmente, las condiciones del entorno de los ciudadanos a la hora de morir han cobrado importancia en las estrategias de los sistemas sanitarios de nuestro entorno. Por ello, con este estudio pretendemos determinar cuáles son las características que los ciudadanos atribuirían a su escenario de muerte ideal, para de este modo posibilitar que los individuos puedan experimentar un final de la vida acorde con sus expectativas.

Objetivos: General: conocer las preferencias de los pacientes a la hora de morir.

Específicos: 1) Describir estas preferencias de muerte según características sociodemográficas. 2) Analizar el impacto que la vivencia de episodios de muerte en personas cercanas tiene en estas preferencias de muerte. 3) Identificar las preferencias de muerte de quienes han preparado voluntades anticipadas.

Diseño: Estudio observacional, transversal, descriptivo. Cuestionarios recogidos por entrevista telefónica.

Emplazamiento: Centro de salud de municipio rural de 13.200 habitantes.

Material y Métodos: Criterios inclusión: individuos adscritos a un cupo de medicina familiar del centro de salud en cuestión, mayores de edad y con consentimiento para participar.

Criterios exclusión: déficit cognitivo o incapacidad psicológica.

Muestreo: muestreo aleatorio, método validado de aleatorización sobre un listado con individuos del centro. Cálculo del tamaño muestral mediante hipótesis de máxima indeterminación, precisión de $\alpha=0.05$, resultando un tamaño muestral de 384 sujetos.

Mediciones: cuestionario (validado en inglés y adaptado culturalmente)

- Variables independientes: sociodemográficas (estado civil, situación laboral, edad, etc.), conocimientos so-

bre cuidados paliativos, certificado de voluntades anticipadas, tarjeta de donante, planificación de funeral.

- Variables dependientes: actitudes, temores y preferencias ante aspectos relacionados con la muerte (escala tipo Likert), opinión acerca de tratamientos y cuidados al final de la vida.

Estudio estadístico: se analizarán cuestionarios cumplimentados al 80% o superior; datos informatizados según el programa SPSS 14.0; los análisis estadísticos utilizados serán:

- Correlación de Spearman: variables cualitativas ordinales o cuantitativas discretas analizadas con variables cuantitativas ordinales o cualitativas por intervalos.

- U de Mann-Whitney: cuantitativas con 2 grupos independientes analizadas con cualitativas ordinales o cuantitativas por intervalos.

Limitaciones: estudio observacional (no demuestra causalidad); entrevistas realizadas por los investigadores.

Aplicabilidad: Al desarrollarse el estudio en un centro de salud que engloba a toda la población del municipio en cuestión, pretendemos trasladar los resultados obtenidos a la alcaldía de dicho municipio así como a los profesionales sanitarios del centro de salud y hospital de referencia para que sean tenidos en cuenta de la forma pertinente en la planificación y abordaje de los últimos momentos de la vida de los ciudadanos del municipio.

Aspectos ético-legales:

- Datos tratados según LOPD (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre).

- Recogida telefónica de consentimiento informado tras explicación detallada del tema estudiado.

- Contacto no anónimo. Codificación de cuestionarios según número de serie.

- Presentación del estudio en la Comisión de Ética del Distrito Sanitario en cuestión.

Palabras Clave: escenario de muerte, cuidados paliativos, muerte digna.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia de enfermedad arterial periférica en una población de diabéticos en Atención Primaria

Martín Brigidano R, Ybarra Queipo de Llano B, Hernández Jiménez M^aM, Guerrero Platas AM^a

MIR Medicina de Familia. CS Montequinto. Sevilla

Título: Prevalencia de enfermedad arterial periférica en una población de diabéticos en Atención Primaria.

Introducción: La enfermedad arterial periférica (EAP) constituye un problema frecuente, con importantes repercusiones clínicas y socioeconómicas, cuya prevalencia aumenta con la edad. La EAP engloba todas aquellas entidades nosológicas que son resultado de la estenosis u obstrucción lenta y progresiva del flujo sanguíneo en las arterias. El desarrollo de circulación colateral permite que la isquemia tisular no se manifieste hasta que la obstrucción supere el 70% de la luz del vaso, apareciendo entonces el síntoma cardinal de esta patología que es la claudicación intermitente.

Se caracteriza por una etiología multifactorial constituida por diferentes factores de riesgo que se potencian entre ellos y se pueden clasificar en: modificables y no modificables.

Los pilares básicos en el diagnóstico de la EAP son la anamnesis detallada, exploración física completa y pruebas complementarias. Un método muy eficiente no invasivo para documentar de forma objetiva la presencia y gravedad de la EAP en las extremidades inferiores es la determinación del índice tobillo-brazo (ITB) siendo patológico 0,9.

El ITB es una prueba sencilla al alcance de personal entrenado y constituye el marcador más significativo de cribado de EAP³. Es factible para la detección de EAP en Atención Primaria, no hay un margen de mejora en el tratamiento de prevención secundaria y el estilo de vida, así que un programa estructurado aún podría tener beneficios importantes para la supervivencia. El ITB es más sensible en la detección de enfermedad arterial periférica que el screening de claudicación intermitente. Sólo el 10-30% de pacientes diagnosticados de enfermedad arterial periférica basados en ITB, presentan síntomas clásicos de claudicación intermitente.

Objetivos: Calcular la prevalencia de EAP no conocida en los pacientes diabéticos mayores de 50 años.

Diseño: Es un estudio descriptivo trasversal (o de prevalencia).

Emplazamiento: Consultorio rural.

Material y métodos: La población a estudio son pacientes de ambos sexos con edades comprendidas entre los 50-80 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 sin antecedentes de EAP conocida.

La muestra está formada por pacientes diabéticos tipo 2 procedentes de cuatro cupos diferentes dentro de un mismo centro de salud, que acuden a consultas de medicina y enfermería para control y seguimiento de diabetes.

La recogida de datos se realizó por búsqueda de antecedentes personales en la historia clínica de cada paciente y, en algunos casos, por entrevista clínica. Se llevó a cabo un entrenamiento previo a los encargados de la recogida de datos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes de ambos sexos de 50-80 años con DM 2.
- Pacientes sin síntomas de EAP.
- Pacientes sin antecedentes de EAP.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con evidencia de lesión aterosclerótica previa que incluye: enfermedad coronaria, cerebrovascular, periférica o aórtica.
- Pacientes con enfermedad neoplásica, deterioro cognitivo y físico avanzado.
- La negativa del paciente a la utilización de sus datos clínicos para el estudio.

Tamaño Muestral: 203 pacientes (n= 203).

Variables del estudio: edad, sexo, años de evolución de la DM, Hb AC1, RCV, HTA, tabaco, DLP, obesidad (IMC), ITB y EAP.

Aplicabilidad: Detección precoz de EAP en atención primaria mediante uso complementario de doppler portátil (rápido y asequible).

Intensificación de FRCV en pacientes con prevención secundaria o mal seguimiento en prevención primaria.

Palabras Clave: Enfermedad Arterial Periférica, Diabetes Mellitus, Atención Primaria.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Eficacia de una intervención grupal sobre el tratamiento y prevención de lumbalgia en mayores de 65 años

González Martínez E¹, López Cintas R¹, Toro Nieto P¹, Serrano León M^aT¹, Pérez Alcaina C², Valenzuela López I³

¹ MIR 4º año MFyC. CS Salvador Caballero. Granada

² Unidad Móvil de Rehabilitación-Dispositivo de Apoyo. DS Granada

³ Medicina de Familia. CS Salvador Caballero. Granada

Título: Eficacia de una intervención grupal sobre el tratamiento y prevención de lumbalgia en mayores de 65 años.

Introducción: Se han realizado numerosos estudios de intervención en lumbalgia y educación postural en personas mayores de 65 años. El seguimiento posterior en la mayoría de ellos revela una mejora en la sintomatología, una disminución del número de recaídas y menor uso de antiinflamatorios y analgésicos. Parece que la única intervención que ha demostrado una mejora en la sintomatología lumbar es el ejercicio físico, siendo ineficaces o insuficientemente evaluadas otras técnicas. El tratamiento con calor tópico continuado en comparación con ibuprofeno y paracetamol es más eficaz en el alivio del dolor. Tanto la terapia individual como la grupal presentan una eficacia elevada pero se ha demostrado más efectiva la segunda. Se ha evidenciado que si se establece una implicación directa del paciente, además de la mera información, éstos pueden cambiar sus hábitos posturales y de ejercicio físico aunque a largo plazo parece que estos conocimientos pierden importancia en la prevención de la lumbalgia.

Objetivos: El objetivo principal sería valorar la eficacia a largo plazo de una intervención grupal en pacientes mayores de 65 años con lumbalgia. Objetivos secundarios: Mejorar la calidad de vida de los pacientes ancianos con dolor lumbar; disminuir la frecuentación médica por esta causa y el uso inadecuado de medicación.

Diseño: Estudio cuasiexperimental antes después.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y métodos: Se elegirá una muestra aleatoria de pacientes de un centro de día de mayores adscrito

al centro de salud, independientes para las actividades básicas de la vida diaria y con antecedentes de lumbalgia, excluyendo aquellos con limitación funcional o enfermedad invalidante física o psíquica. Se formarán grupos reducidos de entre 5-7 personas a los que se impartirá un taller de espalda distribuido en tres sesiones bajo supervisión fisioterapéutica y de carácter semanal. El taller incluirá educación sanitaria con una tabla de ejercicios y formación en higiene postural, sintomatología y tratamiento del lumbago. Se pedirá consentimiento informado y se pasará un cuestionario preintervención y un seguimiento telefónico al mes y a los seis meses. Variables analizadas: filiación, morbilidad, percepción del dolor (escala EVA, limitación funcional), salud subjetiva, estrategias de prevención del dolor (ejercicio habitual, técnicas de relajación), medicación, visitas médicas. Las variables se recogerán del cuestionario que se pasa a cada paciente y de su historia de salud digital. Análisis estadístico: SPSS 15.0. Limitaciones del estudio: posibles pérdidas de pacientes al ser sesiones semanales y la no existencia de grupo control.

Aplicabilidad: La educación sanitaria, interviniendo en la modificación de los estilos de vida y en la promoción del ejercicio físico adecuado, puede mejorar la calidad de vida de los ancianos con lumbalgia, reducir las visitas médicas y el uso incorrecto de medicación.

Aspectos ético-legales: Garantizar la confidencialidad y evitar la fuga de información, no utilizar listados de pacientes ni enviar ficheros con datos clínicos a través de correo electrónico, ni manejar datos del proyecto de investigación fuera de las dependencias del centro sanitario.

