

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 12, número 2, suplemento 1, octubre 2011



21º
congreso
andaluz
medicina familiar
y comunitaria
Córdoba 2011
Palacio de Congresos
del 5 al 7 de Octubre
www.samfyccordoba2011.com
info@samfyccordoba2011.com

SAMFyC
Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

 FEFyC
Federación Española de
Medicina Familiar y Comunitaria
C/Alfonso XIII, 100 28002 Madrid, España
Tel: +34 91 530 00 00
www.fefyc.org

 2011 de Andalucía

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

 SAMFyC

21º
congreso
andaluz
de medicina familiar
y comunitaria
Córdoba 2011
Palacio de Congresos
del 5 al 7 de Octubre

www.samfyccordoba2011.com
info@samfyccordoba2011.com

SAMFyC

Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria



SEMFYC
Asociación Española de Medicina Familiar y Comunitaria
www.semfyc.org



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Comité de Honor

PRESIDENCIA DE HONOR

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

MIEMBROS

Excmo. Sr. Alcalde de Córdoba
D. José Antonio Nieto Ballesteros

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

Ilma. Sra. Presidenta de la Diputación de Córdoba
D^a. María Luisa Ceballos Casas

Sr. Rector Magnífico de la Universidad de Córdoba
Dr. D. José Manuel Roldán Nogueras

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

Ilma. Sra. Delegada de la Consejería de Gobernación y Justicia en Córdoba
D^a. María Isabel Ambrosio Palos

Ilma. Sra. Delegada de la Consejería de Salud en Córdoba
D^a. Isabel Baena Parejo

Sr. Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba
Dr. D. Rafael Solana Lara

Sr. Presidente del Colegio de Médicos de Córdoba
Dr. D. Cesáreo García Poyatos

Sr. Presidente SAMFyC
Dr. D. Manuel Lubián López

Comité Organizador

Presidente

Dr. D. Enrique Martín Rioboó
Médico de Familia. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba.
Miembro del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de SAMFyC y semFYC.
Miembro del Grupo Cardiovascular del PAPPS

Secretaria

Dra. D^a. Pilar Serrano Varo
Médica de Familia. Centro de Salud Rafael Flores Crespo. Posadas. Córdoba.
Vocal Córdoba Junta Directiva SAMFyC.

Vocales

Dr. D. Pablo García López
Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Granada.

Dra. D^a. Rocío Moreno Moreno
Médica de Familia. Consultorio Palenciana. Z.B.S. Benamejí. Córdoba.

Dra. D^a. Juana Redondo Sánchez
Médica de Familia. Centro de Salud Lucano. Córdoba.

Dr. D. Francisco Javier Ruiz Moruno
Médico de Familia. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba.

Dra. D^a. M^a Trinidad Lechuga Varona
Médica de Familia. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba.

Dra. D^a. Carla Foronda García – Hidalgo
Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rafael Flores Crespo. Posadas. Córdoba.

Dr. D. Bartolomé Ramírez Martínez
Médico de Familia. Consultorio del Higuerón. Córdoba.

Dra. D^a. M^a Dolores Conde Ros
Médica de Familia. Centro de Salud Monte Mayor. Córdoba.

Dr. D. Jorge Martínez de la Iglesia
Médico de Familia. Centro de Salud Lucano. Córdoba.

Dr. D. José Nicolás García Rodríguez
Médico de Familia. Distrito Sanitario Córdoba.

Comité Científico

Presidente

Dr. D. Roger Ruiz Moral

Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba.

Vocales

Dr. D. Luis Ángel Pérula de Torres

*Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba.
Distrito Sanitario de Córdoba Centro. Miembro del PAPPS (semFYC)*

Dra. D^a. María Cristina Aguado Taberne

*Médica de Familia. Centro de Salud Santa Rosa. Distrito Sanitario Córdoba.
Coordinadora Grupo VIH/ Sida semFYC.*

Dr. D. Emilio Ildefonso García Criado

*Médico de Familia. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba.
Miembro del Grupo de HTA de SAMFyC.*

Dr. D. Antonio José Madueño Caro

*Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica La Laguna. Cádiz.
Coordinador Grupo de Salud Mental SAMFyC.
Miembro del Grupo Nacional Salud Mental semFYC.*

Dr. D. Francisco Javier Valverde Bolivar

Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén.

Dr. D. Pedro A. Rivas del Valle

Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Granada.

Dr. D. José Manuel García Aparicio

*Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Río Nacimiento. Centro de Salud Abla.
Distrito Almería.*

Dra. D^a. Beatriz Pascual de la Pisa

*Médica de Familia. Distrito Sanitario de Atención Primaria Aljarafe. Sevilla.
Vocal de Investigación Junta Directiva SAMFyC.*

Dra. D^a. Isabel Corona Paez

*Médica de Familia. Centro de Salud Palma – Palmilla. Málaga.
Secretaria Junta Directiva SAMFyC*

Dr. D. Francisco Mora Moreno

Médico de Familia. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva.

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 Pisa

Vocal de Residentes

Francisco Javier Castro Martínez

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:	M ^a . José Serrano Muñoz	<i>majsemu@hotmail.com</i>
Vocal provincial de Córdoba:	Pilar Serrano Varo	<i>pseva1@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>

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

C/Arriola, 4, bj D – 18001 – Granada (España)
Telf: 958 804201 – Fax: 958 80 42 02
e-mail: samfyc@samfyc.es
<http://www.samfyc.es>

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar y Comunitaria

DIRECTOR

Antonio Manteca González

SUBDIRECTOR

Francisco José Guerrero García

CONSEJO DE DIRECCIÓN:

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

CONSEJO DE REDACCIÓN

Francisco José Guerrero García
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.*
Juan Manuel Espinosa Almedro. *Málaga.*
Bernabé Galán Sánchez. *Córdoba.*
Luis Gálvez Alcaraz. *Málaga.*
Francisco Javier Gallo Vallejo. *Granada.*
Pablo García López. *Granada.*
José Manuel García Puga. *Granada.*
M^ª. Carmen García Tirado. *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.*
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.*
Luis de la Revilla Ahumada. *Granada.*
Pedro A. Rivas del Valle. *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.*
Pedro Schwartz Calero. *Huelva.*
Jesús Torio Duráñez. *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

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

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

ISSN-e: 2173-5573

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr-368-2000

Copyright:
Revista Medicina de Familia. Andalucía

Fundación SAMFyC
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.

Disponible en formato electrónico en la web de la SAMFyC

Printed in Spain.

Maqueta: Antonio J. García Cruz

Imprime:



Publicación Oficial de la
Sociedad Andaluza de Medicina
Familiar y Comunitaria

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

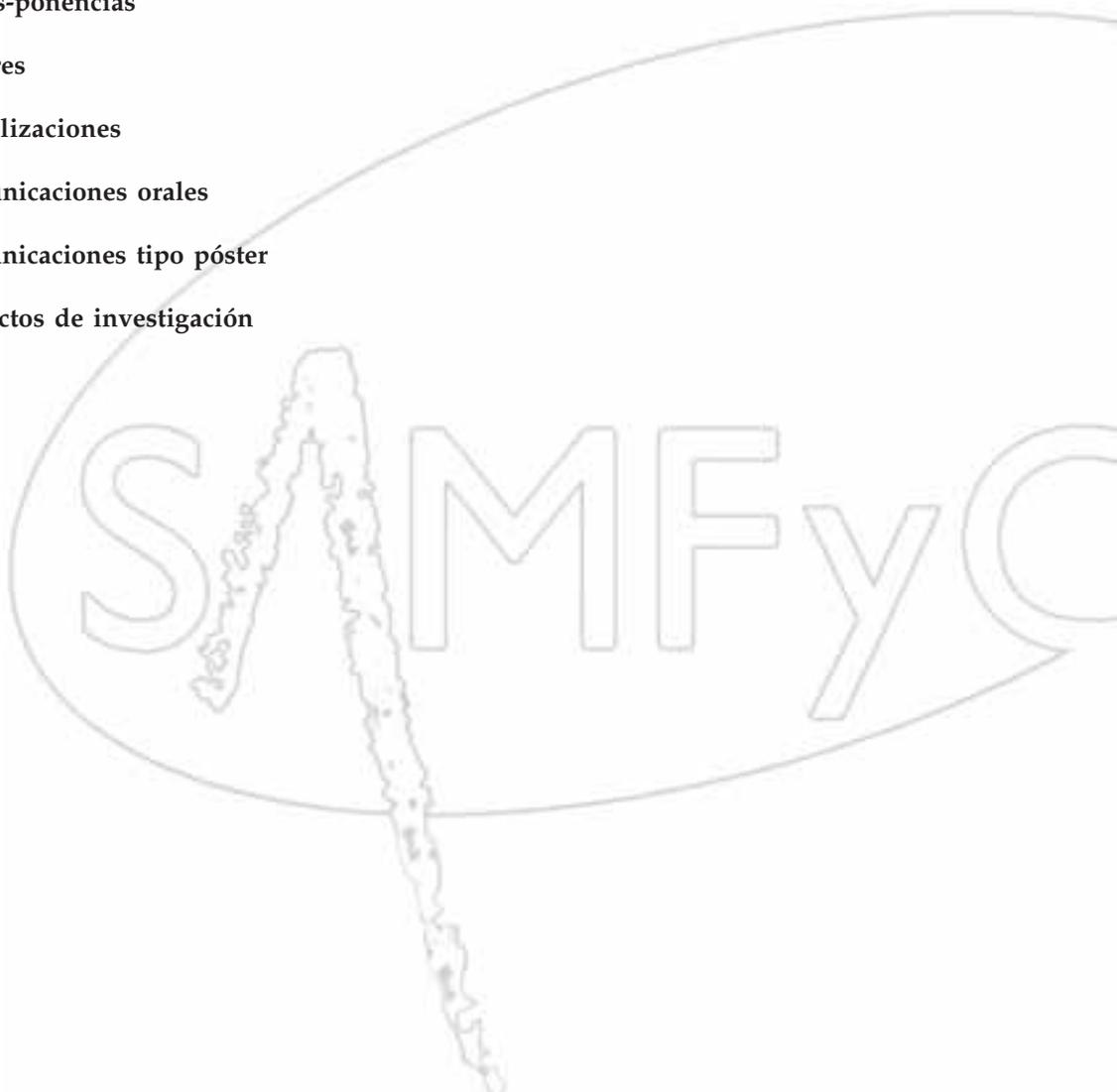
Med fam Andal Vol. 12, nº. 2, suplemento 1
octubre 2011

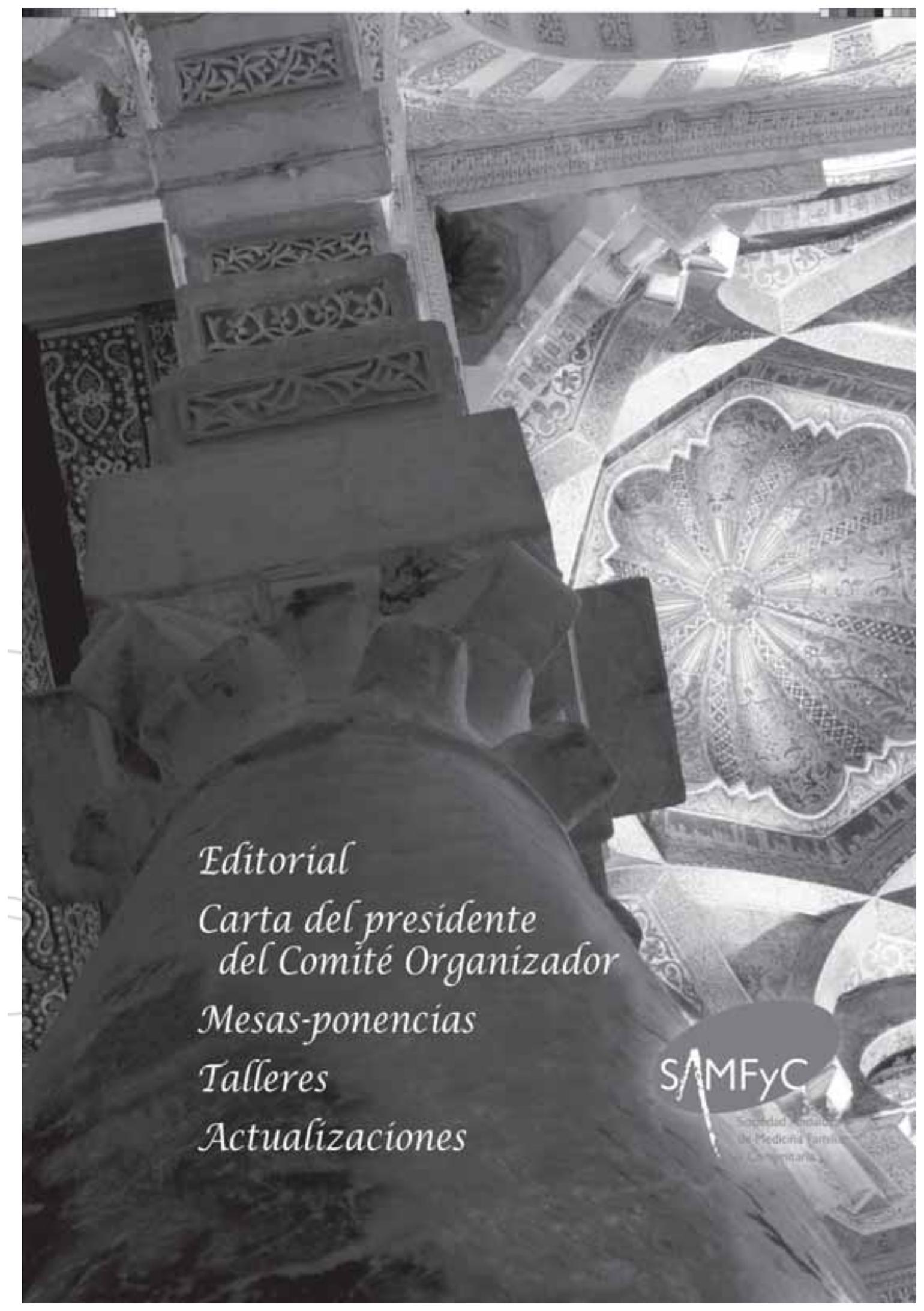
La revista Medicina de Familia Andalucía edita el presente suplemento, coincidiendo con la celebración del XXI Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, donde se incluyen resúmenes de ponencias y talleres, comunicaciones y proyectos de investigación, que han sido recibidos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

Gracias por vuestra colaboración.