Palabras Clave: intervención, lumbalgia, ancianos.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Influencia del hábito tabáquico familiar en la hospitalización infantil

Díaz García M¹, Cabrerizo Egea M²J², Moreno Martos HM^{a3}

¹ MIR Medicina de Familia CS Virgen Del Mar. Almería

² MIR Medicina de Familia. CS Plaza De Toros. Almería

³ Medicina de Familia. Unidad Docente MFyC de Almería

Título: Influencia del hábito tabáquico familiar en la hospitalización infantil.

Introducción: El tabaquismo es la principal causa de morbimortalidad prevenible en nuestro medio, convirtiéndolo en un importante tema de salud pública.

Durante el siglo XX era una conducta socialmente aceptada. Esto contribuyó a su extensión masiva entre la población, generando una potente industria alrededor.

Conocer los efectos perjudiciales sobre la salud de los no fumadores supuso una amenaza para la industria tabacalera. Ha sido difícil concienciar a la población general del riesgo que, el tabaquismo pasivo (exposición involuntaria al humo del tabaco), supone tanto para niños como para adultos no fumadores. La exposición al humo de tabaco ambiental (ETS) se ha relacionado en el niño con un aumento del riesgo de padecer enfermedades respiratorias tanto de vías altas (otitis, adenoiditis) como de vías bajas (neumonía, bronquitis y bronquiolitis, asma) principalmente cuando la madre fuma y en los primeros meses y años de vida.

Objetivos: Determinar si la exposición pasiva domiciliar al tabaco se asocia a la hospitalización en niños menores de 2 años.

Diseño: Casos y controles.

Emplazamiento: Atención Hospitalaria/Atención Primaria.

Material y Métodos: Sujetos:

Casos:

1. Niños menores de dos años de edad nacidos en el hospital de estudio.
2. Ingresados en pediatría/neonatología, durante el periodo de estudio.
3. Padre y/o Madre conviven con el niño.

Criterios de exclusión:

Niños ingresados por causas quirúrgicas.

Controles:

1. Niños menores de dos años de edad nacidos en el hospital de estudio.
2. Sin antecedente de ingreso hospitalario.
3. Con historia clínica digital en Atención Primaria.
4. Padre y/o madre conviven con el niño.

Se seleccionarán todos los casos ingresados en 6 meses (meses alternos durante el periodo de estudio).

Los controles serán el doble de los casos y se realizará un muestreo aleatorio en la base de datos de todos los niños menores de dos años del Distrito de Atención Primaria.

El periodo de estudio: agosto 2010-julio 2011.

La recogida de información: Mediante entrevista telefónica o personal realizada a la población control durante el periodo de estudio, y a los casos durante su estancia hospitalaria.

Variables:

V dependiente: ingreso si/no.

Variables niño: edad en meses, sexo, n° de ingresos, motivo de ingreso actual, antecedentes personales, antecedentes perinatales (edad gestacional, peso al nacer), lactancia materna, tiempo de lactancia.

Variables padres: edad, nivel de estudios, trabajo.

Variable relacionado con el tabaco: Fumador (sí/no), N° cigarros al día. Tabaquismo durante el embarazo (si/no).

Análisis estadístico:

Análisis descriptivo: Variables cualitativas se presentarán con su distribución de frecuencias. Variables cuantitativas se resumirán con medidas de posición y medida de dispersión.

Análisis bivalente: T de student para comparar medias y Chi cuadrado para variables cualitativas. Análisis multivariante mediante un modelo de regresión logística para controlar posibles variables de confusión.

Limitaciones: Podemos tener dificultad en localizar a los controles, dificultades idiomáticas.

Aplicabilidad: Si el tabaquismo pasivo en los niños se asocia a un aumento de ingresos hospitalarios, tendremos otro argumento más para motivar a los padres desde nuestras consultas de Atención Primaria para que abandonen el hábito de fumar.

Aspectos ético-legales: Se pedirá consentimiento informado a los padres de los niños, y el tratamiento de los datos de carácter personal se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos. Se pedirá permiso a la comisión de Investigación.

Palabras Clave: Fumador pasivo, Niños, Hospitalización.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Influencia de la asistencia a guardería sobre el consumo de recursos sanitarios y morbilidad en niños de entre 0 y 2 años de edad

De Lara López L¹, Felipe Gutiérrez J²

¹ MIR Medicina de Familia. CS La Laguna-Cortadura. Cádiz

² MIR Medicina de Familia. CS La Merced. Cádiz

Título: Influencia de la asistencia a guardería sobre el consumo de recursos sanitarios y morbilidad en niños de entre 0 y 2 años de edad.

Introducción: Importancia de pacientes que acuden a guarderías con la comorbilidad y uso de recursos en la consulta de Pediatría en Atención Primaria

Objetivos: Identificar si la asistencia a guarderías en nuestro medio es un factor de riesgo que conlleva mayor consumo de recursos sanitarios y aumento de la morbilidad en niños menores de dos años.

Diseño: Estudio observacional analítico de seguimiento de 2 cohortes de niños de 0-2 años diferenciados por la asistencia a guardería.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Métodos: Población diana: niños de 0-2 años que acuden a consulta de atención primaria.

Criterios de exclusión: patología respiratoria severa (Fibrosis quística o displasia broncopulmonar), patología cardíaca severa o inmunodeficiencias severas.

Método de muestreo: sistemático. Incluimos todos los niños con el orden que acuden a consulta hasta completar tamaño de la muestra.

Variables de estudio:

- Número de infecciones

-Tipo de infecciones: rinofaringitis, faringoamigdalitis, Otitis media aguda, estomatitis herpética, laringitis, bronquiolitis, bronquitis, gastroenteritis, neumonía, sepsis, bacteriemia, enfermedades exantemáticas, conjuntivitis.

-Número de tratamientos con antibióticos.

-Número de tratamientos con broncodilatadores vía oral o inhalados.

-Consumo de recursos: hospitalizaciones, número de consultas a urgencias y a atención primaria.

-Velocidad de crecimiento y talla final a los 2 años.

Recogida de datos:

Entrevista: en la primera visita, 6 meses, 12 meses, 18 meses y 24 meses después de comenzar el estudio.

-Primera visita: datos de filiación perinatal y antecedentes familiares.

-Visita 6 meses: duración de la lactancia materna.

-En todas las visitas se recogerán. Número y tipo de infecciones, número de tratamientos antibióticos recibidos, número de tratamientos con broncodilatadores, ingresos hospitalarios, consultas a urgencias y a la consulta de AP por los episodios

-Examen físico: peso, talla y cálculo de la velocidad de crecimiento.

Análisis de datos: Análisis descriptivo: descripción de las variables cualitativas mediante el cálculo de porcentajes y de las variables cuantitativas mediante el cálculo de medias y desviaciones típicas.

-Análisis inferencial: análisis estratificado según edad de entrada a la guardería mediante la T de student para comparar las variables cuantitativas en los dos grupos de comparación y mediante la Chi cuadrado para comparar la variable cualitativa en los dos grupos de comparación. Calcularemos además el RR de cada una de las variables de estudio en el grupo expuesto.

-Análisis multivariante de los factores personales y familiares que se relacionan con la aparición de morbilidad en los niños de 2 años que acuden a guardería mediante una regresión lineal

Aplicabilidad: Determinar gasto sanitario en estos pacientes ya que existe una mayor demanda de servicios médicos y como consecuencia mayor gasto así como mayor prevalencia de enfermedades.

Aspectos ético-legales: Consentimientos informados necesarios que los padres tendrían que firmar.

Palabras Clave: Daycare centres, Illness, Risk factor.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Intervención educativa grupal a profesionales de atención primaria y adecuación del tratamiento de la insuficiencia cardiaca

Redondo Fernández C, Codina Lanaspá A, Porras Martín P

Medicina de Familia. CS Candelaria. Sevilla

Título: Intervención educativa grupal a profesionales de atención primaria y adecuación del tratamiento de la insuficiencia cardiaca.

Introducción: La insuficiencia cardiaca (IC) es cada vez más prevalente, con elevada morbilidad y mortalidad asociadas.

El tratamiento adecuado con betabloqueantes (BB) y con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o de los antagonistas de los receptores de angiotensina (ARA II) disminuye esa morbi-mortalidad.

Existen bolsas de variabilidad inexplicadas por las características de los pacientes, que producen resultados subóptimos de salud.

La intervención educativa más efectiva para cambiar práctica clínica es la visita educativa personalizada, auditoría y retroalimentación personalizada, son buenos métodos para mejorar la prescripción, relativamente poco costoso en recursos de personal y tiempo.

En el presente estudio, queremos conocer la variabilidad en nuestro medio, analizando la situación actual de los pacientes en relación al tratamiento, y si una intervención grupal educativa (IGE) al profesional facultativo, mejoraría ésta adecuación.

Objetivos: PRINCIPAL: Determinar la efectividad de la IGE realizada a un grupo de profesionales médicos en su lugar de trabajo, encaminada a la mejora de la adecuación del tratamiento de los pacientes con IC.

ESPECIFICOS:

- Nº Pacientes incluidos en proceso con IC.
- Edad media y género.
- % Pacientes en tratamiento con IECA/ARA II.
- Tipo IECA/ARA II y dosis media.
- % Pacientes en tratamiento con BB.
- Tipo BB y dosis media.
- % pacientes con contraindicación de IECA/ARAII.
- % pacientes con contraindicación de BB.

Se tendrá en cuenta dosis última prescrita en el momento de recogida de los datos.

Diseño: Ensayo clínico aleatorizado a doble ciego.

Emplazamiento: dos centros de salud urbanos, de características similares.

Material y métodos: Población: facultativos de dos centros de salud, un grupo control y otro grupo de intervención. La pertenencia a uno u otro, se hará de forma aleatorizada dentro de cada centro.

Se facilitará a todos los facultativos de ambos centros de salud la GPC de LA ESC de 2008, no considerándose intervención.

Se analizarán los datos de adecuación de tratamiento en todos los pacientes diagnosticado de ICs, que estén incluidos en el proceso IC en ambos centros. Se estudiarán globalmente por cupos, y por centros.

Intervención multicomponente: consistiría en una sesión educativa grupal, presentación de datos grupales y personales y feedback de los mismos.

Posteriormente, al grupo de intervención de ambos centros, se le realizara una sesión de refuerzo al mes de la primera, con recordatorio del tratamiento según la GPC.

3 meses después, se volverán a medir los datos de todos los profesionales de los 2 centros individualmente y por centros.

Análisis: Durante todo el análisis de los datos, quedarán excluidos los profesionales investigadores, que no participarán en el proceso de aleatorización.

Para garantizar el cegado de los datos en la recogida y análisis, serán recogidos y analizados por personal de apoyo.

Aplicabilidad: El problema principal del estudio es el enmascaramiento, pues la contaminación en ambos centros de salud sería importante.

Para obviarla, se podría añadir un tercer centro, que sería otro grupo de control no intervención.

Aspectos ético-legales: Se garantiza confidencialidad de los datos.

Palabras Clave: primary care, failure heart, academic detailing.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Evaluación de trastorno de ansiedad/depresión en cuidadores principales domiciliarios (CPD) de pacientes con demencia

Fontalba Navas M

Unidad Docente de MFyC de Almería

Título: Evaluación de trastorno de ansiedad/depresión en cuidadores principales domiciliarios (CPD) de pacientes con demencia.

Introducción: El progresivo envejecimiento de la población y los cambios sociales han modificado el problema de atención socio-sanitaria de los ancianos. Muchos familiares se hacen cargo de sus miembros con incapacidad o dependientes, especial interés son los pacientes con demencia que suponen un problema de salud pública. Se han incrementado la incidencia y prevalencia de enfermedades discapacitantes surgiendo investigaciones e incremento de la provisión de recursos. El cuidador principal proporciona la mayor parte de asistencia y apoyo convirtiéndose en paciente oculto que requiere un diagnóstico precoz e intervención inmediata. Recurre poco a la asistencia sanitaria y en ocasiones son infradiagnosticados. Dedicar muchas horas implicando gran afectación de su vida social y de su economía, dejan su trabajo fuera de casa y se incrementan los gastos. A veces los pacientes sufren trastornos de memoria, confusión, tendencia al aislamiento, dificultando la comunicación y reciprocidad afectiva, llevando al cuidador a la soledad psíquica. El cuidar a un enfermo en domicilio conlleva por tanto a una serie de riesgos de la salud física y mental.

Objetivos: Principal: identificar síntomas depresivos y/o ansiosos en CPD de pacientes con demencia y detectar posibles diferencias respecto al grupo de cuidadores de pacientes con otras enfermedades en el medio rural.

Secundario: describir el perfil del CPD de paciente con demencia en el medio rural y la atención médica que reciben.

Diseño: Casos y controles.

Emplazamiento: Atención primaria rural.

Material y métodos: Sujetos: CPD de pacientes incluidos en el Proceso del cuidador de Diraya de población rural.

Casos: CPD de pacientes con demencias.

Controles: CPD de pacientes con otras enfermedades físicas o mentales.

Criterios de exclusión: rechazo a participar, fallecimiento del paciente cuidado, permanencia en residencia de estancia de día, responsabilidad diluida con otros familiares.

Muestra: todos los CPD de pacientes con demencias y el doble de controles.

Muestreo: muestreo aleatorio simple para los controles.

Mediciones e intervenciones:

Variables: Evaluación del cuidador: variables sociodemográficas, patologías, tratamiento, nº de consulta en el último año, escala de sobrecarga de cuidador de Zarit, escala ansiedad-depresión de Goldberg, participación en talleres. Evaluación del paciente cuidado: Índice de Barthel, Minimental test, variables sociodemográficas, patologías.

Recogida de información: mediante entrevista personal a los cuidadores y en la historia clínica digital (Diraya).

Análisis estadístico: v. cualitativas: frecuencias, v. cuantitativas: medias y DS. Chi cuadrado (v. cualitativas), y t student (v. cuantitativas).

Limitaciones: necesario comprobar la validez de los registros.

Aplicabilidad: Si se comprueba que estos cuidadores tienen mayor prevalencia de síntomas ansiosos/depresivos, podremos diseñar estrategias para la atención precoz de la posibilidad de apreciación subjetiva de sobrecarga y los riesgos de afectación del estado físico y mental.

Aspectos ético-legales: Se pedirá consentimiento informado a los participantes. Se pedirá permiso a la comisión de Investigación de Distrito y se hará un buen uso de los datos según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/99 de 13 de Diciembre de protección de datos de carácter personal y normas complementarias.

Palabras Clave: Cuidador principal, Demencia, Depresión, Ansiedad.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Comparación de efectividad de una intervención formativa impartida por pares y formadores

Guidi EC¹, Mancilla Mancilla I¹, Luciani Huacac LA¹, Gómez Priego JJ¹, Jiménez Pulido I¹, Pérez Milena A²

¹ Medicina de Familia. CS Úbeda Centro (Jaén)

² Medicina de Familia. CS El Valle. Jaén

Título: Comparación de efectividad de una intervención formativa impartida por pares y formadores.

Introducción: Las redes sociales se refieren a diversas herramientas diseñadas para la creación de espacios que promuevan la conformación de grupos de interacción social (Cobo y Romaní, 2007).

La tutoría entre iguales o "peer tutoring" se refiere al acompañamiento que realizan los estudiantes entre sí, propuesta por Lancaster y aplicada actualmente en diversos niveles educacionales, especialmente en educación superior (Durán, 2003).

En numerosas ocasiones los estudiantes aprenden más de sus pares (compañero experto) que del propio profesor ya que, el alumno baja sus niveles de ansiedad y se dispone al aprendizaje con un par a quien siente cercano porque comparte códigos comunicacionales, cultura y temáticas cotidianas de vida (Santamaría, 2005).

La mayoría de las intervenciones están basadas en las teorías cognitivas y socio-psicológicas. Otros programas ayudan a desarrollar autoestima y/o fortalecimiento.

Objetivos: Objetivo general, Comparar la efectividad de dos intervenciones educativas sobre sexualidad sobre los adolescentes realizada por pares frente a sanitarios.

Objetivos específicos, Determinar conocimientos alcanzados por adolescentes sobre sexo y anticoncepción.

Conocer las actitudes de los adolescentes ante las conductas sexuales de riesgo.

Cuantificar el impacto sobre conocimientos a medio plazo que tienen las intervenciones.

Diseño: Se identificarán necesidades de aprendizaje en los temas: sexualidad, anticoncepción, ETS.

Las respuestas incorrectas y las no precisas identificarán las carencias formativas.

Se utilizará un cuestionario validado por el SAS antes y después de realizar actividades educativas.

Una vez detectada las necesidades de aprendizaje se desarrollará un programa educativo utilizando los siguientes medios: Conferencias y talleres dirigidos a satisfacer las identificadas.

1) Conferencias quincenales de 30 minutos, con la siguiente temática:

- Blenorragia

- Sífilis

- SIDA

- Papiloma Virus Humanos...

2) Seminarios de 1 hora sobre

- ETS y consecuencias

- protección frente a ETS

3) Taller de 45 minutos "Uso del condón ventajas y desventajas".

Un mes después, concluido el programa, pasaremos encuestas a los adolescentes.

Se introducirá una pregunta sobre la satisfacción obtenida del grupo estudio.

Se realizará un estudio descriptivo de frecuencias, y una comparativa de medias basado en el análisis cuantitativo de las variables.

Utilizamos ordenador con sistema operativo Windows XP, procesador de texto y Microsoft Office.

Emplazamiento: Se realizará una intervención educativa en adolescentes entre 16 y 17 años de edad en los centros de educación pertenecientes al municipio de Úbeda-Jaén entre los años 2010-2012.

Material y Métodos: Estudio descriptivo de cohortes (cuasi-experimental).

Criterios de inclusión:

1) Edad 16-17 años, que consientan participar en el estudio.

2) Asistir al 80% de las actividades.

3) Responder los cuestionarios inicial y final.

Criterios de exclusión:

1) Abandono del centro durante el estudio.

2) Falta de respuesta al 30% de las preguntas.

Aplicabilidad: Mejorar la salud sexual de los adolescentes, disminuir embarazos no deseados e IVEs.

Aspectos ético-legales: El estudio deberá contar con la aprobación previa del Comité de Ética e Investigación Científica Provincial, según RD 223/04. Tanto el diseño como el desarrollo del trabajo se ajustarán a las normas de buena práctica clínica (art. 34 RD 223/2004; directiva comunitaria 2001/20/CE).

Palabras Clave: Adolescent, sexuality, health promotion.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Estudio de intervención basado en la evidencia para la adecuación del tratamiento en polimedicados

Rubio Miguel M^ªC, Guerrero González C, Conchilla Parrilla JM^a

MIR 4^º año MFyC CS San Jose. Linares (Jaén)

Título: Estudio de intervención basado en la evidencia para la adecuación del tratamiento en polimedicados.

Introducción: La polifarmacia es un problema de salud muy prevalente que afecta a la población anciana fundamentalmente. Suelen ser pacientes pluripatológicos y polimedicados, lo que representa además una mayor morbilidad por las interacciones y efectos adversos de los diferentes fármacos.

No existen guías de prescripción adecuada en ancianos que tengan en cuenta la idiosincrasia de este grupo de población, la pluripatología y los potenciales efectos adversos e interacciones farmacológicas.

Actualmente la mejor forma de mejorar el perfil prescriptor de los médicos es mediante una intervención individualizada, que considere las características propias del paciente.

Objetivos: Principal: Mejorar y adecuar la prescripción en pacientes ancianos polimedicados.

Secundarios: Conocer las características de los pacientes polimedicados de un distrito sanitario. Asegurar un buen registro y adecuación de las patologías y medicación del paciente. Ajustar la dosis de fármacos prescritos y asegurar adherencia al tratamiento. Disminuir el número de contraindicaciones, reacciones adversas e interacciones medicamentosas. Mejora del botiquín casero asegurando lugar y forma correcta de almacenaje. Optimizar la Receta XXI.

Diseño: Estudio cuasiexperimental (antes-después).

Emplazamiento: un centro de salud urbano.

Material y Métodos: Población de estudio: todos los médicos de un centro de salud (n=5) y 150 pacientes (30 por médico-elegidos de forma aleatoria) polimedicados pertenecientes a los cupos de esos médicos.

Criterios de inclusión: médicos (pertenecer al centro de salud). Pacientes (>65 años/>10 fármacos/>6 meses de tratamiento).

Criterios de exclusión: Negativa a participar (paciente o facultativo). Fármacos tipo efectos y accesorios o prescritos para patologías agudas.

Intervención El médico debe revisar de los pacientes polimedicados, los problemas activos y registro de patologías, contrastando los fármacos que toma según sus patologías y adecuarlos según indicaciones y dosis. Revisará también las interacciones, reacciones adversas y contraindicaciones. El enfermero revisará botiquines en visitas domiciliarias, valorando la adhesión al tratamiento (test de Morisky-Gren) y funcionamiento de receta XXI.

Variables: médico del centro de salud, pacientes (edad, sexo, patología, estado cognitivo).

Número de fármacos, dosis, contraindicaciones, reacciones adversas, interacciones, adhesión al tratamiento, número de envases acumulados.