Sumario

- 12 Editorial
- 14 Carta del presidente del Comité Organizador
- 17 Mesas-ponencias
- 33 Talleres
- 62 Actualizaciones
- 68 Comunicaciones orales
- 143 Comunicaciones tipo póster
- 252 Proyectos de investigación





Editorial
*Carta del presidente
del Comité Organizador*
Mesas-ponencias
Talleres
Actualizaciones

SAMFyC

Sociedad Española
de Medicina Familiar
y Comunitaria

EDITORIAL

Porras Martín P

Médico de Familia. Vicepresidente SAMFyC

Hoy es lunes de verano, son las 8, 30 de la mañana, y me enfrento a la lista de mis pacientes, como cada día, y como cada día solo con mirarla puedo adivinar el motivo de consulta de cada uno de ellos. Primero está María, de 80 años, que se levanta pronto, es diabética, hipertensa y hace mal la dieta, y apenas sale si no es para venir a consulta, vive en un tercer piso sin ascensor. Para atenderla mejor, alternamos las visitas en el centro con las que hago en el domicilio con el enfermero que trabaja conmigo, pues quiere salir y si vamos demasiado a verla, como ella dice, se hace más dependiente y es peor. Después viene Juan, de 94 años, que deja al hijo, que se empeña en acompañarlo, en la sala de espera, porque a ver si se va a creer el hijo que "se ha vuelto tonto" y no se entera. Mientras nos lo vuelve a contar, intentamos cuadrar el tratamiento de su insuficiencia cardiaca algo descompensada estos días. Luego, Antonio, de 78 años; y el matrimonio de Isabel y Francisco, nonagenarios, siempre discutiendo y con múltiples patologías que se entremezclan, y así toda la mañana, con algún joven intercalado; y otros ya no tan jóvenes que empiezan a hacerse mayores con nosotros. Les llevamos el embarazo y ahora ya vienen con los hijos que abandonan el pediatra...

Esto es en lo que nos podemos ver reflejados cada médico de familia, que no responde sino al aumento generalizado de la expectativa de vida que se viene produciendo desde finales del siglo XX, y que lleva aparejado el aumento progresivo de aquellos pacientes que presentan durante muchos años una enfermedad crónica y cada vez con mayor frecuencia, la suma de diversas enfermedades crónicas que se superponen y se relacionan entre ellas.

Por ello, desde diferentes instancias, tanto políticas como profesionales, se preconiza la necesidad de un cambio en la organización de los ser-

vicios de salud, que pueda servir para poder actuar de una forma más adecuada frente a esta nueva epidemia, las enfermedades crónicas. Estaríamos cambiando del reto de la enfermedad aguda al de la enfermedad crónica.

Aunque lo expuesto tiene matices que se podrían discutir ampliamente, es verdad que existe un nuevo patrón de paciente, que no de enfermedades, que precisa algunos cambios en su abordaje. Aunque es fundamental la participación conjunta del sistema sanitario y social, que deben ir de la mano, estos cambios tienen que sustentarse en el lugar natural donde se encuentran los pacientes, esto es la esfera de la Atención Primaria.

Para este nuevo paciente, es imprescindible la potenciación de la Atención Primaria, con el médico de familia, especialista en Atención Primaria, como agente principal del paciente.

Es curioso observar en alguno de los documentos que hemos leído en los últimos meses, en los comentarios de compañeros de otras especialidades, la necesidad de definir nuevas competencias, que son competencias nucleares de los médicos de familia.

Los médicos de familia no necesitamos buscar modelos diferentes de trabajo, sino profundizar en los elementos conceptuales que definen a la Atención Primaria y que vienen perfectamente definidas en las competencias de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Los principales elementos conceptuales que definen a la Atención Primaria y que nos van a permitir poder abordar los retos de futuro son:

Integral, considerando al paciente en su perspectiva biológica y social, para lo que será necesario el abordaje de políticas sociales y sanita-

rias, con el médico de familia líder de las mismas.

Integrada, dando énfasis a actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y las secuelas.

Continuada y permanente, los médicos de familia nos encontramos en un lugar privilegiado para tratar la cronicidad, puesto que tratamos a los pacientes desde que nacen hasta que mueren y en su ambiente.

Activa, este papel es el que cada vez nuestra sociedad necesita que realicemos más con capacidad de anticipación de los problemas que puedan surgir.

Accesible, que nos define y a veces nos abrumba, permite que podamos dar respuesta a las necesidades del paciente y su familia.

Basada en el trabajo en equipo, las unidades de atención, formadas por médicos de familia y enfermeros de familia que atienden a los mis-

mos pacientes en el centro y en su domicilio, responsables de coordinar el resto de las necesidades del paciente y su familia.

Comunitaria y participativa, es necesario que cada vez más tengamos presente la voz de nuestros pacientes, y estamos en el lugar privilegiado para llevarlo a cabo; potenciando el trabajo con la comunidad, en la que estamos inmersos para poder generar cambios.

Y todo ello, en el marco de la **continuidad asistencial**, con el hospital, pues pese a los esfuerzos realizados en los últimos años, sigue siendo “el caballo de batalla”, del día a día, de todos aquellos que trabajamos en Atención Primaria.

Los médicos de familia, que somos “especialistas en personas”, nos debemos convertir en los verdaderos gestores de este nuevo perfil de paciente, porque estamos en el lugar adecuado y porque tenemos definido, desde la creación de nuestra especialidad y reforzado en sus diferentes revisiones, el perfil competencial adecuado para hacerlo.

CARTA DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ ORGANIZADOR

Martín Rioboó E

Presidente del Comité Organizador del 21 Congreso Andaluz para médicos de familia. Córdoba 2011

Estimadas compañeras y compañeros,

Vuelve el tiempo para nuestra ciudad, Córdoba.

Córdoba, ciudad milenaria, encuentro de religiones y convivencia entre culturas, cuna de insignes médicos, literatos, científicos y artistas. El entorno es prometedor y si a ello unimos el atractivo de sus callejuelas, plazas, iglesias y barrios, el comienzo no podía ser mejor. Tras congresos inolvidables en los últimos años, Torremolinos, Cádiz..., el reto de mejorar que se nos planteaba era muy difícil.

Aún recuerdo perfectamente la organización del año 2002 que compartí con grandes médicos de familia. Este año, como presidente, la responsabilidad, si cabe, es aún mayor.

Mucho ha llovido desde entonces, y mucho han cambiado las cosas.

Eran otros tiempos. En aquel tiempo nadie dudaba de las posibilidades de organizar un evento de nuestra Sociedad, con la colaboración inestimable de la industria farmacéutica como principal mecenas de estas reuniones, y con la participación, siempre esencial y desinteresada de los ponentes de nuestras conferencias y talleres, así como la presencia de centenares, miles de asistentes, médicos de familia, residentes de nuestra especialidad y de otras especialidades relacionadas con la atención primaria.

La crisis económica está presente, y muy presente en estos años convulsos y de grandes cambios, pero no en lo fundamental, en la ilusión por realizar un proyecto común para todos los médicos de familia de Andalucía, que siga siendo a su vez un referente para el resto de España, como lo ha sido hasta ahora.

Y para solventar esta situación, no podía hacer otra cosa que rodearme de los mejores médicos

de familia de mi provincia. Y no ha sido fácil, pero a la vez ha sido muy sencillo. Me explico. Muchas/os compañeras/os los que no han podido estar en la organización por motivos lógicos de limitación en el número que nos pedía nuestra Sociedad. No están todos los que son pero, sin duda, son todos los que están.

Con esta colaboración las cosas son siempre mucho más llevaderas y, si a ello unimos la eficaz ayuda de la secretaría técnica de congresos, aún lo ha sido más. Nombrar a alguno de ellos sería discriminar a otros, pero creo que Roger Ruiz, como Presidente del Comité Científico y Pilar Serrano, como Secretaria, son adalides de toda la organización. Sin olvidarme de Piru, Maritri, Bartolomé, Jorge, Juana, Rocío, Javier, M^a Dolores, Carla, Emilio, Cristina, Luis, en los comités locales, Noelia en la Secretaría de congresos, y cada uno de los representantes de nuestras provincias en el Comité Científico, en especial a Pedro, Francisco Javier y José Manuel por su especial dedicación a la ardua tarea de acreditar nuestro congreso. Y, aunque el último, quizás el menos prescindible Pablo García. ¿Qué haríamos si ti, Pablo? Gracias a todos/as.

Y como no, sería imperdonable que me olvidara de todos los ponentes. Todos ellos, sin excepción, han aceptado participar sabiendo que sus emolumentos serían, en el mejor de los casos, simbólicos, sin atisbo de duda y con gran satisfacción y entrega personal, con la seguridad de que sus conferencias, talleres y debates serán magníficos. Este hecho no hace más que acrecentar su ya merecidísimo prestigio y sin par compañerismo. Ya lo decía Hipócrates: *"y si quieren aprender la ciencia, se la enseñaré desinteresadamente y sin ningún género de recompensa"*. Esto, que podría parecer una obviedad, en el momento de la verdad, pocos congresos pueden presumir de lo mismo, más aún en estos momentos de carestía y obligada austeridad.

Hace ahora casi un año, cuando en el congreso de Málaga, varios miembros de la Junta Directiva (Manolo Lubián, nuestro presidente, amigo, tutor y compañero de formación en mi residencia, y, cómo no, Pablo) nos pasaron la responsabilidad a José Nicolás, Pilar y a mí de la organización del congreso en nuestra ciudad, y, en mi caso, el gran honor y por otro lado el gran dilema de erigirme como el último responsable de la misma. Y mentiría si os digo que acepté de inmediato. Mil dudas me asaltaron. ¿Estaría a la altura? ¿Sería capaz? Pero esa incertidumbre se disipó rápidamente. Tenía que aceptar. Nuestra sociedad y nuestra especialidad merecían que no les fallara. Pero ello, como decía, fue mucho más llevadero cuando todos y cada uno del resto de los comités organizador y científico aceptaron encantados el reto. Gracias amigas y amigos, con vosotros todo ha sido un camino abonado para intentar hacer un congreso integrador, innovador y participativo.

Aún recuerdo perfectamente las largas conversaciones que mantuvimos para elegir y votar cuales serían las mesas, ponencias, talleres y conferencias que queríamos mostrar al resto de Andalucía y de España. Fue difícil pues la materia era enorme, interminable y, tal y como corresponde a nuestra especialidad, multidisciplinar, pero al final, la decisión se tomó.

Hemos intentado acometer la mayor parte de las facetas de nuestra especialidad. Queríamos, y creo que lo hemos conseguido, hablar, dialogar y debatir sobre áreas preventivas, de cuidados de la salud, diagnósticas y terapéuticas, actualizarnos, y, divertirnos a la vez, en todos los estadios de la vida, y en todas las áreas médicas y programas de la más bonita de las profesiones del mundo, la de médico de familia.

Nos consta que se han quedado en el tintero muchas y muy buenas ideas, pero confiamos en que el resultado final será de vuestro agrado.

Comentaba que este año ha sido difícil, duro. Las cosas cambian y probablemente tengan que seguir haciéndolo. Quizás congresos anuales, tal y como los conocemos hasta ahora, estén llegando a su fin. Las dificultades económicas y de otra índole que suponen esta forma de reuniones hoy por hoy son difícilmente cubiertas con el modelo actual de financiación.

La empresa farmacéutica sumergida en una crisis de importantes dimensiones ya no puede contribuir de forma suficiente con todos los gastos necesarios, y el apoyo de la Administración Sanitaria, en el momento actual muy importante y decisivo, también tiene unas limitaciones presupuestarias innegables.

Tendremos que pensar en otras formas y posibilidades.

Mantener varias Sociedades de Atención Primaria, es hoy por hoy, un dudoso lujo que no podemos mantener. Nuestra especialidad, necesita, hoy más que nunca la unión, o al menos la colaboración íntima de todos los miembros de nuestro ámbito de atención, sin fisuras.

Lo he comentado, quizás congresos bienales o trienales con jornadas más pequeñas de actualización o de encuentros, serán necesarios.

Este año no ha sido posible pero, muchos de los que formamos parte de nuestra Sociedad, seguimos luchando para que en breve plazo podamos ver conseguida esta aspiración. Sí, amigas y amigos, la unión hace la fuerza. No podemos seguir esperando a que intereses espurios, individuales, y, en cierto modo, alguna mala experiencia vivida en el pasado, sigan primando frente a una lógica aplastante de una gran parte de los miembros de todas las sociedades de Medicina de Familia quienes, a día de hoy, ya trabajan conjuntamente sin la ceguera que oblitera los sentidos de una minoría de sus directivos, que, al igual que el colectivo de indignados de la sociedad, creemos que, al menos en este terreno, "no nos representan." Estoy convencido de que en concordancia con los nuevos aires que ya respiramos, y una vez acabados con los enfrentamientos cainitas de otras épocas, la nueva Junta Directiva entrante sabrá adecuar las necesidades de la Sociedad a los deseos de un número cada vez mayor de sus socios.

Pero lo que sin duda no puede dejar de existir son estas reuniones. Y no virtuales, sino presenciales.

El encuentro entre compañeros/as, el encuentro entre tutores y residentes, administración, empresa farmacéutica, docentes y discentes, no puede acabar sin más. Actualizarnos y continuar con una

formación continuada constituye parte de nuestra idiosincrasia y de nuestra razón de ser.

Como decía, en nuestro congreso se renovará la Junta Directiva. Los integrantes de esta nueva candidatura tendrán ante sí un enorme reto. Continuar con la idiosincrasia de nuestra Sociedad pero, a su vez, fomentar el pluralismo, la ciencia, la investigación y la docencia en un marco de neutralidad con los agentes sociales y todos los ámbitos de la sanidad, comenzando con la administración, los colegios de médicos, continuando con las oficinas de farmacias, siguiendo más allá con la industria farmacéutica, y terminando, como fin último, con los pacientes. Y a la vez hacerlo con todos pero simultáneamente sin dependencias o injerencias que limiten nuestras metas. Difícil tarea amigas y amigos, el órdago está echado. Tenemos que apostar, y hacerlo duro.

Apostar por la mejora de la Atención Primaria, para que sea el referente de una vez por todas, de toda la Sanidad, como base, entrada y filtro sin par, inexcusable e imprescindible para el buen funcionamiento de la Organización de la Salud en nuestro país tal y como la entendemos hoy día.

Apostar por una mayor y de mejor calidad de la investigación en los centros de salud.

Apostar por un aumento de los tiempos en consulta, con un adecuado ajuste de los cupos de pacientes a cada médico.

Apostar por un reparto del presupuesto sanitario mejor y más acorde con el porcentaje de resolución de nuestra especialidad.

Apostar por la entrada de una vez por todas y sin más dilación en la Universidad, por la puerta grande, como merece nuestra especialidad. Con una asignatura básica que haga atractiva para los futuros médicos nuestra especialidad.

Y ya, para finalizar pues un prólogo no puede constituir nunca un capítulo de un libro, sólo me queda desear que nuestro congreso os satisfaga en lo más recóndito. Que el sabor de boca que nos quede tras él, tarde tiempo en marchar. No han faltado ganas ni esfuerzos por intentarlo. Y aunque sea un tópico, si sale bien será gracias al esfuerzo de todas/os y si algo sale mal, gran parte de la culpa recaerá sobre mí. Ya sabéis, en cualquier caso, donde me tenéis.

MESA: Toma de decisiones en osteoporosis desde el punto de vista de Atención Primaria

Ponencia: Eficiencia y seguridad en el tratamiento de la osteoporosis

Plaza Riu M^ªP

Farmacéutica de Atención Primaria. Distrito Sanitario de Córdoba

El objetivo del tratamiento farmacológico debe ser la reducción de fracturas, especialmente la Fractura de cadera (FC), por su relevancia clínica y elevado impacto sociosanitario y económico.

La decisión de instaurar estos tratamientos deberá basarse en la estimación absoluta del riesgo de fractura y en la evaluación de la relación riesgo/beneficio. La eficacia preventiva de los fármacos utilizados en base a la evidencia disponible es muy limitada, tanto en grupos de población, como en tamaño del efecto, que en valores absolutos está en torno a una disminución del 1% de FC en tres años utilizando el tratamiento más coste efectivo que es Alendronato semanal. El NNT sería de 90 mujeres a tratar para disminuir una fractura de cadera durante 3 años.

Los medicamentos que han demostrado reducir Fracturas Vertebrales, No Vertebrales y especialmente Fracturas de cadera son por este orden Alendronato, Risedronato, Zoledronato y Ranelato de estroncio, asegurando una ingesta adecuada de Calcio y Vitamina D. Actualmente se ha comercializado Denosumab pero su lugar en la terapéutica no se ha establecido. La Vitamina D y Calcio disminuye la incidencia de FC, en la población anciana institucionalizada.

La selección de tratamientos distintos a estos supone renunciar a prevenir la fractura de cadera, y sólo debería adoptarse esta decisión cuando los tratamientos anteriores no pudieran utilizarse.

El National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). en septiembre 2008 califica Alendronato y Zoledronato de Eficacia Moderada-alta y al Risedronato de eficacia moderada baja.

Según NICE 2008 y posterior revisión en Enero 2010 la intervención más coste-efectiva en personas de alto riesgo de caídas y en especial institucionalizadas, es Ca + Vit D (1200 mg / 800 UI / día).

El tratamiento con alendronato en mujeres osteopénicas sin otros FR no es costo-efectivo.

Los bifosfonatos empiezan a ser coste-efectivos en personas de alto riesgo y edad avanzada, y en todos los casos **Alendronico semanal es el tratamiento más coste efectivo como principio activo y como genérico.**

Los grupos de población y tratamientos coste-efectivos son:

- Mujeres con fractura por fragilidad previa y DMO < -2.5 DE.

- Mujeres con 75 o más años con 2 ó más FR ó CMA. No es imprescindible una densitometría.

- Mujeres de 70 ó más años, con DMO < -2.5 DE, y al menos 1 FR ó CMA.

- Mujeres < de 70 años, con DMO < -2.5 DE, con CMA y, al menos, 1 FR.

FR: Historia parental FC, ingesta alcohol > 4 copas- día, Artritis reumatoide.

Condiciones médicas asociadas a baja DMO CMA: Espondilitis anquilosante, IMC < 22, Enfermedad de Crohn, Inmovilidad prolongada y Menopausia precoz no tratada.

Pero, ¿hasta cuándo hay que tratar?

Hay evidencia de que las mujeres que interrumpen el tratamiento con alendrónico a los 5 años no experimentan mayor tasa de FC en los siguientes 5 años (Flex 2006). Se podría contemplar tratar 5 años más con alendrónico en aquellas mujeres con riesgo muy elevado de FV.

En mayores de 80 años debe valorarse la conveniencia del tratamiento, la calidad y expectativa de vida y comorbilidades del paciente.

En cuanto a la seguridad, sopesar el balance beneficio-riesgo y que la efectividad está muy ligada a la duración del mismo. Además de las RAMs más conocidas, se han detectado reacciones que han motivado Notas Informativas de la AEMPS como DRESS con Ranelato de estroncio y Osteonecrosis del maxilar y Fracturas atípicas con Bifosfonatos,

En el caso del paciente con medicación concomitante o polimedicado, se han descrito Incrementos Riesgo Relativo de FC (IRR) asociados a medicamentos de amplio uso, que pueden ser evitables, Destacamos IBPs (IRR 44-66% NNH 84), ISRS (IRR 100% NNH 41), Benzodiacepinas (IRR 25%), y Glitazonas en mujeres (IRR 73-123% NNH 37). El riesgo de fractura de cadera asociado al tratamiento con ISRS, glitazonas e IBP es superior al beneficio obtenido con los bisfosfonatos.

La **adherencia** a estos tratamientos es baja y pudiera ser un factor de pérdida de efectividad.

Bibliografía

- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Systematic reviews of clinical effectiveness prepared for the guideline. 'Osteoporosis: assessment of fracture risk and the prevention of osteoporotic fractures in individuals at high risk'. 2008.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE technology appraisal guidance 160. Alendronate, etidronate, risedronate, raloxifene and strontium ranelate for the primary prevention of osteoporotic fragility fractures in postmenopausal women. October 2008.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE technology appraisal guidance 161. Alendronate, etidronate, risedronate, raloxifene, strontium ranelate and teriparatide for the secondary prevention of osteoporotic fragility fractures in postmenopausal women. October 2008.
- Dominguez Camacho J y col. Recomendaciones Generales y Farmacoterapéuticas para la prevención de fractura de cadera vr. 2.7 de febrero 2009 del grupo de trabajo del Servicio Andaluz de Salud.

MESA: Toma de decisiones en osteoporosis desde el punto de vista de Atención Primaria

Ponencia: Diagnóstico práctico de osteoporosis: utilización de escalas de riesgo y densitometría ósea en la consulta del médico de familia

Gallo Vallejo FJ

Médico de Familia. UGC Zaidín-Sur del Distrito Granada. Coordinador del Grupo de Trabajo de Aparato Locomotor de la SAMFyC

Cuando un médico de familia está en su consulta ante una paciente postmenopáusica que le consulta si debería tomar algún fármaco para la osteoporosis, ¿qué riesgo de la paciente le interesa conocer?, ¿su riesgo de tener una baja masa ósea?, ¿su riesgo de padecer una fractura osteoporótica en los próximos años?, ¿o su riesgo de caídas que puedan ocasionar una fractura? Y además, ¿qué ayuda le puede proporcionar para el diagnóstico y/o indicación de tratamiento la realización de una densitometría ósea?

Hoy día sabemos que se recomienda una estrategia de cribado basada en la edad y en factores de riesgo clínicos, fundamentalmente, y dado que es asumido que la edad avanzada es el factor de riesgo más importante de fracturas, estas estrategias de cribado adquieren un mayor sentido en edades avanzadas (a partir de los 60 años), teniendo la densitometría ósea un papel más secundario, debido a que posee un valor predictivo bajo de fractura osteoporótica y que está en función de la edad de la paciente.

Sin duda, para el médico de familia el elemento fundamental que quiere conocer es el riesgo de fractura que su paciente puede tener en los próximos años y si para ese riesgo estimado es o no conveniente intentar reducirlo con un tratamiento farmacológico.

Hasta hace pocos años se han utilizado básicamente escalas de riesgo de baja masa ósea como SCORE, ORAI y OST y las únicas escalas de riesgo de fractura disponibles, como el Fracture Index, permitían identificar aquellos pacientes

posibles candidatos a tratamiento farmacológico pero sin proporcionarnos un riesgo absoluto de fractura.

La preocupación por la correcta identificación de los pacientes de alto riesgo de fractura (los verdaderos candidatos a recibir tratamiento farmacológico) ha hecho desarrollar nuevas escalas de mayor utilidad práctica.

La escala FRAX, bajo el auspicio de la OMS, surge como una nueva herramienta para identificar a pacientes con riesgo de fractura a 10 años, basada en modelos individuales que combinan factores de riesgo clínicos con el valor de la DMO en cuello femoral (aunque éste no es imprescindible para la utilización del FRAX), proporcionando la probabilidad de fractura de cadera y otras fracturas osteoporóticas mayores en los próximos diez años. Se accede a ella fácilmente vía Internet, basta con citar frax OMS en google.com y no es imprescindible tener conexión en la consulta, dado que permite descargar unas tablas de riesgo para nuestro país, en función de sexo, edad, número de factores de riesgo presentes y valor de t-score en cuello femoral.

También está ya disponible otra nueva herramienta de cálculo, el Índice QFracture[®], como alternativa al índice FRAX sin densidad mineral ósea y que a diferencia de éste no incluye a los pacientes que ya han presentado una fractura previa, presentando otras novedades en cuanto incluye nuevos factores de riesgo de osteoporosis/fractura (diabetes mellitus tipo 2, asma, antidepresivos, patología cardiovas-

cular, síntomas menopaúsicos y riesgo de caídas), estratifica el consumo de tabaco y alcohol y sólo considera en mujeres el antecedente de fractura de cadera o de osteoporosis en los padres.

El cálculo de QFractureScores® se hace a través de una calculadora automática a la que se accede por <http://www.qfracture.org> y funciona de igual modo que FRAX, facilitando un riesgo absoluto de fractura a 10 años para fractura osteoporótica y para fractura de cadera. Permite, además, calcular el riesgo de fractura a más corto plazo de tiempo, ya que está estratificado por años. Por el momento, este índice está validado sólo para población inglesa y no es utilizable para nuestra población como sustituto del índice FRAX.

En cuanto a la utilización de la densitometría ósea en pacientes sin osteoporosis establecida, debe reservarse principalmente para mujeres mayores de 60 años, con varios factores de riesgo clínicos, en las que disponer de los valores de t-score suponga un criterio más (junto al valor de FRAX) a la hora de decidir la indicación de tratamiento farmacológico.

BIBLIOGRAFIA

1. Agency for Healthcare Research and Quality. U.S. Department of Health and Human Services. Screening for Postmenopausal Osteoporosis; 2002.
2. Johnell O, Kanis JA, Oden A, Johansson H, De Laet C, Delmas P et al. Predictive value of BMD for hip and other fractures. *J Bone Miner Res.* 2005; 20: 1185-94.
3. Calculadora FRAX®. Disponible en: <http://www.shef.ac.uk/FRAX/>
4. Calculadora QFractureScores®. Disponible en: <http://www.qfracture.org/>
5. Hippisley-Cox J, Coupland C. Predicting risk of osteoporotic fracture in men and women in England and Wales: prospective derivation and validation of Q FractureScores. *BMJ.* 2009; 339: b4229. Comentario: Orozco López P. *FMC.* 2010; 17:733.
6. Tormo J y cols. Grupo de Osteoporosis Distritos Granada y Metropolitano. Acuerdos y propuestas (no publicados).

MESA: Toma de decisiones en osteoporosis desde el punto de vista de Atención Primaria

Ponencia: Evaluación terapéutica en osteoporosis

Carbonell Abella C

Médico de Familia. CS Vía Roma. Barcelona. Universidad de Barcelona

El objetivo del tratamiento es la reducción del riesgo de fractura, o lo que sería ideal, evitar la primera fractura. Sabemos que el haber presentado una fractura por fragilidad es un potente predictor de fractura futura, por ello deberíamos evitar el inicio de la cascada de fracturas.

Hay que considerar la multifactorialidad de la fractura osteoporótica, en la que intervienen factores esqueléticos (el mejor documentado la masa ósea baja) y extra-esqueléticos (no directamente relacionados con la resistencia esquelética) fundamentalmente relacionados con el traumatismo o caída, determinantes en gran medida de las fracturas periféricas.

Los fármacos antiresortivos, que son los que mayoritariamente se están utilizando en el momento actual, mejoran el componente de la fractura relacionado con la fragilidad esquelética, pero no actúan sobre el riesgo de caídas, fundamental a partir de determinada edad y muy relevante en los ancianos.

Es importante seleccionar el tratamiento apropiado para cada paciente. Debemos procurar que el tratamiento sea individualizado.

Siempre que consideremos a un paciente candidato ha tratamiento, éste debe ser informado en términos de reducción de riesgo absoluto de fractura.

Es importante hacer participar, siempre que sea posible, al/la paciente en la decisión. Un tratamiento que debe mantenerse un periodo concreto de tiempo para ser eficaz, implica la complicidad del/ la paciente para obtener resultados satisfactorios. Es importante que el cumplimiento

sea el adecuado. Si nos esforzamos en seleccionar la mejor opción para cada paciente y no vigilamos para que el paciente siga el tratamiento del modo adecuado estaremos perdiendo el tiempo. Sabemos que la mayoría de tratamientos agudos y crónicos tienen una mala adherencia con cumplimientos inferiores al 50% al final del primer año. La osteoporosis no es distinta de otros procesos. La incomodidad de la administración de algunos de ellos junto a clínica asintomática muchas veces facilita los "olvidos" del tratamiento. Hemos de instaurar instrumentos de medida que permitan detectar en el tiempo aquellos pacientes mal cumplidores para plantear en ellos alternativas terapéuticas.

Algunas opciones serían los BF endovenosos o las nuevas alternativas como las terapias biotecnológicas como denosumab.

Denosumab es un anticuerpo monoclonal totalmente humano que inhibe la molécula RANK Ligando, con utilidad en distintas condiciones de pérdida ósea aumentada como en la osteoporosis, el mieloma múltiple, las metástasis óseas y la artritis reumatoide. Este tratamiento funciona de manera diferente a como lo hacen los bisfosfonatos ya que, al incidir directamente sobre la molécula RANK Ligando, inhibe los osteoclastos en todas sus etapas de desarrollo, y su actividad. Ha demostrado que reduce la incidencia de fracturas vertebrales, no vertebrales (incluido el radio distal) y la cadera, en todos los grupos de edad, especialmente en el grupo de pacientes de edad avanzada.