Fuente de datos: listado de polimedicados (Distrito Sanitario). Historia informatizada Diraya. Cuestionario al paciente sobre su botiquín y toma de medicación.

Análisis de datos: Descripción de datos (medias/proporciones \pm error estándar). Cambio de las variables a estudio antes/después de la intervención (T de Student y Chi-2 para datos apareados). Análisis multivariante para valorar posibles factores de confusión. Nivel de significación alfa=0,05.

Limitaciones: al no tener grupo control las mejoras en la prescripción se pueden deber a otros factores.

Aplicabilidad: Disminución del número de interacciones, efectos adversos y medicación innecesaria, repercutiendo en la mejora de su calidad de vida y estado de salud de los pacientes.

Aspectos ético-legales: Aprobación por el CEIC (RD 223/04). Entrega de información pertinente al estudio por escrito con firma de consentimiento informado.

Palabras Clave: Polimedicados, prescripción adecuada, ancianos.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Incidencia de retinopatía diabética y factores asociados

Vera Ben-Mohatar AM¹, Martín Ortega M^aA², Cáceres Melero NL¹, Vílchez Cobo Á³

¹ MIR 4º año MFyC. CS La Velada. La Línea de la Concepción (Cádiz)

² MIR 4º año MFyC. CS San Enrique Guadiaro. San Roque (Cádiz)

³ MIR 4º año MFyC. CS San Roque (Cádiz)

Título: Incidencia de retinopatía diabética y factores asociados.

Introducción: La retinopatía diabética es una microangiopatía progresiva que se caracteriza por lesiones y oclusión de vasos retinianos pequeños en personas con Diabétes Mellitus. Es la principal causa de ceguera en pacientes en edad productiva por debajo de 60 años. Existen factores de riesgo que pueden disminuir la posibilidad de desarrollar o progresar de la retinopatía así como disminuir su severidad, tales como: el control de la glucemia, la HTA, enfermedad renal y los niveles de Triglicéridos y Colesterol.

Por su elevada prevalencia y morbilidad de alta trascendencia, la Retinopatía diabética es un problema de salud importante, que además puede ser prevenible y tratable si se maneja oportunamente.

Objetivos: Valorar la incidencia de retinopatía en pacientes diabéticos sometidos a retinografía durante el año 2010.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Emplazamiento: Estudio multicéntrico en dos Centros de Salud Urbanos.

Material y métodos: Sujetos: muestra de pacientes sometidos a retinografía de screening en el año 2009 pertenecientes a dos centros de salud urbanos.

Criterios de inclusión: pacientes sometidos a retinografía de screening en el año 2010. Población a estudiar: pacientes con diagnóstico de retinopatía de novo. Se calculará el tamaño muestral para una prevalencia del 50% con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y un error del 5%. El muestreo será sistemático con constantes de muestreo.

Variables:

- Sexo (cualitativa nominal dicotómica); edad (variable cuantitativa discreta).

- Tiempo de evolución de la diabetes (años), tratamiento de la misma (ADO, insulina o mixto), presencia de HTA (si/no), tiempo de evolución de HTA (años), presencia de microalbuminuria (si/no), cifras de HbA1c (%), existencia de dislipemia (si/no), tabaquismo (paquete/año), actividad física (si/no).

- Incidencia de retinopatía diabética (casos nuevos de retinopatía detectados en el screening) en el año 2009.

Análisis de datos: Se realizará una estadística descriptiva para cada variable mediante distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión: análisis bivalente utilizando los test de Chi-Cuadrado, Fisher y t-Student y análisis multivariante empleando regresión logística múltiple.

Limitaciones del Estudio:

- No se abordan más variables sociodemográficas porque no se ha hecho entrevistas personales.

- No es posible conocer si fue anterior la existencia de los factores de riesgo o la aparición de la enfermedad.

- Informa sobre asociación real de las variables pero no sobre la asociación causal.

- La limitación a los registros presentes a la historia clínica de cada paciente.

Aplicabilidad: La retinopatía diabética es un problema sanitario de primer orden ya que es la causa de ceguera más frecuente en la población activa en los países industrializados. Un mejor control de los factores de riesgo, conlleva una mejora de la agudeza visual y un mejor control de la retinopatía diabética.

Aspectos ético-legales: Se ha solicitado el consentimiento informado por escrito. Se han asumido los requisitos legales aplicables y las directrices de Buena Práctica Clínica de la ICH, así como los de la Declaración de Helsinki.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus tipo 2, retinopatía diabética, Hipertensión arterial.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Utilidad de la espirometría para la evaluación del control del asma estacional en niños

Fernández Carazo C¹, Montijano Carpio MA², Pulido Bosch R¹, Jugo Barranco A¹

¹ *Pediatría. CS El Valle. Jaén*

² *Medicina de Familia. CS El Valle. Jaén*

Título: Utilidad de la espirometría para la evaluación del control del asma estacional en niños.

Introducción: El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la población pediátrica. La prevalencia media en España se sitúa en 9,2%-9,4% (niños de 6 a 14 años). Se considera un problema de salud pública porque altera la calidad de vida y consume numerosos recursos sanitarios. En Andalucía, las normas de calidad de atención están reflejadas en el Proceso Asis-tencial Integrado Asma del Niño y del Adulto (2003). El objetivo del tratamiento es conseguir y mantener el buen control del asma dentro de un ciclo continuo de seguimiento dirigido a ajustar la medicación, basándose en la frecuencia de síntomas, limitación de actividades, uso de broncodilatadores y medida de la función pulmonar. La Guía Española (GEMA 2009), recomienda una espirometría anual en niños asmáticos con tratamiento continuo, aunque expresa que la utilidad de esta prueba es menor que en el adulto. La espirometría anual es, también, un indicador de calidad en las actividades de seguimiento referidas en el Proceso de Asma. En el interior de Andalucía la mayor parte del asma es polínico, con síntomas estacionales muy específicos asociados a rinoconjuntivitis que necesitan tratamiento solo durante unos meses al año ¿Cuál sería el valor añadido de la espirometría anual para determinar el control del asma estacional en Atención Primaria?

Objetivos: evaluar la utilidad de la espirometría añadida al patrón de síntomas como criterio de Asma Controlado dentro del seguimiento del asma estacional en Atención Primaria.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Zona Básica de Salud Urbana. Consultas de 3 pediatras que atienden al total de la población (2.800 niños).

Material y Métodos: Se incluyen todos los niños de 6-14 años con asma activo incluidos en el Proceso de Asma (212 niños, prevalencia 13%). La espirometría se realiza por una enfermera con adiestramiento previo y experiencia, usando un espirómetro de turbina COSMED: PONY FX. La variable principal es la espirometría (realizadas según edad, mes de realización, espirometrías aceptables y reproducibles, valor FEV1, valor FEV1/FVC, Test Broncodilatación); otras variables a medir son: edad, sexo, antecedentes familiares de asma, enfermedades asociadas (dermatitis atópica y/o alergia alimentaria), edad de inicio, años de evolución, patrón estacional o perenne, sensibilización a neuroalergenos, lugar de seguimiento (AP-Hospital), grado de Control del Asma, urgencias, tratamiento de fondo, asistencia al Programa Educativo de asma y perfil psicosocial familiar. Estas variables se recogen de la historia de salud digital DIRAYA y de entrevistas (personales/telefónicas). Análisis estadístico: nivel de significación $n=0.05$. Se presentarán los datos como media/proporción±error estándar (o intervalo de confianza al 95%), valorando las diferencias mediante el test t Student y Chi-2. Limitaciones: sesgo de información (se evita completando la información con entrevistas).

Aplicabilidad: Rentabilidad en la utilización de la espirometría como prueba complementaria en Atención Primaria para el seguimiento del asma estacional en niños.

Aspectos ético-legales: normas de buena práctica clínica (RD 223/2004 y directiva comunitaria 2001/20/CE) con protección de datos personales (LOPD 15/1999).

Palabras Clave: Espirometría, niños, Asma Estacional.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en adultos asintomáticos con IMC>25 kg/m² mediante hemoglobina glicosilada

Fernández Fuentes JC¹, Baquerizo Gallardo I², Ruiz Gómez A², Santana Gallego M^{AJ1}, Pedregal González M³

¹ Medicina de Familia. UGC Gibraleón. Huelva

² Medicina de Familia. UGC Isla Chica. Huelva

³ Medicina de Familia. Unidad Docente MFyC de Huelva

Título: Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en adultos asintomáticos con IMC>25 kg/m² mediante hemoglobina glicosilada.

Introducción: La obesidad es la enfermedad metabólica más frecuente en los países industrializados. Además, sabemos que es el factor de riesgo más importante para presentar diabetes mellitus 2 (DM2), aumentando éste en función al grado de obesidad, la duración de la misma y la distribución abdominal del tejido graso.

Es por ello que en los últimos foros de Diabetes se ha acuñado el término diabetesidad para hacer énfasis en la relación existente entre ambas enfermedades.

Hasta ahora, el método más recomendado para diagnosticar diabetes y realizar estudios poblacionales ha sido y es la glucemia basal plasmática, pero es en enero de 2010, cuando la asociación americana de diabetes (ADA), ha validado al fin la hb glicosilada como método diagnóstico, aconsejando además realizar un screening de diabetes en adultos asintomáticos con IMC>=25 kg/m², separándolos en 2 grupos de edad en función de la existencia o no de factores de riesgo de DM2.

Objetivos: Principal: objetivar la prevalencia de DM2 en adultos asintomáticos con IMC>=25 kg/m²; resto objetivos: comparar la prevalencia de DM2 obtenida mediante los métodos de diagnóstico GBP y HbA1C; objetivar la prevalencia de DM2 según grados de obesidad; objetivar la prevalencia de DM2 en presencia o no de factores de riesgo de diabetes.

Diseño: Estudio descriptivo transversal

Emplazamiento: Centro de salud urbano

Material y métodos: Muestra: 77 pacientes captados mediante selección consecutiva (tamaño muestral calculado a partir de prevalencia 23%, intervalo confianza 95% y precisión 10%).

Criterios inclusión: adultos > 18 años, asintomáticos, con IMC >=25 kg/m² y factores de riesgo de DM2; adultos con edad >45 años, asintomáticos, con IMC >=25 kg/m², sin factores de riesgo de DM2.

Criterios de exclusión: no den consentimiento informado para participar en el estudio; IMC <25 kg/m²; adultos < 45 años sin factores de riesgo de DM2; pacientes ya diagnosticados de DM; pacientes con tratamientos farmacológicos que puedan alterar las cifras de glucemia plasmática; embarazos, anemias por hemólisis o deficiencias de hierro; pacientes que presenten patología aguda o estrés postcirugía; poseer cualquier condición clínica que en opinión de los investigadores no permita completar el protocolo de investigación o entender las instrucciones del mismo.