Otra de las cuestiones que esta adquiriendo especial relevancia en los últimos años es cual es la duración óptima de cada tratamiento, cuando

hay que empezar y cuando hay que interrumpir los tratamientos. Para poder emitir una recomendación en este sentido deberíamos poder responder a diversas cuestiones:

Valorar Eficacia:

1. ¿Cuánto tiempo persiste la protección frente a la fractura con el tratamiento?

2. ¿Cuánto tiempo persiste la protección frente a las fracturas cuando se interrumpe el tratamiento?

Valorar Seguridad:

1. ¿Existen efectos por hipersupresión del remodelado? ¿se produce hipersupresión?

2. ¿Cuál es el efecto sobre el riesgo de fractura cuando se interrumpe el tratamiento?

3. ¿Aumenta el riesgo de efectos adversos con la mayor duración del tratamiento?

Todas estas cuestiones no tienen una respuesta fácil.

Quizás lo que debemos plantearnos es que “como mínimo” el tratamiento sea de 3 a 5 años. Esta es la duración de la mayoría de los ensayos clínicos con fármacos que han demostrado eficacia en la reducción de fracturas.

Probablemente lo más adecuado es plantearse transcurrido este periodo si persiste o no la indicación del tratamiento.

MESA: Seguridad del paciente. Avanzando en calidad. URM

Ponencia: El observatorio de seguridad y el médico de familia Seguridad 1+1. Cada uno cuenta

Santana López V, Vázquez Vázquez M, Pérez Pérez P, Pacheco Mera ME, Rodríguez López I

Observatorio para la Seguridad del Paciente. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Justificación

Sabemos bien donde estamos¹ cuando hablamos de seguridad del paciente. Cómo llegar a reducir al mínimo aceptable los incidentes relacionados con la seguridad del paciente y buscar en los alrededores dónde se encuentran las mejores soluciones, se perfilan como las líneas de acción prioritarias del **Observatorio para la Seguridad del Paciente**.



Objetivos

Desarrollar de una red de centros y unidades que compartan información a tiempo real sobre las prácticas seguras que tienen implantadas y los mejores modos para lograrlo.

Metodología

Se ponen a disposición de los centros y unidades de la red los siguientes instrumentos:



Mejora de la higiene de las manos: Iniciativa Manos seguras

Herramienta para la autoevaluación y reconocimiento formal (Distintivo Manos Seguras) de las mejoras en el cumplimiento de las recomendaciones para la higiene de las manos.

Contiene también:

- Cuestionarios on-line sobre el conocimiento y percepción de la higiene de las manos
- Cuestionario de autoevaluación sobre nivel de mejora en la higiene de las manos de la OMS.
- Videjuego sobre 5 momentos para la mejora de la higiene de las manos.



Prácticas seguras en cirugía: Iniciativa Cirugía segura

Iniciativa que permite evaluar y reconocer (Distintivo) la implantación del listado de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS. A través de este sitio se ponen a disposición de los centros listados de verificación quirúrgica para cirugía mayor, cirugía mayor ambulatoria, cirugía menor (**especialmente en atención primaria**) y se recogen otras listas de comprobación elaboradas por los centros para diversos procedimientos: odontología, pruebas funcionales... ("efecto checklist").



Uso seguro de medicamentos

Iniciativa que permite la autoevaluación sobre buenas prácticas en el uso de la me-

¹ El estudio APEAS (Estudio de Eventos Adversos en Atención Primaria.2008) muestra que una media de 7 de cada 100 ciudadanos en un año podrían verse afectados por incidentes de seguridad (relacionados con la medicación, las infecciones asociadas a la atención sanitaria y la realización de procedimientos...), al menos el 70% de ellos evitables.

dicación: conciliación de la medicación, manejo de medicación alto riesgo, prescripción electrónica asistida), prescripción no electrónica, registro de la medicación administrada, planes de acogida y medicamentos con nombres o apariencia similar.

N Sistema de gestión de incidentes de seguridad

Facilita a nivel local la notificación de los incidentes, su análisis, el establecimiento de áreas de mejora, su seguimiento y la difusión de las soluciones entre los centros y unidades de la Red.

Resultados

En la actualidad, forman parte más de 500 centros y unidades de atención primaria: más de 300

en la iniciativa manos seguras, 21 en la iniciativa cirugía segura y 177 en sistema de gestión de incidentes de seguridad (constituyendo la mayor red de esas características).

Los centros y unidades dados de alta en las distintas aplicaciones, su estado de situación para cada iniciativa y las acciones de mejora y evidencias positivas desarrolladas, pueden visualizarse en el **Mapa de la red de centros y unidades**.



Dotando a la red de especial contenido, la función *Compartir* permite a los autoevaluadores y responsables de cada centro o unidad, hacer visible aquellas soluciones generadas que se considere ofrecen una mejor respuesta a una determinada recomendación, práctica segura u objetivo de la estrategia para la Seguridad del paciente.



MESA: Seguridad del paciente. Avanzando en calidad. URM

Ponencia: Farmacéuticos y médicos trabajando juntos en seguridad

Hevia Álvarez E

Farmacéutica Atención Primaria. UGC Farmacia AP Sevilla

En atención primaria un 47,8% de los eventos adversos (EA) notificados está relacionado con la medicación, siendo el evento principal las reacciones adversas. El 60% era evitable¹. Los pacientes polimedicados y mayores de 65 años son los más susceptible de sufrir un EA.

El uso del medicamento implica la decisión compartida con el paciente, selección, prescripción, dispensación, información, administración y seguimiento. En ello intervienen distintos profesionales, el paciente y cada paso es susceptible de errores. El tiempo por consulta, herramientas de prescripción con debilidades, variabilidad en la formación de los profesionales puede ser, entre otras, causa de EA relacionados con la medicación.

La mejora de la seguridad implica minimizar los EA y para ello se requiere establecer una sistemática de trabajo que pueda identificar puntos críticos, implementar estrategias y evaluarlas posteriormente.

El farmacéutico de atención primaria (FAP) persigue promover que los pacientes reciban el tratamiento indicado a sus necesidades, a la dosis necesaria, durante el tiempo que lo requiera, con la mejor información y al menor coste para él y para la sociedad, pero dada la baja dotación personal en cada distrito (1 FAP/100 MAP) no puede llegar a cada uno. Así actúa como señal, y requiere de la colaboración del resto de profesionales sanitarios (médicos y enfermeros).

El FAP puede identificar puntos críticos, diseñar estrategias adaptada a los centros y evaluar la intervención basado en los recursos y capacidades que dispone: base de datos de facturación, historia clínica, revisión de la eviden-

cias basada en la lectura crítica, criterios de adecuación de tratamientos, metodología de revisión estructurada con cuestionarios elaborados para tal fin, elaboración de información al paciente.

Los puntos críticos sobre los que puede actuar son:

1. *Mejora en la adecuación de los tratamientos*: La indicación, el primer punto del uso racional del medicamento es clave en seguridad. Que un paciente reciba un tratamiento que no necesita, no aporta beneficios y si puede aportar efectos adversos.

El FAP extrae y resume criterios de adecuación basados en recomendaciones de guías de práctica clínica que transmite y debate en sesiones conjuntas, además facilita un cuestionario para evaluar esta evidencia en los tratamientos del propio profesional médico. Existen estudios que demuestran mejora de la calidad de los cuidados de los pacientes mediante la revisión de sus historias². En nuestro caso, el médico de atención primaria (MAP) ha constatado que la mayoría de los tratamientos que revisó eran adecuados y permitió detectar los no adecuados, facilitándose la modificación de tratamiento.

2. *Problemas concretos*: posologías inadecuadas, duraciones excesivas, duplicidades o interacciones concretas.

La colaboración estrecha FAP y MAP en la revisión de pacientes con la interacción AINEs-antihipertensivos permitió reducir el número de pacientes con dicha prescripción³.

El sistema de prescripción actualmente no detecta duplicidades. El FAP facilita la revisión de estos pacientes. La duplicidad teórica ha de ser contrastada con el conocimiento clínico del médico sobre el paciente.

3. *Polimedicados*: promueve y facilita la revisión de forma estructurada.

4. *Alertas de Seguridad*: resume y orienta a actuación.

El FAP y el MAP pretenden la mejora de los tratamientos y un uso más seguro de los mismos en los pacientes, para ello necesitan colaborar. Es posible que la baja dotación así como una labor importante en la gestión de la información de indicadores de los acuerdos de gestión puedan hacernos lejanos al profesional del centro de salud. Acercarnos depende de los dos, los farmacéuticos integrar a los médicos en el diseño de las intervenciones globales de mejora de

tratamientos en un distrito y los médicos integrarnos en materia de uso de medicamento que requieran en su centro de salud.

Bibliografía:

¹ Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

² Andrea Benjamin. Audit: how to do it in practice. BMJ. 2008;336:1241-5

³ Ferrer López I, Dominguez Camacho JC. Disminución del uso de AINEs en con antihipertensivos mediante intervención individualizada. Comunicación Oral Congreso SEFAP 2010. Disponible en : <http://z15sefap.blogspot.com/2010/11/co-21-disminucion-del-uso-de-aines-en.html>

MESA: Aportación individual de los factores de riesgo cardiovascular en la enfermedad cardiometabólica

Ponencia: Aportación de la hipertensión arterial al riesgo cardiovascular

García Matarín L

Médico de familia. Doctor en medicina. Unidad de Gestión Clínica Puebla de Vúcar. Almería

Las enfermedades cardiovasculares, son las responsables de la tercera parte de todas las muertes en el mundo (cada año fallecen 17 millones de personas por esta causa), además son importantes por su incapacidad y cronicidad, de tal modo que se prevé que para el año 2020 sea la principal causa de incapacidad.

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares. A nivel mundial la padecen más de mil millones de personas y en España un 35% de la población general adulta, llegando al 40% en edades medias y hasta el 60% en mayores de 60 años. En cifras absolutas esto significa que más de 10 millones de españoles son hipertensos (3 millones no diagnosticados) y además el 60 % de los pacientes no presentan cifra de presión arterial controladas.

Si conseguimos controlar la presión arterial en la población que atendemos, podremos reducir las isquemias cerebrales a la mitad, el de infarto de miocardio un 25% y la insuficiencia cardiaca al 50%.

Se considera que un paciente presenta hipertensión cuando sus cifras son iguales o superiores a 140 mmHg para la sistólica y/o 90 mmHg. para la diastólica, de forma mantenida. Es aconsejable una presión arterial en valores algo inferiores a los citados para determinados grupos de población como los pacientes que ya han tenido una enfermedad cardiovascular, diabéticos o para pacientes de alto riesgo. Aquí se derriba uno de los mitos: **no hay que esperar tener síntomas para tomarse la presión ya que en general no los hay**. Hay que recordar que

la presión se debe tomar toda la vida, a cualquier edad.

La hipertensión arterial raramente se presenta como único factor de riesgo CV en un individuo (<3%) suele asociarse con otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV), lo que incrementa la posibilidad de sufrir episodios cardiovasculares. Entre estos factores debemos considerar el tabaco, tener alto los niveles de colesterol o de triglicéridos, la diabetes tipo 2 y la obesidad. En estos momentos es muy preocupante este último factor pues la mitad de los adultos españoles y hasta un 25% de la población infanto-juvenil padecen sobrepeso u obesidad, todo ello como consecuencia del sedentarismo y los malos hábitos alimenticios como el exceso de grasas saturadas, entre otros. La obesidad es también responsable del incremento observado en la diabetes tipo 2 (12% de la población española sufre esta patología). Esta asociación letal de FRCV hace que la mitad de los hipertensos sean pacientes de alto riesgo vascular.

La mejor manera de combatir la enfermedad cardiovascular en general y la hipertensión en particular es la prevención. Por tanto debemos empezar con una detección precoz, se recomienda una toma de presión arterial antes de los 35 años tomarse la presión por lo menos una vez al año (pero si se tiene antecedentes de hipertensión o diabetes hacerlo con más frecuencia). Después de esa edad, semestralmente y luego de los 50, cada dos meses. Las embarazadas deben extremar los controles.

Entre las medidas a considerar debemos insistir en la realización de ejercicio físico de forma regu-

lar, dejar de fumar, reducir el peso, reducir moderadamente el consumo de sal, y seguir lo que llamamos dieta cardiosaludable—rica en frutas, verduras y lácteos bajos en grasa, que incluya cereales integrales, pescado, carnes blancas magras y

frutos secos. Consulte a su médico sobre fármacos que pueden interferir el control de su presión como antiinflamatorios, descongestionantes nasales etc. Sin cambios en los estilos de vida, será muy difícil combatir este prevalente factor de riesgo.



MESA: Aportación individual de los factores de riesgo cardiovascular en la enfermedad cardiometabólica

Ponencia: Aportación de la dislipemia al riesgo cardiovascular

Pérez Jiménez F

Catedrático y Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Desde que se demostró la importancia de la hipercolesterolemia como factor de riesgo cardiovascular, se ha producido un gran avance en el conocimiento de la relación entre trastornos del metabolismo lipídico y el desarrollo de arteriosclerosis, identificándose varias entidades que se agrupan bajo el término de dislipemia y que afectan al colesterol LDL (Co-LDL), colesterol HDL (Co-HDL) y triglicéridos. De forma práctica, podemos diferenciar entre dislipemias que modifican sólo una de tales fracciones y aquellas que implican a varias. Entre las primeras destaca, por su frecuencia elevada e importancia predictiva de riesgo cardiovascular, la elevación de Co-LDL, que cuando se produce de forma severa y aislada se corresponde con el fenotipo de la hipercolesterolemia familiar heterocigota, entidad con un altísimo riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular prematura. Sin embargo la dislipemia más habitual es el aumento moderado de las cifras de Co-LDL, típico de la hipercolesterolemia poligénica. Otras formas de dislipemias frecuentes, que afectan a varias fracciones lipídicas, son la elevación conjunta de Co-LDL y triglicéridos, junto a la disminución del Co-HDL, fenotipo que se encuentra en enfermedades como la diabetes mellitus tipo 2 y el síndrome metabólico. Adicionalmente, cada vez se le presta una atención especial, a un conjunto de alteraciones que, sin repercutir en los niveles plasmáticos de las fracciones tradicionales referidas, tienen gran importancia como potenciales factores de riesgo. Entre ellas merecen mencionarse el incremento de Lp (a), el aumento de los niveles de Apo B, de colesterol no-HDL o las alteraciones cualitativas presentes en pacientes con diabetes o síndrome metabólico, con aparición de partículas LDL pequeñas y densas y que se acompañan de cifras absolutas de

Co-LDL normales. Es de mencionar que los niveles elevados de triglicéridos no son un factor de riesgo independiente cardiovascular, para algunos investigadores, si bien suelen acompañarse de las alteraciones cualitativas antes indicadas, con descenso de Co-HDL, lo que obliga a darle una importancia de primer grado. En este contexto, y en función de los conocimientos recogidos en múltiples ensayos clínicos, las principales guías clínicas siguen dando la máxima relevancia al Co-LDL como fundamental diana terapéutica y, cuando es necesario, al colesterol no-HDL. No obstante, el tratamiento último depende del tipo de alteración presente.

En algunos casos, como en el de la mencionada hipercolesterolemia familiar heterocigota, el trastorno metabólico es tan profundo que obliga al empleo de fármacos de forma obligada, mientras que en otras de severidad menor, como en la hipercolesterolemia poligénica, los cambios en el estilo de vida, incluyendo la dieta y el ejercicio físico, podrán normalizar las cifras de colesterol en la mayoría de las ocasiones, en cuyo caso los fármacos serán una medida de segunda línea. Por ello el fenotipo de la alteración lipídica será muy importante a la hora de seleccionar el fármaco en cuestión, de acuerdo con su perfil de eficacia, como seguidamente veremos. Pero además, tiene una gran importancia la peculiaridad de cada paciente ya que, como la intensidad del tratamiento y los objetivos a alcanzar no son los mismos en todos los casos. Ejemplo de ello son las recomendaciones de la American Heart Association que aconseja el tratamiento farmacológico para reducir el Co-LDL por debajo de 70 mg/dL, en los pacientes con enfermedad cardiovascular o en los que tienen un equivalente coronario, a pesar de que estas cifras se pudieran

considerar óptimas para un paciente de alto riesgo, según las guías de práctica clínica más utilizadas.

Las estatinas son los fármacos actualmente más utilizados en el tratamiento de las dislipemias, por su potente efecto y porque han demostrado que previenen y mejoran las manifestaciones clínicas de la enfermedad cardiovascular. Sin embargo existe un elevado número de pacientes, en especial las hipercolesterolemias genéticas y los pacientes de alto riesgo, necesitados de una

intervención muy enérgica, para los que las estatinas frecuentemente no permiten alcanzar los objetivos terapéuticos. En estos casos existe un fármaco, la ezetimiba, que actuando de modo combinado con las estatinas aumenta su eficacia y consigue controlar a la mayoría de los pacientes. En otras dislipemias, como el de pacientes con elevación de triglicéridos, descenso de HDL o dislipemia diabética, puede ser necesario recurrir a otros fármacos con el moderno ácido nicotínico de acción prolongada, los fibratos o los ácidos grasos omega-3.

MESA: Aportación individual de los factores de riesgo cardiovascular en la enfermedad cadiometabólica

Ponencia: Aportación de la diabetes al riesgo cardiovascular

Palomares Ortega R

Especialista en Endocrinología y Nutrición. Profesor Asociado de la Universidad de Córdoba. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

La diabetes es una **enfermedad crónica y progresiva** que se caracteriza por la presencia de **hiperglucemia**, como consecuencia principal de la disfunción en la secreción de insulina y/o de la acción de la misma, que conlleva un **riesgo incrementado** de sufrir complicaciones **micro y macrovasculares** dependiendo de la magnitud y de la duración de la misma.

En presencia de esta enfermedad, el **riesgo cardiovascular** está **aumentado** de dos a cinco veces según la población considerada y la naturaliza del episodio, siendo responsable de más del 70% de las **muer**tes en este grupo de pacientes.

Existen evidencias sólidas de que la **mejora del control glucémico** (tratamiento intensivo frente al convencional) reduce las **complicaciones microangiopáticas** independientemente del tipo de diabetes y de la terapia hipoglucemiante utilizada. Sin embargo, el impacto del control glucémico y de las diferentes modalidades de tratamiento sobre las **complicaciones macroangiopáticas y sobre la mortalidad cardiovascular** en la **diabetes tipo 2** sigue siendo objeto de controversia tras los recientes resultados de la fase observacional de 10 años post-intervención del UKPDS y de los estudios de intervención ACCORD, VADT, ADVANCE, etc.

En el primero, se concluye que el **control glucémico intensivo anterior** en pacientes con diabetes de diagnóstico reciente y sin comorbilidad asociada importante, aporta además del conocido beneficio microvascular una **reducción a largo plazo de eventos coronarios y de mortalidad global** a pesar de desaparecer tras un año postintervención las diferencias de HbA1c

entre los grupos (“efecto memoria o legado glucémico”). Estos resultados apoyan el control intensivo de la hiperglucemia en una fase precoz de la diabetes y predicen que puedan necesitarse hasta 10 o más años de seguimiento para apreciar los efectos beneficiosos.

Sin embargo, **otros estudios** que analizan el impacto de diversas intervenciones sobre el riesgo cardiovascular en pacientes con hiperglucemia prolongada y con comorbilidad asociada, **no han podido demostrar un efecto beneficioso, incluso perjudicial** del tratamiento intensivo. Estos resultados apoyan que la intervención tardía agresiva sobre la glucemia no aporta beneficios sobre la enfermedad cardiovascular y que puedan intervenir los diferentes grupos de tratamientos utilizados en incrementar dicho riesgo.

En base a estas diferencias, parece razonable **establecer objetivos de glucemia y tácticas de tratamiento diferentes** de acuerdo con “marcadores de riesgo-beneficio” según la **duración** de la diabetes y la presencia de **comorbilidad** asociada, y así en el subgrupo de pacientes con diabetes de larga evolución y alto riesgo de enfermedad cardiovascular considerar objetivos conservadores, y en el subgrupo de menor riesgo con diabetes recién identificada y sin enfermedad cardiovascular optar por una intervención más intensiva.

Por otro lado, queda por definir la **implicación de las distintas modalidades de tratamiento antidiabético en el riesgo cardiovascular**, ya que de los “clásicos” solo la metformina ha podido demostrar beneficios, las terapias hipoglucemiantes (sulfonilureas e insulina) podrían incremen-

tar dicho riesgo y faltan aún estudios que analicen el impacto de los nuevos agentes (inhibidores de la enzima DPP-4 y agonistas del receptor de GLP-1 o incretín-miméticos) sobre la morbimortalidad cardiovascular.

Conclusiones:

La hiperglucemia conlleva un alto riesgo cardiovascular que depende de la magnitud y del tiempo de exposición. La mejoría del control glucémico es por tanto un objetivo prioritario.

El control intensivo reduce y retrasa las complicaciones microvasculares con independencia del tipo de diabetes y del tratamiento utilizado. Parece que la reducción de las complicaciones macrovasculares y del riesgo cardiovascular con la terapia intensiva ocurre a largo plazo y depende sobre todo del tiempo de evolución de la diabetes, de los factores de riesgo asociados y de la terapia antidiabética utilizada. Todo ello hace necesario definir objetivos de control glucémico y tratamientos individualizados para esta enfermedad.



TALLER

Terapia diabética: insulinización y antidiabéticos orales. URM

Martín Manzano JL¹, Luque Romero LG²

¹ Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Salvador Caballero. Granada. Miembro de los Grupos de Trabajo sobre diabetes de la SAMFyC, semFYC y RedGDPS

² Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Jefe de Servicio Atención al Usuario y Calidad. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla). Miembro del Grupo de Trabajo sobre diabetes de la SAMFyC

Cuando nos planteamos las diversas estrategias de tratamiento en la DM2 es muy importante recordar que, generalmente, la hiperglucemia forma parte de un síndrome en el que además suelen coexistir alteraciones lipídicas, hipertensión arterial, obesidad, microalbuminuria y alteraciones de la coagulación entre otras, y que nuestra actitud debe dirigirse a tratar de controlar el conjunto de todas ellas.

Debido a la naturaleza progresiva de la DM2, cuando no se consigue un control adecuado de la glucemia con dieta y ejercicio, se propone la siguiente estrategia de tratamiento farmacológico:

1. Monoterapia oral.- Iniciar el tratamiento con un fármaco oral e ir ajustando la dosis cada 2-3 semanas hasta alcanzar los objetivos glucémicos deseados. Para iniciar el tratamiento la metformina se consideran el fármaco de elección.

2. Terapia combinada con dos fármacos orales.- En personas con DM2 que no consiguen un control adecuado con monoterapia oral, se aconseja la adición de un segundo fármaco con mecanismo de acción complementario, consiguiéndose una disminución adicional de la HbA1c del 0,5-2%, dependiendo del fármaco utilizado.

3. Cuando con dos fármacos orales no se consiguen los objetivos de control glucémico no podemos plantear diversas posibilidades:

a. Triple terapia oral.- Podría ser una buena estrategia, sobre todo en personas que rechazan la utilización de insulina. La eficacia sobre el control glucémico es similar si se compara con monoterapia oral más insulina, aunque esta úl-

tima combinación es más costo-efectiva, tiene menos efectos secundarios y menos abandonos.

b. Terapia combinada con insulina y fármacos orales.

4. Terapia combinada con insulina más fármacos orales.

Es la pauta aconsejada como paso a seguir cuando no se consigue el control deseado con la terapia combinada con fármacos orales.

De una forma general podemos decir que con la terapia combinada con fármacos orales más insulina (TC) y comparada con el tratamiento solo con insulina (I), conseguimos un control glucémico similar o algo mejor, pero con unos menores requerimiento de insulina del 32% al 62%, una menor ganancia de peso en los tratados con metformina e incluso similares o menores hipoglucemias a pesar de un mejor control glucémico, sobre todo en los tratados con metformina.

Para iniciar la insulinización generalmente se mantienen los antidiabéticos orales a la misma dosis (si retirar inhibidores de la DPP-IV salvo sitagliptina y extremar la precaución si se deja la pioglitazona) y añadir una dosis de insulina basal (NPH, NPL, glargina o detemir): 10 UI o 0,15 UI/kg; (dosis de 0,2 UI/Kg pueden ser más apropiadas en pacientes obesos). Otra forma de calcular la dosis inicial de insulina sería dividir la media de la glucemia basal de los últimos días entre 18.

Ajustar la dosis de insulina en función de la glucemia basal.

Otra opción menos utilizada pero de demostrada utilidad es la utilización de una mezcla de insulina NPH y de insulina rápida o ultrarrápida

(70/30 o 75/25) antes de la cena, en pacientes con glucemias aceptables a lo largo del día pero con glucemias altas antes de acostarse.

Tabla. Insulinización en terapia combinada oral-insulina

- Continuar con los fármacos orales a la misma dosis (eventualmente disminuirla).
- Añadir 10 UI o 0,15 UI/Kg de insulina en dosis única (0,2 UI/Kg en obesos):
 - o NPH, NPL o Detemir antes de acostarse.
 - o Glargina por la mañana o antes de acostarse.
- Ajustar la dosis de insulina según la glucemia basal (GB).

TALLER

Psicofarmacología básica en atención primaria. URM

Caro Tejero F¹, Ruiz Peña M²

¹ Médico de Familia. ZBS de Bujalance (Córdoba). Título de Experto en Salud Mental por la Universidad de Alcalá de Henares

² Médico de Familia. ZBS del Campo de Gibraltar (Cádiz). Título de Experto en Salud Mental por la Universidad de Alcalá de Henares

La prevalencia de los problemas de Salud Mental en nuestra población es muy alta y va en aumento; los Médicos de Familia somos los más accesibles, los más cercanos y los que con una adecuada formación podemos detectar, diagnosticar y tratar numerosos problemas de Salud Mental. Por ello recalcamos la importancia de renovar y actualizar conocimientos en este área, para facilitar y mejorar la asistencia diaria a nuestros pacientes y los problemas que se nos plantean en la consulta.

Bajo este planteamiento, desde el grupo de Salud Mental de Samfyc nos propusimos hacer un taller de Psicofarmacología para Atención Primaria, con rigor científico y a la vez con un enfoque eminentemente práctico.

La metodología que proponemos es con la que nos enfrentamos cada día en nuestros centros de salud: "los casos clínicos" y el tratamiento, como en la mayoría de las patologías que atendemos día a día, será sintomático.

Como punto de partida, tomaremos los síntomas que componen los principales trastornos incluidos dentro de la esfera de la Salud Mental. Una vez identificados, los relacionaremos a circuitos cerebrales malfuncionantes y veremos los mecanismos de neurotransmisión que actúan en los distintos niveles. Una vez sabemos lo que falla en las conexiones, sólo nos queda explicar cómo los diferentes fármacos actúan sobre determinados circuitos o, lo que es lo mismo, construiremos un esquema que nos permita seleccionar el fármaco adecuado según el perfil sintomatológico.

TALLER

Utilidad de la ecografía en la patología urgente atendida en atención primaria

Hernández Ruiz A¹, Oviedo García A², Algaba Montes M², Molina Martos E³

¹ Especialista en MFyC. CS Fuensanta. Córdoba

² Especialista en MFyC. Servicio de Urgencias de Hospital Valme. Sevilla

³ Especialista en Medicina del Trabajo. Empresa VALEO. Martos (Jaén)

Los objetivos del taller son los siguientes:

1.- Divulgar la ecografía abdominal, el protocolo FAST (FOCUSED ASSESMENT SONOGRAPHY FOR TRAUMA-EVALUACIÓN ECOGRÁFICA ENFOCADA AL TRAUMATISMO) en traumatismo abdominal y la ecografía musculoesquelética entre los profesionales de los SCCU, y promover su utilización en base a las ventajas que ésta técnica presenta, por sus características de inocuidad, bajo coste, y efectividad y eficiencia para el estudio de la patología del Abdomen, traumatismo abdominal, grandes vasos, genito-urinario, tiroides y musculotendinosas, en especial de hombro, rodilla y tobillo.

2.- Facilitar una mayor autonomía y capacidad diagnóstica del médico general/Familia y de los servicios de Urgencias mediante el uso de esta técnica de imagen inocua; y posibilitar tanto un diagnóstico más precoz y preciso de traumatismos abdominales potencialmente graves, así como un descarte de patologías que redunde tanto en un beneficio para el paciente, por su mayor poder resolutivo, como en beneficio del Sistema Sanitario, por el ahorro de los costes alcanzado.

3.- Mejorar la disposición de los Médicos de Urgencias a la adquisición de nuevos conocimientos y a la realización de nuevas técnicas, innovadoras en su práctica clínica diaria, que tradicionalmente han estado vetadas a esta categoría de médicos hospitalarios.