Intervenciones: Se efectuarán 3 o 5 visitas, que incluyen: 1ª visita de inclusión en el estudio y registro de datos; 2ª visita: se realizará la analítica de screening; 3ª visita: se informará al paciente de los resultados. A aquellos en los que el screening de DM2 sea positivo, se les realizará otra analítica de confirmación diagnóstica pasados 2-3 meses, repitiendo en la 4ª y 5ª visita los mismos pasos que en las dos anteriores.

Análisis de datos: mediante el paquete estadístico SPSS.

Aplicabilidad: Permite realizar un diagnóstico precoz de DM2 y evitar que, en el momento del diagnóstico, el paciente presente ya un deterioro orgánico, hecho que sí ocurre con los métodos clásicos de diagnóstico.

Aspectos ético-legales: No existen riesgos para los sujetos investigados y se salvaguardan todos sus derechos de confidencialidad y consentimiento.

Palabras Clave: Diabetes mellitus, obesit, glycosilated hemoglobin (HbA1c).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia de obesidad infantil en una población adscrita al CS Sanlúcar Barrio Bajo de Sanlúcar de Barrameda (Cádiz)

Sánchez García JI¹, Martínez del Moral N², Del Río Carral E², Mora González E², Otaolaurruchi Enríquez M^aJ¹, Martínez Rodríguez M^aG²

¹ Medicina de Familia. CS Sanlúcar Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda (Cádiz)

² Pediatra. CS Sanlúcar Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda (Cádiz)

Título: Prevalencia de obesidad infantil en una población adscrita al CS Sanlúcar Barrio Bajo de Sanlúcar de Barrameda (Cádiz).

Introducción: La obesidad es la enfermedad crónica nutricional más frecuente en la infancia y adolescencia de los países desarrollados. La OMS la considera una epidemia y un importante desafío sanitario para el siglo XXI. Estimándose que un 10% de los niños en edad escolar del mundo presentan sobrepeso, de los cuales el 25% son obesos. En España según el estudio nacional Enkid realizado sobre una muestra de población entre 2 y 24 años, la prevalencia de obesidad fue del 13%, y la de sobrepeso del 26.3%, siendo mayor la prevalencia en el sur de España, con unas cifras para Andalucía de 29.4% para sobrepeso y obesidad (15,6%). La prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en Sanlúcar de Barrameda es desconocida, por lo que nos planteamos la necesidad de estudiarla, establecer si hay diferencias en la Zona Necesitada de Transformación Social, comparar las cifras con los estudios de referencia y establecer medidas encaminadas a prevenir y tratar la morbilidad derivada de esta patología.

Objetivos: Determinar la prevalencia de obesidad. De forma secundaria se pretende conocer la prevalencia de obesidad en nuestra Zona Necesitada de Transformación social.

Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: Área de influencia de un centro de salud urbano.

Material y métodos: Niños entre 2 y 12 años. Adscritos a la Unidad de Gestión Clínica. Estratificación por

sexos, Obtención muestral por muestreo aleatorio estratificado. Tamaño muestral de n=192 niños, esperando una prevalencia de obesidad del 15.6%, a un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%. Se pesará y tallará a todos los participantes en ropa interior, descalzos, mediante báscula calibrada y tallímetro acoplado. Para el estudio de la obesidad se utilizará únicamente la variable índice de masa corporal (IMC) (peso en kg/talla en m²). Los datos se procesarán mediante el programa estadístico EPIINFO versión 3.5.1. La prevalencia de obesidad, el grado de la misma y el tipo, se obtendrá mediante el cálculo del intervalo de confianza para una proporción, con un nivel de confianza del 95%. Para la comparación de proporciones se utilizará la prueba de Chi-cuadrado. Imposibilidad de contactar con los niños y negativa a dar el consentimiento de sus padres o tutores limitará el estudio.

Aplicabilidad: La prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en Sanlúcar de Barrameda es desconocida, por lo que desde la UGC Sanlúcar Barrio Bajo nos planteamos la necesidad de estudiarla, establecer si hay diferencias en la ZNTS, comparar las cifras con los mencionados estudios de referencia y establecer diferentes medidas encaminadas a prevenir y tratar los problemas de morbilidad derivados de esta patología.

Aspectos ético-legales: A todos y a cada uno de los padres y tutores de los niños seleccionados para participar en el estudio se les pedirá el consentimiento informado.

Palabras Clave: Prevalence, Chile, Obesity.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Dependencia a benzodiazepinas en Atención Primaria (AP)

Soler Pérez M^aA¹, Balaguer Villegas IM^{a2}, Salmerón Gualda M^aN¹, Iribarne Capel RM^{a2}, Aguilera Piedra M^{a3}

¹ MIR 4º año MFyC. CS Plaza de Toros. Almería

² MIR 4º año MFyC. CS Virgen de Mar. Almería

³ MIR 4º año MFyC. CS Nueva Andalucía. Almería

Título: Dependencia a benzodiazepinas en Atención Primaria (AP).

Introducción: Las benzodiazepinas continúan siendo los fármacos de elección de distintos procesos como la ansiedad y el insomnio. Sin embargo no debe minimizarse el potencial de riesgo de dependencia de estos fármacos.

Objetivos:

- 1) Determinar la prevalencia del tratamiento continuado con benzodiazepinas (BZP) en atención primaria (AP). (Principal)
- 2) Factores relacionados con la dependencia a BZP.

Diseño: Descriptivo trasversal.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y métodos: Sujetos: Conjunto de prescripciones de BZD realizadas en el 2009 correspondientes a pacientes mayores de 18 años atendidos en un Centro de Salud.

Criterios de inclusión: 1. Paciente mayor de 18 años.
2. Paciente que se le ha prescrito BZD de forma electrónica en el periodo de estudio.

Criterios de exclusión: 1. Pacientes menores de 18 años
2. Pacientes que le haya prescrito BZD de forma manual o fuera del periodo de estudio.

Muestra: 300 pacientes, (Proporción esperada 7%, intervalo de confianza 95% y precisión 3%). Calculando un 10% pérdidas. Muestreo: aleatorio (tabla de números aleatorios).

Mediciones e intervenciones:

- Variables sociodemográficas: Edad, Sexo, Estado civil, Estudios, tipo de Trabajo.
- Variables Independientes: Antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica, Tipo de BZD, Tiempo de consumo (fecha de la última prescripción- fecha de la primera), uso continuado (si mayor de 12 meses) enfermedad por la que se prescribe la BZD.
- Variable dependiente: Dependencia (si/no)*.

*Criterios diagnósticos de dependencia a las benzodiazepinas según DSM-IV: expresado por tres (o más) de los siguientes ítems:

- Tolerancia.
- Abstinencia.
- La sustancia es tomada en cantidades mayores o durante un período más largo
- Deseo persistente de controlar o interrumpir el consumo.
- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia.
- Reducción importante de actividades sociales y laborales.
- Se continúa tomando sustancia a pesar de tener conciencia de los problemas psicológicos o físicos.

Para la identificación de las prescripciones se utiliza un listado de la Unidad de farmacia.

Análisis estadístico descriptivo: Las variables cualitativas se presentarán con su distribución de frecuencias. Las variables cuantitativas se resumen con medidas de posición y medidas de dispersión. Se realizará un análisis bivariante de regresión logística y también realizaremos el test de Student.

Limitaciones del estudio: En este estudio sólo se estudiará a la población que se le prescriba la BZD de forma electrónica, aquellos pacientes que reciban la prescripción manual no se seleccionaran y podemos infraestimar la prevalencia.

Aplicabilidad: Conoceremos la prevalencia de uso continuado y factores relacionados con la dependencia a BZD, podremos valorar las posibles causas, conociendo el perfil y los factores relacionados para poder prevenirlas.

Aspectos ético-legales: Se pedirá permiso a la comisión de investigación de distrito y se cumplirá la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Palabras Clave: Benzodiazepinas, Atención Primaria, Dependencia.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Análisis del impacto de la instauración de guías de autocuidado en patología leve en Atención Primaria

Paniagua Urbano D¹, Cosano Santiago JM², Gutiérrez Sequera JL³, Poyato Luque I⁴

¹ Medicina de Familia. CS La Carlota. DS Guadalquivir. Córdoba

² Medicina de Familia. DS Guadalquivir. Córdoba

³ Enfermero. DS Guadalquivir. Córdoba

⁴ Enfermera. DS Guadalquivir. Córdoba

Título: Análisis del impacto de la instauración de guías de autocuidado en patología leve en Atención Primaria.

Introducción: Pretendemos hacer una intervención sobre pacientes con Patologías Leves Prevalentes, de modo que evaluemos el impacto que conlleva realizar actividades de prevención y promoción de la salud sobre la población que consulta por dichas patologías, y si con dicha intervención conseguimos una educación sanitaria de la población en estas patologías.

Objetivos: -Evaluar la intervención sobre la población a través de una herramienta elaborada para el abordaje de patologías leves prevalentes en Atención Primaria con el objetivo de disminuir la presión asistencial y mejorar la atención a los pacientes en dichas patologías leves (mediante información y asesoramiento sobre la patología).

Diseño: Estudio multicéntrico, descriptivo (cuantitativo y cualitativo), transversal, con intervención sanitaria.

Emplazamiento: Estudio multicéntrico, donde participan los centros de salud cabecera de 8 Unidades de Gestión Clínica de un Distrito Sanitario de ámbito rural.

Material y Métodos: Criterios de inclusión: La población seleccionada serán varones y mujeres mayores de 14 años y menores de 85 años que, habiendo acudido a la consulta de MF hayan consultado por una de las siguientes patologías prevalentes leves:

- Fiebre en adulto
- Lumbalgia
- Vómitos-Diarrea
- CVA
- Odinofagia
- Tos
- Cefaleas
- Cervicalgia
- TCE en adulto

Criterios de exclusión. Se excluirán pacientes con deterioro cognitivo avanzados o aquellos que no sepan leer ni escribir.

Metodología e intervenciones:

-Se realizará la intervención sobre los pacientes vistos por los 8 responsables de implantación de la GUAPA en adultos. De modo que cada responsable hará una intervención sobre 36 pacientes (18 a los que sí se dio GUAPA y 18 a los que no se le dio). Además de entregar y explicar la guía GUAPA, se le pasará una encuesta con 8 ítems donde se pretenderá hacer una valoración cualitativa de la intervención. El paciente deberá de dar su consentimiento (que quedará reflejado) y rellenar la encuesta en la misma consulta.