TALLER

Recursos alternativos en medicina de urgencias: McGUIVER

Lado Llerena AL¹, Gil Calvo G², Rey Aldana D³

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

² Médico de Familia. Ex Adjunto del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario. Médico de Atención Primaria. CS "Concepción Arenal", Santiago de Compostela (A Coruña)

³ Médico de Familia. Médico de Atención Primaria. CS de Boimorto (A Coruña)

OBJETIVOS GENERALES

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

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

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Proporcionar conocimientos y habilidades, así como los fundamentos teóricos, de técnicas en general sencillas y útiles para atender una variada serie de problemas urgentes. Al mismo tiempo se muestra la utilidad de varias de ellas

para la atención de casos no urgentes, lo que es una amplificación de las indicaciones más allá de lo estrictamente urgente.

METODOLOGÍA DOCENTE

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

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

TEMARIO

- Lesiones por animales.
- Derivaciones adicionales en la evaluación del síndrome coronario agudo.
- Vías venosas periféricas no habituales.

- Anzuelos. Exponemos varias maneras de extraer anzuelos clavados.
- Anillos. Se muestran varias maneras de extraer.
- Cremalleras. Se enseña a liberar la piel atrapada por una cremallera.
- Isquemia con un Penrose y con guante.
- Lavado a chorro de heridas.
- Conservación y manejo de piel y tejidos.
- Sutura con cabellos.
- Traumatismo dentario
- Cuerpos extraños corneales
- Quemaduras eléctricas
- Urgencias por hiperpotasemia.
- Bloqueo anestésico de pequeños nervios periféricos.
- Coma psicogénico y pruebas calóricas.

TALLER

Cirugía menor

Pérez Sánchez JC¹, Calderón Moreno E², Escobar Pérez A³

¹ Médico de Familia. UGC Rincón de la Victoria (Málaga)

² Médico de Familia. UGC Palma-Palmilla (Málaga)

³ Médico de familia. UGC Estación de Cártama (Málaga)

Dentro de nuestra especialidad, la Medicina de Familia, una de las tareas que deberíamos realizar es la cirugía menor, ya que está en la cartera de servicios de nuestro sistema sanitario. Además al profesional que la realiza, le puede aportar muchas satisfacciones personales, porque es una labor que se sale de la rutina habitual de la consulta.

Por otro lado, los programas de cirugía menor logran una disminución de derivaciones a cirugía, acortando el tiempo de demora con este programa en comparación con la derivación a cirugía general; y habitualmente los usuarios que acceden al programa, muestran su satisfacción, ya que no se han tenido que desplazar de su centro y como hemos dicho antes no han tenido tanta espera.

Los objetivos de nuestro taller los podemos dividir en:

Generales, donde se conocerá lo que es la cirugía menor; y específicos, conociendo y utilizando el material quirúrgico que se emplea en cirugía menor, identificando las lesiones susceptibles de cirugía menor y sabiendo realizar las diferentes técnicas.

RESUMEN

El taller de Cirugía Menor consta de una parte teórica y una parte práctica:

En primer lugar se realiza una exposición teórica donde se explica en qué consiste la cirugía menor, diferentes técnicas, material, imágenes de lesiones...

Posteriormente comienza la parte práctica donde se conocerá el material que se utiliza, y se realizarán prácticas de algunas técnicas expuestas.

Estas dos últimas partes prácticas se realizaran en tres grupos, donde se intentará homogeneizar los grupos para adaptarnos a los distintos niveles de conocimientos.

El taller se completa con un test anterior y posterior a la realización del mismo.

Del tiempo total del taller, la parte teórica es aproximadamente el 25%, y la práctica será el 75% restante.

TALLER

Arritmias: manejo de los principales trastornos del ritmo

López Téllez A

Doctor en Medicina y Cirugía. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Acreditado por ACSA en el Nivel Excelente. Miembro del CEI Málaga Nordeste. CS Puerta Blanca (Málaga)

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

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

Objetivos: Mejorar el diagnóstico y abordaje de las arritmias más frecuentes: identificar las principales arritmias, sus causas, significación y tratamiento.

Contenidos: Fundamentos generales 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 permiten una clasificación práctica:

Frecuencia Cardíaca (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.

No requiere tratamiento, salvo sintomáticas (Atropina).

Pausas sinusales: Pausa sin ondas P (alteración de la formación o conducción del impulso). Si sintomáticas ó > 3 segundos indicación de marcapasos.

Ritmo nodal o de escape de la unión: FC: 40-60 lpm. Ondas P no visibles o negativas en II, III y aVF precediendo al QRS. Ritmo defensivo, su importancia depende de la causa; atropina o marcapasos si sintomáticos.

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. Sólo se trata si sintomáticos (Atropina, Adrenalina o 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; P'-R normal o prolongado. QRS estrecho. Aparece en sujetos normales, suelen ser asintomáticas; no requieren tratamiento.

Taquicardia sinusal: Frecuencia: 100-160 lpm. Ritmo sinusal. Onda "P" normal. QRS normal. Cada "P" seguida de QRS. Generalmente es fisiológica. Tratamiento etiológico.

Taquicardia Supraventricular (TSV): Es una taquicardia auricular no sinusal. FC: 150-250 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: maniobras vagales; si no 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. Au-

sencia 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 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

Dermatología práctica

Garnacho Saucedo GM^{a1}, Jiménez Puya R¹, Salido Vallejo R²

¹ Especialista en Dermatología del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

² Especialista en Dermatología del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba y Hospital Valle de los Pedroches en Pozoblanco

El taller Dermatología Práctica es una sesión enfocada al entrenamiento en el diagnóstico por la imagen. A partir de casos clínicos se repasarán patologías tan comunes y fundamentales como acné, dermatitis seborreica, rosácea, eccemas, urticaria, psoriasis, piodermatitis y cáncer cutáneo (melanoma y no melanoma). Se hará

especial hincapié en claves, criterios y algoritmos diagnósticos, indicaciones de derivación y exploraciones complementarias así como en pautas de manejo terapéutico. Se intentará potenciar y animar la participación de los asistentes creando un ambiente de trabajo ameno y productivo.



TALLER

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

Trillo Fernández C

Médico de Familia. Centro de Salud 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 o 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 FVC. 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 monitorización 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. Disponible en: <http://www.goldcopd.org/>
2. GEMA. Guía española para el manejo del asma. Madrid: Ed Luzán 5; 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. Disponible en: <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. *EurRespir J*. 1999; 14: 1358-62.

TALLER

Infiltraciones para médicos de Atención Primaria

López García A¹, Utrera Martín F², Ramírez Fernández A³

¹ Médico de Familia. Centro de Salud de Torre del Mar (Málaga)

² Médico de Familia. Centro de Salud de 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

Otoscopia

Espinosa Sánchez JM

Especialista de ORL. Hospital San Agustín de Linares (Jaén)

Los síntomas otológicos son responsables de numerosas consultas en Atención Primaria. El diagnóstico de estas enfermedades no suele requerir un enfoque complejo, ni la solicitud de muchas exploraciones complementarias, sino que suele bastar una breve anamnesis y una correcta exploración para establecer el diagnóstico.

La otoscopia es una exploración sencilla, rápida

y eficiente, que debe formar parte del armamentario básico del médico de familia. Como toda exploración requiere un aprendizaje que capacite para su correcta realización.

Con este taller pretendemos sentar las bases que permitan, con la práctica clínica diaria, diagnosticar y tratar sin problemas la patología otológica más frecuente.



TALLER

Entrevista clínica a mujeres en situación de maltrato

González Barranco JM^{a1}, García de Vinuesa Garijo L²

1 Médica de Atención Primaria. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba

2 Médica Atención Primaria. Centro de Salud de La Carlota. Córdoba. Psicoterapeuta Humanista y Gestáltica

El problema del maltrato contra las mujeres es considerado en 1996 por la OMS un problema de Salud Pública.

En nuestro país, el maltrato contra las mujeres en la pareja es la forma más frecuente de violencia de género. En los últimos estudios publicados en España, realizados en la población que acude a los Centros de Salud, la prevalencia oscila entre el 17,8% y el 22,9% para maltrato en el último año y entre el 31,7% y 48% para maltrato a lo largo de la vida; lo cual supone como media, 1 de cada 2 a 5 mujeres atendidas por el personal de salud en Atención Primaria por diversas demandas asistenciales. En estos estudios, también se pone de manifiesto el grave deterioro, como causa del maltrato, de la salud física, psicológica y social de estas mujeres así como la de sus hijas e hijos.

Por todo esto es fundamental que el personal de salud adquiera conocimientos, habilidades y desarrollen actitudes que garanticen una atención integral, incluida la prevención, detección precoz y asistencia de mujeres que viven una relación de maltrato.

La atención primaria desempeña un papel decisivo en el abordaje integral y multidisciplinario del maltrato ya que es un lugar donde las mujeres pueden consultar en las fases iniciales del deterioro de su relación cuando los daños pueden ser reversibles.

A través de la escucha activa podemos reforzar las decisiones que tome la mujer, apoyando su derecho a vivir sin miedo. No puede ignorarse que la calidad de la atención médica inicial que recibe la mujer maltratada determina, a menu-

do, que ésta siga adelante en su intención de cambiar la situación que padece y acuda a las instituciones sociales pertinentes.

La consulta puede ser el único espacio que la mujer tiene para hablar de lo que le pasa. Durante la entrevista se puede ir descubriendo en qué y cómo se la puede ayudar.

El personal de salud se siente con ciertas dificultades para la detección precoz o la intervención. A veces, no se interviene por miedo a no saber qué hacer, a hacer más daño, etc. Sin embargo, es importante tener presente que el sólo hecho de escuchar con respeto, es ya un acto terapéutico.

En el estudio y la investigación sobre violencia contra las mujeres se plantea una nueva problemática que no siempre es tenida en cuenta: el efecto que produce en el personal de salud ser testigos de los hechos de violencia que narran las mujeres. El impacto emocional que supone este tipo de asistencia a veces no es tenido en cuenta, pudiendo llegar a ser un factor de riesgo para la salud física y/o psíquica del personal de salud.

Por todo lo anterior consideramos que es importante la formación del personal de salud para:

- Conocer las emociones que tienen estas mujeres.
- Aprender a reconocer nuestras propias emociones cuando somos testigos del maltrato.
- Promover un cambio de actitud en el personal sanitario que atiende a mujeres en situación de maltrato.

- Adquirir las habilidades necesarias para la entrevista

Para esto proponemos un taller con el siguiente contenido:

- Técnica didáctica 1. Conociendo las emociones.

Breve mirada al maltrato. Reflexión y análisis con vídeo.

- Técnica didáctica 2. Planeando mi entrevista.

Técnica didáctica por descubrimiento, interrogativo, expositivo interactivo

Lluvia de ideas.

- Técnica didáctica 3. Aprender haciendo.

Role Playing.

- Técnica didáctica 4. Repasando lo aprendido.

Técnica expositiva interactiva.

No existe una realidad independiente de quien observa, puesto que lo que es observado tiene que ver con quien lo observa y con sus esquemas de realidad (Maturana 1996)

Para que las emociones del personal que asiste a estas mujeres no se confundan con las emociones que ellas traen a la consulta es preciso tener conocimiento y entrenamiento específico en este tipo de entrevista clínica, ya que afecta a la subjetividad de ambas personas.

TALLER

Claves para hacer el consejo dietético y de ejercicio físico en nuevas consultas de Atención Primaria

Jiménez Lorente CP¹, Arjona Berral A²

¹ Médico de Familia. CS Zaidín Sur, Granada

² Fisioterapeuta, Distrito Sanitario Granada

Una alimentación inadecuada y la falta de ejercicio físico son de los factores determinantes más importantes para el desarrollo de numerosos factores de riesgo y sus enfermedades relacionadas, como la obesidad, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y algunos cánceres. El informe para la salud para el año 2020, considera que el 47% de la morbilidad y el 60% de la mortalidad mundial se deben a enfermedades crónicas no transmisibles y se prevé un aumento para el año 2020.

Esta situación cobra una especial importancia si tenemos en cuenta que los factores determinantes que las provocan, son todas ellas evitables y, sobre todo, porque existe cada vez más evidencia que indica que la promoción de la salud es una buena estrategia para frenarla y a largo plazo invertir estas condiciones. La promoción de la salud ofrece instrumentos para la adquisición de hábitos de vida saludables que conduzcan a ganancias en salud a un coste mucho más bajo que el tratamiento médico de cualquiera de los grupos de alto riesgo y de las enfermedades asociadas.

En el plano internacional (Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad física y Salud OMS 2004, Europea (Estrategia Europea sobre Problemas de salud relacionadas con la alimentación 2007-2012), C.E. (fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para la prevención del exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas. libro verde. A nivel nacional estrategias para el sobrepeso y la obesidad, (Estrategia NAOS), Andalucía (Plan para la Promoción de la Actividad

física y la alimentación equilibrada 2004-2008), Plan de Obesidad Infantil (PIOBIN). En todas ellas se viene realizando propuestas de intervención encaminadas a combatir la obesidad ya a promocionar un estilo de vida saludable en alimentación y ejercicio físico y los profesionales sanitarios tienen un relevante papel, principalmente los profesionales de atención primaria, y concretamente los que se encuentran diariamente en la consulta. Entre otras medidas se proponen como principales el medir y pesar al paciente de forma rutinaria, considerándolo tan importante como la toma de la presión arterial o la frecuencia cardíaca, e indagar sobre los hábitos alimenticios y de actividad física de los pacientes, dándoles información sencilla y práctica sobre hábitos saludables y apoyándoles en la consecución y el mantenimiento de éstos.

Desde sistema sanitario, no existen dudas de la relación causal entre los factores determinantes, fundamentalmente la alimentación inadecuada y la inactividad física y determinadas enfermedades crónicas y tampoco existen dudas de la relación entre un estilo de vida saludable y la disminución de la morbi mortalidad así como la eficacia mediante la intervención mediante consejo dietético.

Así mismo hay estudios recientes PREDIMED, ATTICA, EPIC Y DRECA sobre los beneficios en salud obtenidos con al adherencia a la dieta mediterránea y la realización de ejercicio físico.

Por todo esto el taller surge como respuesta a las necesidades planteadas por los médicos de familia para mejorar sus competencias en temas relacionados con el consejo dietético y ejercicio

físico dotándoles de conocimientos y de habilidades necesarias para llevar a cabo dicho consejo en sus centros de salud.

Bibliografía:

1) Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Organización Mundial de la Salud; 2004. Disponible en:

http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf

2) 2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of non communicable diseases : prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes. World Health Organization; 2009. Disponible en:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf

3) Serrano-Ríos M, Ordovás JM Gutiérrez-Fuentes JA. *Obesity*. Barcelona: Editorial Elsevier España; 2011.

4) Benjamin Caballero. The global Epidemic of Obesity: An Overview. *Epidemiol Rev*. 2007; 29:1-5.

5) Laura Epstein and Jane Ogden. A qualitative study of GPs' views of treating obesity. *British journal of general practice*. 2005; 55: 750-754.

6) Jordi Salas-Salvadó, Miguel A. Rubio, Monserrat Barbany, Basilio Moreno y grupo colaborativo de la SEEDO. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128: 184-96.

7) Freda Mold BSc, PhD and Angus Forbes. Patients "and professionals" experiences and perspectives of obesity in health-care settings: a synthesis of current research. 2011 Blacwell Publishing Ltd Health Expectations.

8) Corio Andújar R, Vidal Cortada J, Rodríguez de Cossío A, Rodríguez Sánchez R, Arbonés Fin-

cias L, Alonso Moreno FL. Opinión y motivación del médico de Atención Primaria sobre la obesidad y el sobrepeso. *SEMERGEN*. 2009; 35: 498-504.

9) Obesidad y sobrepeso. OMS. Nota descriptiva n° 311, marzo 2011. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

10) Encuesta europea de salud 2009 (EES2009). Consultada en www.ine.es

11) Grau M, Elosua R, Cabrera de León A, Guembe M^aJ, Baena-Díez JM, Vega Alonso T, et al. Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo XXI: análisis agrupado con datos individuales de 11 estudios de base poblacional, estudio DARIOS. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 295-304.

12) Sánchez Cruz JJ, Sánchez Villegas P, Moya Garrido MN, Mayoral Cortés JM. La salud en Andalucía según las encuestas andaluzas de salud (EAS): EAS-1999, EAS-2003 y EAS-2007. 1^a ed. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.

13) Estrategia NAOS: Invertir la tendencia en obesidad. Estrategia par la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Agencia española de seguridad alimentaria. 2005. Disponible en: <http://www.naos.aesan.msp.es/naos/ficheros/estrategia/estrategianaos.pdf>

14) Plan para la promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada 2004-2008. Junta de Andalucía, Consejería de salud; 2004. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_alimentacion_equilibrada/Plan_actividad_fisica.pdf

15) Córdoba García R, Ortega Sánchez-Pinilla R, Cabezas Peña C, Forés García D, Nebot Adell M, Robledo de Dios T, GRUPOS DE EXPERTOS DEL PAPP. Recomendaciones sobre estilo de vida. *Aten Primaria*. 2001; 28: 27-41. Disponible en: <http://www.documentacion.edex.es/docs/1008CORrec.pdf>

16) Serra Majem LI, Ribas L, Castell C, Arijá V, Lloveras G, Salleras L. Consejo nutricional y alimentario. *Med Clin (Barc)*. 1994; 102: 93-99.

- 17) Lyznicki JM, Young DC, Riggs JA, Davis RM. Obesity: Assessment and Management in Primary care. *Am Fam Physician*. 2001; 63: 2185-96.
- 18) WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Interventions on diet and physical activity: what works: summary report. World Health Organization; 2009.
- 19) Jones N, Furlanetto DLC, Jackson JA, Kinn S. An investigation of obese adults' views of the outcomes of dietary treatment. *J Hum Nutr Diet*. 2007; 0: 486-494.
- 20) Rutledge T, Groesz LM, Linke SE, Woods G, Herbst KL. Behavioural weight management for the primary care provider. *Obesity reviews*. 2011; 12: e290-e297.
- 21) Brotons C, Ciurana R, Piñeiro R, Kloppe P, Godycki-cwirko M, Sammut MR on behalf of EUROPREV. Dietary advice in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Am J Clin Nutr*. 2003; 77: 1048S-51S.
- 22) Kloppe P, Brotons C, Anton JJ, Ciurana R, Iglesias M, Piñeiro R, et al, por el EUROPREV. Prevención y promoción de la salud en atención primaria: comparación entre la visión de los médicos españoles y los médicos europeos. *Aten Primaria*. 2005; 36: 144-51.
- 23) Guerra-García M, Pousa-Estévez L, Charro-Salgado A, Becoña-Iglesias E. Evaluación de la actitud y las dificultades que los médicos de Atención Primaria tienen ante el diagnóstico y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. *SEMERGEN*. 2009; 35: 15-9.
- 24) van Dillen SME, Hiddink GJ, Koelen MA, de Graaf C, van Woerkum CMJ. Identification of nutrition communication styles and strategies: A qualitative study among Dutch GPs. *Patient Education and Counseling*. 2006; 63: 74-83.
- 25) King LA, Lo0ss JHM, Wilkenfeld RL, Pagnini DL, Booth ML, Booth SL. Australian GPs' perceptions about child and adolescent overweight and obesity. The weight of opinion study. *British journal of general practice*. 2007; 57: 124-129.
- 26) Forman-Hoffman V, Little A, Wahls T. Barriers to obesity management: a pilot study of primary care clinicians. *BMC Family Practice*. 2006; 7: 35.
- 27) Sussman AL, Williams RL, Leverage R, Gloyd PW, Crabtree BF, on behalf of RIOS Net Clinicians. The Art and Complexity of Primary Care Clinicians' Preventive Counseling Decisions: Obesity as a Case Study. *Ann Fam Med*. 2006; 4: 327-333.

TALLER

Anticoncepción hormonal, diu e implantes. URM

Navarro Martín JA¹, Corona Páez I², Trillo Fernández C³

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

² Médico de familia. Centro de Salud La Palmilla. Málaga.

³ Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. 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 extracción 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:
 - o Casos clínicos.
 - o Inserción y extracción del implante subdérmico.
 - o Inserción y extracción del DIU.

TALLER

Interpretación de la retinografía digital

Mengual Luque P

Médico de familia. Centro de salud de Occidente (El Higuerón), Córdoba

La retinopatía diabética (RD) es una enfermedad ocular provocada por las complicaciones microangiopáticas crónicas de la diabetes mellitus, y es la principal causa de ceguera en el mundo occidental. Aproximadamente el 78 % de los diabéticos tipo II presentan algún grado de RD en los 15 años posteriores al diagnóstico de la enfermedad. A pesar de los avances en su tratamiento, el incremento en la prevalencia de la diabetes y el progresivo envejecimiento de la población, hace que siga siendo un problema de salud importante.

Hasta hace pocos años la cobertura de exploración retiniana a los diabéticos de nuestra comunidad, estaba en torno al 20%. Ante esta circunstancia, surgió el Programa de Detección Precoz de la Retinopatía Diabética, dentro del Plan Integral de Diabetes, en un intento por mejorar la referida cobertura, al tiempo de optimizar esta actividad con los nuevos recursos técnicos que así lo permitían.

Llegado el momento, los médicos de Atención Primaria nos enfrentamos a un reto más; la adquisición de habilidades para realizar correctas lecturas de las retinografías realizadas en nuestro entorno, y que serán derivadas de forma telemática al oftalmólogo, en caso de resultar patológicas. Así pues, se abre una nueva ventana a la valoración del deterioro vascular de diabéticos y no diabéticos, que hasta hace poco tiempo sólo era posible mediante oftalmoscopia directa, con la dificultad que esta técnica entraña. Surgen términos nuevos con los que nos tenemos que familiarizar: relación arteriovenosa, cruces, microaneurismas, hemorragias, exudados, drusas, etc..., que forman parte de la semiología que ofrece la retina, único lugar de nuestro organis-

mo en el que pueden observarse directamente los vasos sanguíneos.

En los últimos años, diversos estudios han puesto en evidencia, por un lado la validez del método de cribado de la RD, y por otro, el valor de la rica semiología retiniana, que habla del deterioro vascular de los pacientes. Recientemente hemos podido ver publicado en la Revista Española de Cardiología, un interesantísimo artículo que con el título: **Manifestaciones vasculares retinianas: ¿reflejan el estado del corazón?**, realiza un análisis sobre el valor predictivo del deterioro vascular de los pacientes, tras la realización de retinografías a pacientes en riesgo cardiovascular.

Para realizar una correcta lectura de la retinografía digital, es necesario conocer la anatomía normal de la retina, en la que debemos distinguir la Papila del Nervio Óptico, Mácula y Vasos Sanguíneos (Arteriolas y Vénulas).

Podemos detectar dos grandes grupos de alteraciones en las retinas de nuestros diabéticos, que en muchas ocasiones además son hipertensos:

- *Alteraciones en el parénquima retiniano:*

o **Microaneurismas:** pequeñas dilataciones de la red capilar de la retina. Primeras alteraciones en la retina de los diabéticos.

o **Hemorragias:** a veces por rotura de los microaneurismas. En ocasiones las hemorragias son tan grandes que llegan a multiplicar por varios números el tamaño de la papila (unidad de medida en la retina). Según el lugar en el que se localicen podrán ser prerretinianas, intrarretinianas o retrorretinianas.

o Exudados: como consecuencia de la isquemia retiniana, los vasos expulsan contenido plasmático, dando lugar a:

- Exudados duros: depósitos lipídicos de formas caprichosas en el parénquima retiniano. Tienen un color amarillento.
- Exudados blandos: extravasación de plasma. Presenta coloración blanquecina-grisácea, de aspecto algodonoso.

o Drusas: depósitos de material hialino en capas profundas de la retina. Suponen un fenómeno de envejecimiento.

o Otras alteraciones pigmentarias: como los impactos de LASER, nevus, etc...

- *Alteraciones en los vasos sanguíneos:*

o HTA: Relación AV disminuida, estrechamiento focal, refuerzo de la pared, rectificación, trayecto zigzagante, cruces AV, arteriolas en hilo de cobre y plata.

o Diabetes: Arrosariamiento y asas venosas, dilatación de las vénulas, AMIR y la formación de neovasos.

El conocimiento de esta rica semiología nos ayudará a realizar acertadas lecturas de las retinografías de nuestros diabéticos, aunque si somos algo más ambiciosos, podemos valorar el deterioro vascular de nuestros pacientes, que nos acercará un poco más al riesgo cardiovascular.

TALLER

Doctor, tengo dolores de cabeza de siempre y últimamente han aumentado, estoy asustado ¿me da un informe para pedir cita en el neurólogo...?

Moreno Álvarez PJ¹, Castillo Obeso J²

1 Médico de Familia. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Rinconada. Distrito Sanitario Sevilla-Norte. Miembro del Grupo de Trabajo de Neurología semFYC

2 Médico de Familia. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Miembro del Grupo de Trabajo de Neurología semFYC

Las cefaleas, bien como síntoma o enfermedad, son padecidas por más de un 80% de la población general. Constituyen el primer motivo de consulta neurológico y el cuarto motivo de consulta general en Atención Primaria (7-9%), el primero en consultas de Neurología General (35%), siendo la causa más frecuente de derivación al Neurólogo. Solo consultan 1/3 de los pacientes si bien el 70% lo hace con el médico de familia. En general se consideran como una patología banal, ya que en su mayoría son primarias, pero no debemos de olvidar el grado de sufrimiento que generan y que en ocasiones pueden ser el síntoma de un proceso secundario más grave.

Las cefaleas pueden llegar a tener importantes repercusiones en el orden personal. Sirva como ejemplo que entre el 4%-5% de la población tiene dolores de cabeza a diario y que en la mujer es la 12^a causa, según la OMS, de años vividos con discapacidad. En lo social solo la migraña es causa de una pérdida de 20 millones de jornadas laborales al año con un coste aproximado de 2000 millones de euros.

Bien como síntoma o enfermedad, además de altamente prevalentes, son vulnerables desde nuestro medio asistencial. Por tanto el Médico de Familia debe manejarse con seguridad ya que

bien diagnosticada (solo historia clínica y exploración) y tratada, permitirá aliviar más del 90% de los casos.

Iniciaremos el taller con una breve aproximación teórica a las cefaleas más frecuentes o de mayor gravedad. Debatiendo con los asistentes la semiología neurológica y general básicas a realizar en una consulta de Atención Primaria con la presentación de un caso clínico de una cefalea secundaria. Posteriormente se proyectaran varios videos (migraña, cefalea en racimos y cefalea crónica), seguido cada uno de ellos de la discusión de los criterios diagnósticos y el manejo y la indicación de tratamiento farmacológico.

Nos proponemos capacitar a los asistentes en la realización de una anamnesis semidirigida y una exploración física ajustadas a la realidad de las consultas de Atención Primaria, con especial énfasis en el despistaje de procesos urgentes, sospecha de cefaleas secundarias y diagnóstico diferencial de las principales cefaleas primarias. Repasaremos las diferentes opciones y estrategias farmacológicas y no farmacológicas para el tratamiento de los diferentes tipos de cefaleas primarias, abordando sucintamente la cefaleas secundarias más frecuentes, y propondremos pautas iniciales de para su tratamiento, así como los criterios de derivación a Neurología.

TALLER

Manejo del paciente con hiperplasia benigna de próstata

Serrano Galán FR¹, Santiago Muñoz MA²

¹ Médico de Familia. CS Tomares. Distrito Aljarafe. Sevilla

² Médico de GSK. Sevilla

Este taller tiene como objetivo que los asistentes al mismo mejoren sus conocimientos, aptitudes y habilidades en el manejo de pacientes varones con síntomas del tracto urinario inferior (STUI) especialmente los que diagnostiquemos de hiperplasia benigna de próstata y en aquellos que soliciten estudio prostático por miedo al cáncer.

Para ello desarrollaremos de forma interactiva y con ayuda de casos clínicos y maniquís para la exploración rectal, los siguientes puntos clave para la atención de este tipo de pacientes:

-Anamnesis dirigida (IPSS) y antecedentes familiares y personales.

-Exploración física genito-urinaria con especial hincapié en la exploración prostática.

-Exploraciones complementarias y de laboratorio imprescindibles con especial hincapié en el antígeno prostático específico (PSA) en su correcta interpretación y manejo.

-Terapéutica farmacológica con evidencias, sus indicaciones, efectos adversos y sus precauciones en su manejo.

-Criterios de derivación a consulta especializada.

TALLER

Nuevas tecnologías aplicadas a la consulta: herramientas y dificultades

Sánchez Laguna FJ¹, Prados Castillejo JA²

¹ - Médico de Familia. Máster en Informática Sanitaria por la City University London

² Médico de Familia. UGC Lucano (Córdoba). Coordinador Proyecto Lucano.online

El impacto de las tecnologías de la comunicación en la vida diaria tanto para profesionales como para ciudadanos es muy importante y justifica la necesidad de su implantación progresiva en los entornos relacionados con la salud. De hecho se puede afirmar que Internet es la primera fuente de Información de salud a nivel internacional.