-Tras pasar los 3 meses del inicio de la intervención, se realizará una auditoría de los 288 pacientes de la muestra (144 sobre los que se realizó intervención y 144 a los que no). En la auditoría observaremos si estos pacientes que sí tuvieron intervención, volvieron a consultar por la misma patología en las 48h siguientes.

Análisis estadístico: Será descriptivo para todas las variables incluidas. Se utilizará el programa de análisis estadístico SPSS versión 17 para los resultados.

Limitaciones: Negativa de los pacientes a participar en el estudio, sesgo del entrevistador.

Aplicabilidad: Aplicación práctica elevada puesto que se realiza una intervención en promoción y prevención de la salud sobre una población con el objetivo de realizar una educación sanitaria de calidad y con ello disminuir las policonsultas y presión asistencial en las patologías leves seleccionadas.

Aspectos ético-legales: Los pacientes a los que se les realice la intervención firmarán un consentimiento informado para que den su consentimiento

Palabras Clave: self-care guides, mild disease, primary care.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia de eventos cardiovasculares en pacientes incluidos en los programas de seguimiento de crónicos

Pérez Torres M, Vargas Jiménez N

MIR Medicina de Familia. CS Puebla de Cazalla (Sevilla)

Título: Prevalencia de eventos cardiovasculares en pacientes incluidos en los programas de seguimiento de crónicos.

Introducción: La enfermedad cardiovascular supone en España el 36% de todas las defunciones y una gran morbimortalidad. Tiene etiología multifactorial compuesta por factores de riesgo (FR) con diferente grado de importancia que se potencian entre sí y que, en muchas ocasiones, se presentan asociados. Estos FR se pueden clasificar desde un punto de vista epidemiológico en causales (o mayores), cuando existe una clara evidencia en la relación causal independiente (hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, tabaquismo, edad), condicionales, cuando existe una clara asociación pero no se puede establecer una evidencia definitiva de su relación causal (hipertrigliceridemia, aumento de homocisteinemia, fibrinógeno, inhibidor del activador del plasminógeno [PAI] o lipoproteína(a) [LP(a)], microalbuminuria), y predisponentes, que ejercen su acción a través de FR intermedios (obesidad, sedentarismo, antecedentes familiares de enfermedad coronaria temprana, ser varón). El abordaje más adecuado en la prevención cardiovascular es la valoración conjunta de ellos para evaluar una estimación del riesgo (estratificación de riesgo). Nuestro trabajo de investigación está destinado a valorar la eficacia de las medidas que se llevan a cabo en atención primaria para conseguir un buen control del paciente hipertenso y diabético y así reducir los eventos cardiovasculares que pudiera sufrir en el futuro. Dentro de estas medidas se tendrán en cuenta las actuaciones llevadas a cabo en las visitas programadas periódicas en la consulta médica en atención primaria. Así trataremos de objetivar si en los pacientes que están bien controlados se observan menos episodios de cardiopatía isquémica (infarto agudo de miocardio y angina inestable), accidente vascular cerebral y arteriopatía periférica que requieran ingreso hospitalario.

Objetivos: Describir la prevalencia de eventos cardiovasculares (cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular y arteriopatía periférica) que han precisado ingreso hospitalario durante el año 2009 en los

pacientes de la Puebla de Cazalla con factores de riesgo cardiovascular que siguen los programas de seguimiento con visitas programadas con un buen control de dichos factores.

Diseño: Estudio observacional y descriptivo que nos permita reflejar la situación actual del problema en estudio: ¿son eficaces las medidas que se llevan a cabo diariamente en la práctica clínica para conseguir el objetivo deseado (buen control que evite eventos cardiovasculares)? Se trata de un estudio transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud de la Puebla de Cazalla y su hospital de referencia (Hospital de la Merced de Osuna).

Material y Métodos: + Diseño del estudio: Analizaremos datos del año 2009, siendo el lugar de investigación el Centro de Salud de La Puebla de Cazalla. La recogida de datos será retrospectiva y se hará durante el primer trimestre del año 2010 tomando como partida la unidad de documentación del Hospital de la Merced (Osuna), continuando en el registro en Diraya en el centro de salud. Como medida de frecuencia principal tomaremos la prevalencia. Señalar respecto a los sesgos que: el error aleatorio, al depender del tamaño muestral, no lo podremos controlar a priori pues nuestra muestra vendrá dada por los registros hospitalarios aunque cabe predecir que no tendremos un tamaño muestral pequeño sino todo lo contrario; el sesgo de Berkson no lo vamos a tener en cuenta porque aunque partimos de pacientes que han precisado ingreso hospitalario el resto de datos y el análisis de los mismos se llevará a cabo en el centro de salud; se tendrán en cuenta los fallecidos para no incurrir en un sesgo por pérdidas o abandonos

- Criterios de inclusión: Ser habitantes de La Puebla de Cazalla, haber sufrido al menos un evento cardiovascular precisando ingreso en planta de Medicina, padecer enfermedad crónica (HTA y Diabetes) que precisen seguimiento.

- Criterios de exclusión: Estar en seguimiento de HTA y/o DM tipo 2 en atención primaria en otro centro que no sea el centro de salud de La Puebla de Cazalla.

- Variables del estudio: Edad, sexo, tabaquismo, glucemia, HBA1C, niveles de colesterol, eventos cardiovasculares que han precisado ingreso.

- Recogida de datos: Departamento de Documentación de nuestro hospital y Diraya de atención primaria.

- Análisis estadístico: El análisis descriptivo de los datos lo realizaremos mediante resúmenes numéricos que incluyen el mínimo, máximo, media, mediana, y desviación típica para las variables cuantitativas. Para las variables cualitativas se utilizan medidas de frecuencia absoluta y relativa. Estos cálculos los aplicaremos directamente sobre la población en estudio pues no vamos a trabajar con una muestra sino con la población total.

- Limitaciones del estudio: La no informatización de historias clínicas, variabilidad en la descripción de los juicios clínicos, fallecimientos.

Aplicabilidad: La investigación nos parece pertinente porque no existen precedentes en nuestra área de trabajo (Zona Básica de Salud de La Puebla de Caza-lla / Área Sanitaria de Osuna) y porque cada día se llevan a cabo consultas programadas en el Centro de Salud con el esfuerzo y el gasto que ello conlleva por parte de los profesionales que las realizamos.

Aspectos ético-legales: Nuestro estudio cumplirá todas las condiciones éticas y legales para su aplicación.

Palabras Clave: Seguimiento, hipertensión, diabetes.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Percepción de los profesionales sanitarios acerca de la atención domiciliaria

Sánchez Galeote M^ªE, Hermosín Álvarez L, Cuenca Guerrero L

Medicina de Familia. CS Don Paulino García Donas. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

Título: Percepción de los profesionales sanitarios acerca de la atención domiciliaria.

Introducción: En los últimos años se ha experimentado un aumento en la esperanza de vida, situándose actualmente en España en torno a los 84,8 años en mujeres y 78,3 años en varones, todo ello debido a la mejora de las condiciones higiénico-sanitarias y al desarrollo económico y social. Esto ha dado lugar a un envejecimiento progresivo de la población.

Gran parte de estas personas de edad avanzada presenta enfermedades crónicas, circunstancia clínica que ha dado lugar a un aumento significativo de la carga de trabajo de los profesionales de Atención Primaria.

La Atención Domiciliaria es el conjunto de actividades de cariz biopsicosocial y de ámbito comunitario que se realizan en el domicilio de la persona, con el fin de detectar, valorar, apoyar y hacer el seguimiento de los problemas de salud y sociales del individuo y de su familia, para potenciar la autonomía y mejorar la calidad de vida.

La participación de la mujer en el mundo del trabajo condiciona la pérdida progresiva del rol femenino tradicional de cuidadora informal, lo que conlleva a la necesidad de disponer de más recursos y equipamientos de servicios sociales externos a la familia (cuidadores formales, centros de día y residencias).

Los Servicios de Salud deben dar respuesta a esta demanda de salud y coordinarse con los diferentes organismos e instituciones con responsabilidad en servicios sociales, de tal manera que se pueda dar contestación integral a estos problemas en su entorno habitual, evitando en lo posible la institucionalización de estos pacientes, por lo que la responsabilidad por parte de los Servicios de Salud debe recaer esencialmente en la Atención Primaria, pero no exclusivamente.

El Programa de Atención Domiciliaria es un instrumento necesario para que el Equipo de Atención Primaria pueda realizar una atención a domicilio de forma correcta y organizada.

Objetivos: Conocer la percepción que tienen los profesionales sanitarios de Atención Primaria acerca de la Atención Domiciliaria que ejercen.

Diseño: Estudio descriptivo transversal basado en un cuestionario autoadministrado a profesionales sani-

tarios de Atención Primaria (médicos, enfermeros y trabajadores sociales).

Emplazamiento: Centros de salud pertenecientes a un municipio.

Material y métodos: Sujetos y criterios de inclusión: Profesionales de Atención Primaria de tres centros de salud pertenecientes al municipio en estudio que realicen atención domiciliaria. Mediciones: Identificación del centro, Profesión, Sexo, Edad, Años de experiencia profesional, Número de visitas domiciliarias realizadas al mes, Tiempo dedicado al ejercicio de la Atención Domiciliaria, Número de pacientes dependientes por profesional, Tiempo dedicado a Formación de los profesionales. Análisis estadístico: El análisis estadístico de las variables cuantitativas se expresarán mediante cálculos de medidas de centralización y dispersión (media aritmética con intervalo de confianza del 95%, mediana, moda y desviación típica). Las variables cualitativas se expresarán como proporciones. El análisis estadístico se realizará con el paquete estadístico SPSS 15.0. Limitaciones: Imposibilidad de contactar con todos los profesionales; falta de comprensión del cuestionario o incorrecta cumplimentación del mismo; no entrega del cuestionario dentro del plazo establecido; falta de veracidad de la información aportada; muestra insuficiente.

Aplicabilidad: A partir de la información obtenida de nuestro estudio y de su propagación, sería posible mejorar diversos aspectos relacionados con la atención domiciliaria, y así poder evitar la posible institucionalización de estos pacientes.

Aspectos ético-legales: Se informará a los participantes de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de su participación. Se dará una descripción precisa del documento que se les entregará y sólo participarán aquellos profesionales que den su consentimiento. Se asegurará en todo momento la confidencialidad de los participantes, ya que la participación de los mismos consistirá en la cumplimentación de un cuestionario totalmente anónimo.

Palabras Clave: Domiciliary care, home care services, primary care.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Uso habitual del protector gástrico: ¿hay un uso racional?

González Fábrega A¹, Salcedo Castro EC², Cortés Molina M^aS³, Castro Martínez FJ¹, Montesinos Guerrero M^aC¹, Rodríguez Melgarejo M^aD³

¹ MIR 3^{er} año MFyC. CS Almanjáyar. Granada

² MIR 3^{er} año MFyC. CS Cartuja. Granada

³ MIR 3^{er} año MFyC. CS La Chana. Granada

Título: Uso habitual del protector gástrico: ¿hay un uso racional?

Introducción: Estudios y documentos recientes señalan un aumento en el consumo de antiulcerosos, así como una posible tasa elevada de utilización incorrecta, según los criterios de indicación establecidos por las sociedades científicas junto con un gasto farmacéutico añadido.

Otros estudios concluyen que los niveles de utilización de antiulcerosos en España son superiores a los comunicados en otros países europeos.

Por ello consideramos relevante la realización de un estudio de prescripción-indicación sobre la utilización de antiulcerosos en Atención Primaria, teniendo en cuenta la seguridad del paciente junto con un uso racional de los mismos.

Objetivos:

- 1.- Evaluar las indicaciones de prescripción de antiácidos y antiulcerosos.
- 2.- Conocer la prevalencia de prescripción de estos fármacos en atención primaria.
- 3.- Detectar patrones de prescripción incorrectos para adoptar medidas que mejoren la efectividad y la eficiencia del plan terapéutico.

Diseño: Se realizará un estudio descriptivo transversal (de prescripción-indicación). Consiste en la investigación y análisis de las indicaciones para las que se ha prescrito un fármaco o un grupo farmacológico determinado.

Emplazamiento: Centros de Salud urbanos.

Material y Métodos: Población de estudio: 500 sujetos de los centros de salud urbanos de nuestra zona consumidores de protector gástrico (muestra al azar y lo más homogénea considerando que aproximadamente unos 12000 individuos tienen prescrito el fármaco).

Criterio de inclusión: toma de protector gástrico en el momento del estudio.

Variables del estudio:

- Centro de salud.
- Sexo.

- Edad: De 35 a 75 años.

- Tratamiento actual con los fármacos de estudio.

- Dosis.

- Frecuencia.

- Motivo de prescripción justificado (sí/no).

Recogida de datos: Accederemos a la base de datos de prescripciones farmacológicas de los centros de salud en estudio, identificando la prevalencia de prescripción así como la indicación real de la misma. Al mismo tiempo que detectamos los perjuicios de una mala indicación, tales como efectos secundarios o aumento del gasto sanitario de forma innecesaria

Análisis de datos: Para el análisis de los datos se emplearán estadísticas descriptivas para variables discretas: frecuencias absolutas y relativas.

Para las variables continuas los descriptivos empleados será la media y la desviación típica.

Los estadísticos obtenidos pueden ser empleados como estimaciones puntuales de los parámetros poblacionales al ser un estudio con muestreo aleatorio.

Para el análisis estadístico utilizaremos el programa informático SPSS.

Limitaciones del estudio: Los estudios transversales tienen posibilidad de sesgos de información y selección, por sí mismos no sirven para la investigación causal y pueden requerir de un equipo multidisciplinario que los aborde así como una cantidad de recursos suficientes para mantenerlos a lo largo del tiempo.

Aplicabilidad: Realizar una prescripción correcta de antiácidos teniendo en cuenta los factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones gastrointestinales aumentando así la seguridad del paciente y reduciendo efectos adversos y el gasto sanitario innecesarios.

Aspectos ético-legales: Se respetarán el principio de confidencialidad en lo que respecta a la documentación recibida para la evaluación del estudio y la identidad de los pacientes.

Garantizar la seguridad del paciente.

Palabras Clave: Anti-ulcer agents, Prescription, Prevalence.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Percepción de los agentes del sistema sanitario acerca de la influencia del marketing farmacéutico en la prescripción médica

Padilla Bernáldez J¹, Fernández Gregorio A², Píriz López E³

¹ Medicina de Familia. CS Castilleja de la Cuesta (Sevilla)

² Medicina de Familia. CS Pino Montano B. Sevilla

³ Medicina de Familia. CS San Pablo. Sevilla

Título: Percepción de los agentes del sistema sanitario acerca de la influencia del marketing farmacéutico en la prescripción médica.

Introducción: La relación entre la industria farmacéutica y los diferentes agentes del sistema sanitario es algo muy tratado pero poco estudiado en nuestro medio. Por otro lado, nos enfrentamos a una época en la que la publicidad directa al consumidor y la importancia de la relación médico-industria farmacéutica son temas tratados como forma de influir sobre el libre mercado y la contención del gasto farmacéutico.

Con este estudio pretendemos identificar cómo perciben los agentes del sistema sanitario la relación entre marketing farmacéutico y prescripción médica.

Objetivos: General: Valorar en estudiantes de medicina, pacientes de atención primaria, residentes de medicina familiar y comunitaria y especialistas en medicina familiar y comunitaria la percepción que las diferentes formas del marketing de la industria farmacéutica tiene en los hábitos de prescripción de los médicos de familia.

Específicos: 1) Examinar percepción de los pacientes tienen sobre que sus médicos de familia acepten regalos de la industria farmacéutica y el impacto percibido en la calidad y el costo de la asistencia sanitaria. 2) Describir exposición de los pacientes a la publicidad directa al consumidor de medicamentos. 3) Medir exposición de estudiantes de medicina al marketing de la industria farmacéutica y su actitud. 4) Identificar variables asociadas a diferentes percepciones sobre la influencia del marketing farmacéutico en la prescripción médica.

Diseño: Estudio transversal observacional descriptivo. Cuestionarios validados en inglés, adaptados culturalmente.

Emplazamiento: Estudio multicéntrico con sujetos de:

- Facultad de Medicina.
- Pacientes y facultativos especialistas de área de centros de salud docentes de tres distritos sanitarios de Atención Primaria.
- Médicos internos residentes de medicina de familia de una unidad docente.

Material y Métodos:

Sujetos:

- Inclusión: estudiantes de segundo ciclo de Medicina. Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria adscritos a centros de salud docentes. Médicos Internos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Pacientes en atención primaria adscritos a los cupos de pacientes a los que los tutores de residencia del equipo investigador pertenecemos.

- Exclusión: datos de deterioro cognitivo en la historia clínica.

Muestreo: según el grupo de estudio (consecutivo, aleatorio por conglomerados).

Mediciones: cuestionarios heteroadministrados. Variables medidas: frecuencia de exposición al marketing farmacéutico, actitud ante formas de marketing, impacto percibido sobre el coste derivado de dichas interacciones, percepción del efecto sobre la prescripción de la relación industria farmacéutica-médicos.

Análisis estadístico: según el carácter de las variables se utilizará el test de Chi-cuadrado o la correlación de Pearson, siendo el primero el más usado por el carácter mayormente cualitativo de las variables del estudio.

Limitaciones: estudio observacional (no demuestra causalidad), test realizados por los investigadores.

Aplicabilidad: Establecer la percepción de la influencia del marketing farmacéutico sobre la prescripción médica para poder, posteriormente, actuar sobre ello. Importancia sobre la calidad (objetiva y percibida) de la prescripción

Aspectos ético-legales: - Participación voluntaria y gratuita. Datos personales tratados según LOPD (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre).

- Solicitud de permisos a Comisión de Ética de los distritos sanitarios correspondientes y a decanato de Facultad de Medicina.

- Se solicitará consentimiento informado a los participantes.

Palabras Clave: industria farmacéutica, marketing, prescripción médica.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Atención en domicilio a enfermos terminales por equipos de urgencias de Atención Primaria

Megías Cana M^aJ¹, Guerrero Briz M^aT¹, Molinero Molina M^aJ², Martínez Sánchez M^aC¹, Palomares Rodríguez B², Vázquez Navarro AL³

¹ Medicina de Familia. DCCU Distrito Granada

² DUE. HMQ² Virgen Nieves. Granada

³ TTS. Empresa concertada SAS ambulancias Alhambra. Granada

Título: Atención en domicilio a enfermos terminales por equipos de urgencias de Atención Primaria.

Introducción: Tras la implantación en nuestro Servicio de Salud del proceso de cuidados paliativos (CP), la actuación de los servicios de urgencias es requerida para atender a los pacientes terminales en las crisis de necesidad y en la atención en los últimos días; siendo necesario, a veces, la sedación terminal. Los profesionales de urgencias de atención primaria (AP) tenemos que estar preparados para atenderlos sin esperar a la atención por su Médico de AP o por su especialista y sin tener que derivarlo a Urgencias de Hospital. La publicación de la Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte en nuestra comunidad el reto es conseguir como dice la Ley que "Una vida digna requiere una muerte digna". Estimamos que el uso de bombas de infusión subcutáneas es primordial en el manejo de los enfermos terminales tanto en el control de síntomas emergentes como en la sedación.

Objetivos: Principal: Analizar el efecto de una intervención formativa sobre los profesionales del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU).

2-Observar en el tiempo la evolución del uso de estas técnicas en dicho dispositivo tras las intervenciones necesarias.

3-Conocer las aptitudes, actitudes y conocimientos sobre la sedación en el DCCU.

4-Elaboración de protocolo de actuación y coordinación entre Centro Coordinador De Urgencias (CCU), AP, Hospital, Farmacia de Distrito y DCCU.

Diseño: Estudio cuasi-experimental antes-después de una intervención.

1ª Fase: Encuesta sobre los conocimientos, actitudes y las intervenciones en situaciones de enfermedad terminal por parte de los profesionales del dispositivo.

2ª Fase: Elaboración de talleres prácticos, sesiones, encuentros interniveles (hospitalarios, AP, Farmacia y CCU) para la elaboración de protocolos de comunicación y actuación.

3ª Fase: Evaluación de impacto de las medidas sobre la actuación ante las crisis de necesidad y la atención en los últimos días en el dispositivo.

Emplazamiento: Dispositivos de Cuidados críticos y Urgencias de Distrito Sanitario Urbano. Multicéntrico.

Material y Métodos: Sujetos: Todos los profesionales del dispositivo, con plaza diferenciada (DCCU) o en atención continuada.

Criterios de inclusión: Todos los profesionales del dispositivo que tratan a enfermos terminales, oncológicos o no, con contacto a través de CCU y con prioridades 1 ó 2. En situación de crisis de necesidad o atención a los últimos días.

Criterios de exclusión: prioridades 3 ó 4 competencia de atención primaria o especialista de referencia.

Mediciones: Encuesta a los profesionales DCCU sobre conocimientos de sedación, actitud ante ella, problemas éticos, sedaciones realizadas por profesional, sexo, edad del mismo, conocimiento y utilización del consentimiento informado por escrito u oral, derivaciones al hospital por ese motivo.

Aplicabilidad: Inmediata: mejora de la atención de los enfermos terminales en el Distrito, disminución del número de ingresos hospitalarios de los mismos.

Medio plazo: posible aplicación de los protocolos de coordinación en otros distritos.

Aspectos ético-legales: Se garantizará la confidencialidad de los datos como establece la ley de protección de datos.

Palabras Clave: sedation, opioid, ambulatory care facilities.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Revisión sistemática del tratamiento farmacológico en pacientes ancianos polimedcados en Atención Primaria

Trujillo Gómez JM¹, Quel Collado M^aT¹, Gallo Vallejo FJ², Contreras García I², Zafra Ceres A³

¹ MIR 4º año MFyC. CS Zaidín Sur. Granada

² Medicina de Familia. CS Zaidín Sur. Granada

³ MIR 2º año MFyC. CS Zaidín Sur. Granada

Título: Revisión sistemática del tratamiento farmacológico en pacientes ancianos polimedcados en atención primaria.

Introducción: El elevado consumo de fármacos en el anciano genera importantes problemas: aumento de reacciones adversas y de las interacciones entre fármacos, mayor incumplimiento terapéutico, (con elevado número de errores en la dosificación y seguimiento), siendo este factor uno de los más importantes que suele comprometer el éxito del tratamiento y en consecuencia mayor número de ingresos hospitalarios.

Objetivos: Generales: Analizar las características y la adecuación del tratamiento farmacológico de los pacientes polimedcados de una zona básica de salud. Específicos: Conocer la prevalencia de polimedcados. Adecuación del tratamiento farmacológico a las enfermedades crónicas. Evaluar la adherencia al tratamiento y aumentar su adherencia en un 60%. Registrar las interacciones y notificar los efectos secundarios, y así disminuirlas en un 70%. Evaluar los conocimientos y creencias sobre su medicación. Reducir un 30% el número de polimedcados, tras la intervención.

Diseño: Estudio cuasiexperimental sin control, antes y después sobre una cohorte, durante el año 2010.

Emplazamiento: Ámbito de estudio: atención primaria.

Material y Métodos: Población de estudio: los polimedcados que cumplen los criterios de inclusión siguientes. Criterios de inclusión: Estar adscrito al área básica de salud, ser polimedcado (tomar 10 o más medicamentos, de forma continuada, durante un período de 6 meses), y ser mayores de 65 años. Criterios de exclusión: pertenecer a otra área básica de salud y diagnóstico de deterioro cognitivo. Muestreo: sistemá-

tico, con fracción de muestreo del 16%. Mediciones: Variables sociodemográficas. Variables antropométricas. La media de fármacos al inicio y al final del estudio. Porcentaje de indicaciones correctas, de contraindicaciones, de interacciones, y de reacciones adversas. Número y tipo de enfermedades crónicas. Nivel de adherencia al tratamiento. Conocimientos y creencias sobre los fármacos. Intervención: En una visita programada se realizará una entrevista clínica de 30 minutos de duración, para identificar los fármacos disfuncionales y reestructurar el plan de tratamiento crónico a través del consejo sanitario. Análisis estadístico: análisis descriptivo de las variables de estudio. Para las variables cualitativas se calculará su distribución de frecuencias absoluta y relativa. Para las variables cuantitativas se calculará medidas de tendencia central y de dispersión, junto con el máximo y mínimo. Para el contraste de hipótesis se utilizó el test de la T de Student. La comparación se realizará se analizará mediante el programa estadístico SPSS versión 15.0. Limitaciones del estudio: Acceso del personal sanitario a la población susceptible, la validez de la información obtenida en la historia clínica informatizada.

Aplicabilidad: Reducir en número de polimedcados, los efectos adversos y las interacciones derivados de la polifarmacia. Como consecuencia esperamos mejorar la calidad asistencial del paciente mayor de 65 años, además de reducir el gasto sanitario atribuible a ésta.

Aspectos ético-legales: Solicitaremos autorización a la Comisión de Investigación del Distrito Sanitario para su aprobación y acceso a las historias clínicas de los pacientes participantes.

Palabras Clave: polypharmacy, quality care, adverse effects.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Perfil del paciente fumador de un centro de salud urbano y valoración de la intervención sanitaria antitabaco en usuarios registrados en el programa Diraya hasta mayo 2010

Ortega Torres A¹, Peralta Prieto G¹, Paredes Serrano LE²

¹ MIR 3^{er} año MFyC. CS Belén. Jaén

² Medicina de Familia. CS Belén. Jaén

Título: Perfil del paciente fumador de un centro de salud urbano y valoración de la intervención sanitaria antitabaco en usuarios registrados en el programa Diraya hasta mayo 2010.

Introducción: El tabaquismo es considerado una drogodependencia. Se sabe que de todas las sustancias presentes en el humo del tabaco la nicotina es la responsable de generar dependencia física y tolerancia. Además, es considerada una enfermedad crónica adictiva y afecta a un elevado porcentaje de la población española, constituye un problema sanitario de importancia que debe ser abordado desde las consultas, de manera que todos los profesionales sanitarios durante su práctica asistencial deberían realizar intervenciones sobre el tabaquismo.

Se sabe que cuando la intervención sobre el tabaquismo se adecua a las características individuales de cada fumador aumenta su eficacia y su eficiencia, esta es una de las motivaciones que nos ha llevado a investigar cuáles eran las principales características de un paciente fumador en un centro urbano, donde se ofertan diversos tipos de intervención antitabaco.

Objetivos: Conocer el perfil del paciente fumador en una población que se suscribe a un centro de salud urbano y describir sus características: edad, sexo, consumo diario, tiempo de consumo, edad de inicio, grado de dependencia a la nicotina (test de Fagerstrom). Además, describir el porcentaje de la población que recibió algún tipo de intervención (mínima, avanza-

da no farmacológica, avanzada farmacológica e intervención grupal), y el porcentaje de abandono, en aquella población que recibió algún tipo de intervención.

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de salud Urbano.

Material y métodos: Sujetos: la totalidad de los usuarios registrados dentro del programa tabaco en el Diraya. Análisis descriptivo de las variables programa estadístico SPSS.

Aplicabilidad: Aproximarse a una valoración del grado de eficacia del programa antitabaco.

Permite conocer las características individuales de los pacientes fumadores.

Conocer los beneficios y limitaciones del programa Diraya en este ámbito.

Servir como referente para optimizar las futuras intervenciones.

Aspectos ético-legales: Solicitamos autorización del Comité de Investigación y Ética del Distrito Sanitario de Referencia. Tanto el diseño como el desarrollo del trabajo se ajustarán a las normas de buena práctica clínica y a la protección de datos personales según normatividad vigente.

Palabras Clave: Tabaquismo, intervención, deshabituación tabáquica.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Relación entre la utilización de los servicios de urgencias de los adultos y niños inmigrantes en Atención Primaria y la gestión de la demanda en consulta

Padilla del Campo C

MIR 3^{er} año MFyC. CS La Gangosa-Vícar (Almería)

Título: Relación entre la utilización de los servicios de urgencias de los adultos y niños inmigrantes en atención primaria y la gestión de la demanda en consulta.

Introducción: Buscar la causa y los factores que se pueden modificar debido a la masificación de consultas por parte de la población inmigrante en las urgencias de los centros de salud.

Objetivos: Objetivo General: Conocer el uso de las urgencias de Atención Primaria que realiza la población inmigrante en 3 municipios del Poniente de Almería.

Objetivos Específicos:

- Conocer los motivos de consulta y la utilización que hace la población inmigrante de los servicios de urgencias en tres unidades de gestión clínica de Atención Primaria del Poniente de Almería.

- Describir las características de gestión de la unidad, características de los cupos médicos, situación laboral de los profesionales sanitarios, horarios de los centros.

- Valorar si existe una asociación entre la utilización de las urgencias de los centros de salud por la población inmigrante y la gestión de cupos de los profesionales sanitarios

Diseño: Estudio descriptivo transversal. Por las características de recogida de la información se trata de un estudio retrospectivo.

Emplazamiento: Centro de Salud de consultorio rural.

Material y métodos: Recogida de datos: Listados de los pacientes de cada día por la mañana, tarde y noche, que se realizó el estudio desde enero a marzo ambos inclusive que consultaron por cualquier motivo en el centro de salud de La Puebla de Vícar.

Consulta del sistema informático "DIRAYA" donde se recoge toda la información correspondiente al día en concreto y al paciente que consulta.

Elaboración de base de datos para la recogida de la información mediante un archivo de tipo "Excel" en

el que se iba poniendo toda la información que queríamos anotar sobre dichos pacientes.

Fuente de Información: Historia de Salud Digital de Andalucía DIRAYA.

Variables de estudio: Sociodemográficas; Antecedentes clínicos-epidemiológicos; Motivos de consulta a urgencias del inmigrante; Utilización de los servicios de Atención Primaria; Características de las Unidad de Gestión Clínica; Cupo al que pertenece (Cupos del 1 al 22); Características del cupo (% de población inmigrante por cupo).

Aplicabilidad: Pasa poder gestionar mejor las consultas de cada centro de salud y poder poner soluciones ante la demanda asistencial tan elevada en las consultas de urgencias

Aspectos ético-legales: La base de Datos del sistema informático DIRAYA está inscrita en la agencia de Protección de Datos y aplicación de medidas de seguridad de nivel alto.

Este trabajo se ha desarrollado con el mayor respeto hacia las personas objeto del estudio, garantizando la protección de sus derechos fundamentales que prevalecerán sobre el interés de la sociedad o de la ciencia, comprometiéndose a observar los acuerdos de la Declaración de Helsinki y enmiendas posteriores, así como los demás acuerdos y declaraciones sobre bioética y derechos humanos reconocidos nacional e internacionalmente en materia de investigación con seres humanos.

El consentimiento de las personas para el estudio serán conforme a lo establecido en la LEY 14/2007 de 3 de Julio, de investigación biomédica. La protección de los datos personales y el deber de confidencialidad para con la información que se recabe de las historias clínicas y de los propios pacientes se hará en estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

El presente proyecto será sometido al arbitrio de la comisión Ética e Investigación antes de su inicio.

**CONGRESO
SAMFYC**

20° Congreso SAMFYC 2010
Celebración conjunta y paralela con semFYC-WONCA *Europe Conference 2010*



BOLETIN DE INSCRIPCIÓN SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (SAMFyC)

(ALTA) Nuevo socio Revisión datos BAJA Fecha..... / /

APELLIDOS:

NOMBRE: **DNI:** - LETRA

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)

<input type="text"/>																			
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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.