Algunos datos nos permiten ver el impacto social que las tecnologías de la comunicación y en especial las herramientas web 2.0 presentan:

- Facebook tiene más de 500 millones de usuarios, con más de 12 millones de usuarios activos sólo en España.
- Tuenti tiene en España 8,6 millones de usuarios.
- España está en el 'top 10' de países que más usan Twitter.
- Cada minuto se suben más de 20 horas de vídeo en Youtube.
- Wikipedia tiene 15 millones de artículos escritos por los propios usuarios.

España es el séptimo país del mundo en el uso de redes sociales, el 80 % de los internautas pertenecen a una red social y 20 millones de usuarios las utilizan a diario.

El número de usuarios que tiene Internet crece progresivamente. El porcentaje estimado de u-

suarios es ya en España superior al 44,6% y en Andalucía al 38,9%. El porcentaje de ciudadanos que buscan información sanitaria es del 41,1% y 36,7%, respectivamente.

Actualmente la Consejería de Salud de Andalucía ha apostado por la tecnología web 2.0 y gran parte de los proyectos que se pilotan en el LivingLab Salud Andalucía van en esta línea.

Toda esta tecnología puede y debe tener una aplicabilidad real en nuestras consultas de Atención Primaria. Para ello haremos un recorrido sobre las siguientes herramientas:

- Compartir información: Twitter, Slideshare, Youtube, Vimeo, Google Reader...
- Trabajar colaborativamente: en documentos de texto, hojas de cálculo, formularios, presentaciones, mapas mentales...
- Comunicación personal (médico-paciente, por ejemplo): correo electrónico, redes sociales, videoconferencia, mensajería instantánea...
- Comunicación profesional: teleconsulta, teleformación...
- Proyecto Lucano.online.
- El falso enemigo: LOPD.

Se presentaran ventajas y limitaciones, así como iniciativas que ya están en marcha en nuestro entorno.

TALLER

La cesta de la compra

Panisello Royo J

Especialista en Medicina Interna

Directora General Fundación para el Fomento de la Salud (FUFOSA). 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: Ha aumentado mucho el consumo de carnes, disminuyendo paralelamente el de verduras y cereales, fundamentalmente en forma de pan. Por otra parte ha habido un incremento uniforme del consumo de grasas, sobre todo de las saturadas, es decir de aquellas involucradas en el desarrollo de arteriosclerosis. 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 desgraciadamente tan característicos de la edad infantil.

Paralelamente a los cambios que se observan en cuanto al tipo de alimentos que se adquieren, se ha apreciado un cambio en la forma de realizar la compra. Se ha pasado de realizarla a diario, acudiendo al mercado y/o a pequeños colmados cercanos al domicilio, a realizarla con menor frecuencia (semanal, quincenal o mensual) y por lo general en grandes superficies.

Los progenitores son responsables del entorno inmediato en que se desarrollan los hábitos infantiles. En modo con que se alimentan ellos mismos influye de forma decisiva en el desarrollo de hábitos en sus hijos. Y todo empieza en el acto aparentemente sencillo y cotidiano de hacer la compra.

Situación actual

En las sociedades industrializadas los patrones de consumo de alimentos han ido cambiando de

forma importante. Datos epidemiológicos como la Encuesta Nacional de Salud o el estudio enKid^{1,2} y las estadísticas de consumo que realiza periódicamente, desde 1987 el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación muestran claramente cómo ha ido disminuyendo el consumo de algunos alimentos, como las verduras, legumbres, la leche o el pan, mientras que cada vez se consumen más carnes, derivados lácteos, bollería y alimentos preparados. Pueden verse algunos datos en la figura 1³.

El consumo real se inicia en la cesta de la compra. Esto condiciona las prácticas culinarias de las familias y el entorno en que crecen y desarrollan sus hábitos niños y niñas, que comerán aquellos alimentos que se encuentran almacenados en su hogar.

Pero la forma de hacer las compras también ha cambiado en las últimas décadas. Rara vez se recurre al pequeño negocio cercano al domicilio y en cambio suele hacerse la compra en grandes superficies, realizando acopio de alimentos ya elaborados (condición que permite aumentar su durabilidad). Así, en 1988 había en el territorio español 99 hipermercados y 92.484 tiendas tradicionales pero en 2006 las cifras respectivas eran 379 y 27.423, lo que significa una tasa de variación interanual del 7,7% en el primer caso y de -6,5% en el segundo³.

En supermercados e hipermercados, la oferta de productos no sólo suele ser muy abundante; también es cambiante, estrategia ésta que se utiliza para incrementar las ventas al obligar al consumidor a recorrer de nuevo todos los pasillos. Por tanto es conveniente acudir con la lista de la compra hecha previamente, si no se quiere terminar

con el carro lleno de productos "apetecibles", muchos de ellos preparados y con alto contenido en grasas y azúcares, productos que acaban sustituyendo a aquellos otros que son más saludables o eran de consumo más tradicional.

Para ofrecer consejo nutricional, es conveniente que los profesionales de la salud dispongan de conocimientos actualizados sobre la importancia de la alimentación en la salud actual y futura de sus pacientes, que conozcan los riesgos potenciales que esconden las prácticas actuales y además sean capaces de transformar los datos científicos en frases sencillas, con lenguaje comprensible, no técnico. Para ello, reflexionar sobre las propias prácticas a la hora de elegir los alimentos que se consumen resulta un ejercicio interesante y revelador. Analizar a fondo la composición de los alimentos que se adquieren proporciona una educación nutricional esencial si no se quiere acabar comprando lo que casualmente se encuentra o comiendo lo que "casualmente" se compra.

Los principales obstáculos

La falta de tiempo

Está claro que en esta época todo el mundo se queja de falta de tiempo. Para todo. Para cocinar y para hacer la compra también. Si en épocas anteriores las amas de casa solían tener organizado un menú semanal, hoy, al llegar a casa se abre la nevera y cada persona se sirve lo que allí encuentra. Se va el fin de semana de compras y se adquieren productos que puedan ser almacenados y consumidos varios días o semanas más tarde. Los alimentos perecederos como frutas y verduras frescas, van siendo sustituidos por productos envasados que se conservan más tiempo.

Los alimentos preparados

Con el reclamo de que facilitan la vida, especialmente a las madres que trabajan fuera de casa o las personas con horarios laborales amplios, cada vez hay mayor oferta. El problema es que en su elaboración en ocasiones se producen cambios que repercuten de forma negativa en su calidad nutricional. Para que se conserven más tiempo

es necesario recurrir a aditivos. Los potenciadores de sabor (entre los cuales se encuentran las grasas) los hacen más apetecibles. Y las grasas, frecuentemente ven transformadas su orientación espacial de "cis" a "trans" con el fin de aumentar su durabilidad, al dificultarse el proceso de enranciamiento, y mejorar la palatabilidad de las mismas. Esta nueva configuración espacial comporta el que resulten francamente nocivas para el aparato cardiovascular. No podemos dejar de citar el anteproyecto de ley que está preparando la Agencia Española de Seguridad Alimentaria Y Nutrición que incluye el limitar a un máximo del 2% el aporte de estas grasas.

Además en comparación con sus equivalentes hechos a la manera tradicional, en casi todos los alimentos procesados industrialmente, se comprueba mayor concentración de sal y de azúcares. De este modo, además de incrementar su valor calórico, se convierten en menos sanos desde el punto de vista cardiovascular. Solamente los congelados sin manipulación previa son totalmente equivalentes a los productos frescos y por tanto igual de saludables.

Las raciones

Los alimentos preparados suelen indicar para cuántas personas están diseñados, pero siempre se trata de porciones que son bastante mayores que la que correspondería en el caso de realizarse el plato en casa. Además, la visión de la porción aislada invita a terminarla, aunque ya se haya comido suficiente. Carecemos de datos objetivos en nuestro país sobre el tamaño de las porciones, aspecto que sí ha sido analizado en Estados Unidos⁴.

La etiqueta nutricional

Se trata de un requisito exigido por la legislación española y la europea. Sin embargo no es fácil de interpretar si no se tienen unos conocimientos mínimos. Debe incluir los datos esenciales de la composición del producto, su origen y la fecha de caducidad. El aspecto más sencillo de entender es el valor calórico, pero a menudo confunde por estar expresado en dos tipos de unidades (Kcal/Kjul) y por lo general, dos cantidades: por 100 gr del producto o por ración. Es en las grasas donde se requeriría mayores expli-

caciones: detallar el tipo de grasas que contiene además de la cantidad. Y algo similar en el caso de los hidratos de carbono, pues la mayor cantidad de azúcares además de influir en el índice glicémico, influye en las calorías totales. Aún falta por regular aspectos fundamentales como orientaciones sobre la cantidad que se debería tomarse a la semana de determinados alimentos.

Consejos finales⁵

1. Acudir a la compra **habiendo comido previamente** y nunca con la sensación de hambre. Está demostrado que se adquiere mucha más cantidad de alimentos de los necesarios si no se hace así.

2. Aprovechar la compra para **enseñar a los hijos^{4,6}** a hacerla siguiendo parámetros nutricionales y económicos. Puede ser una actividad "extraescolar" de la que podrán sacar un gran provecho.

3. Acudir siempre con una **lista de la compra hecha**.

4. **Comprobar** al finalizar el grado de cumplimiento de dicha lista. Al menos de vez en cuando, hay que cerciorarse de que la diferencia entre lo que se ha adquirido y lo que se había pensado comprar no es superior al 10%.

5. **Comprar productos frescos:** verduras, hortalizas y fruta del tiempo. De esta manera se asegura el máximo aporte de antioxidantes y vitaminas y una mejor relación cantidad - 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**. Asegurarse de que escogen "grasas saludables" como el aceite de oliva, que siempre se preferirá a los aceites de semillas (girasol, soja y maíz). Mucho mejor si el aceite de oliva es "virgen" por su mayor riqueza en antioxidantes. Hay que comprobar los ingredientes de los alimentos preparados, evitando los elaborados con gra-

sas no identificadas, o no recomendables: saturadas y parcialmente hidrogenadas (trans). Los elaborados con aceites de semillas (girasol, soja y maíz) son una opción intermedia.

7. Comprobar a la salida el contenido del carrito. Lo mejor es que:

a) Esté **lleno de verduras, frutas y hortalizas del tiempo** y que presente una gran **variedad de colores** (cada gama cromática suele corresponderse con un grupo de antioxidantes);

b) Contenga abundantes **legumbres** y también **pescados**, tanto blancos como azules;

c) Contenga lácteos bajos en grasa;

d) Haya **pocas carnes**, que deben ser **preferentemente blancas** y diversificando su origen (conejo, pavo y pollo) o de avestruz;

e) Se hayan adquirido muy pocos alimentos preparados;

f) En caso de haber conservas, se han elegido las que son al natural o en aceite de oliva.

g) Un último consejo, pensando en el medio ambiente y la tan deseada sostenibilidad: utilizar, siempre que le sea posible, cestas en lugar de bolsas de plástico.

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

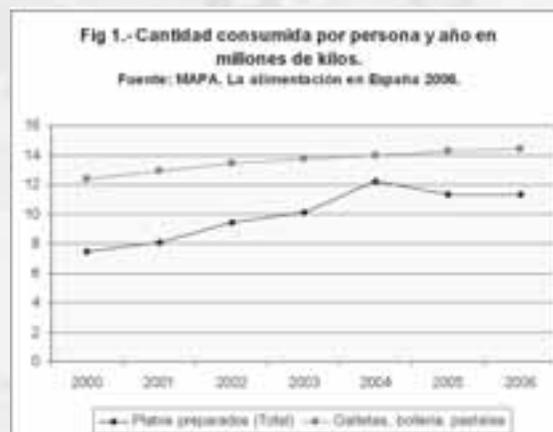


Tabla I: Técnica de los tres pasos	
1) Antes de la compra	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer la lista de la compra, a medida que se acaben los productos en casa. • Ir a comprar con el estómago lleno. • Llevar gafas o una lupa para poder leer bien los ingredientes.
2) Durante la compra	<ul style="list-style-type: none"> • Consultar la fecha de caducidad. • Consultar precio y peso. • Leer críticamente el listado de ingredientes.
3) Después de la compra	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar que entre el contenido del carro y la lista de la compra no haya una desviación superior al 10%. • Comprobar que se ha 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.

Bibliografía

- 1 Serra Majem L, Serra, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Saavedra Santana P. Epidemiología de la obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del estudio enKid (1998-2000). In: Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, editores. Obesidad infantil y juvenil. Barcelona: Editorial Masson SA; 2001. p. 81-108.
- 2 Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Román Viñas B, Ribas Barba L, Serra Majem L. Resultados del estudio enKid. Actividad física, hábitos alimentarios y estilos de vida. In: Serra Majem L, Román Viñas B, Aranceta Bartrina J, editores. Actividad física y salud. Barcelona: Editorial Masson SA; 2006. p. 51-64.
- 3 Ministerio de Agricultura Pesca y Alimentación. La alimentación en España. 2006. Disponible en: <http://www.marm.es/es/alimentacion/temas/consumo-y-comercializacion-y-distribu>
- 4 US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. Do you know how food portions have changed in 20 years? Disponible en: <http://hp2010.nhlbi.nih.net/portion/>
- 5 Panisello Royo JM. La cesta de la compra. In: AEPap ed, editor. Curso de actualización pediátrica 2009. Madrid: Ex-Libris Ediciones; 2009. p. 121-129.
- 6 Grupo de trabajo de la guía sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil, Centro Cochrane Iberoamericano. Guía de práctica clínica sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil; 2009. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_452_obes_infantojuv_AATRM_compl.pdf

ACTUALIZACIÓN

ASMA – EPOC. URM

Valero Martín AJ

Médico de Familia. Consultorio local de Villafranca de Córdoba. UGC de Bujalance, Córdoba

Cuando hablamos de ASMA y EPOC nos referimos a dos entidades clínicas cuyo conocimiento está en continua evolución en los últimos años y si ahora dedicamos parte de nuestro tiempo a hablar de ellas posiblemente se deba a la importancia que tienen, no solo por su alta prevalencia sino por el deterioro en la calidad de vida que supone para los pacientes mal controlados y como no, en los tiempos que vivimos, por el coste económico que genera su atención.

Según los datos del estudio EPI-SCAN, la prevalencia de EPOC en España en población entre 40 y 80 años es del 10,2%. Supone un coste de unos 3.000 millones de euros al año a la sanidad española. A nivel mundial representa la cuarta causa de mortalidad en países desarrollados.

En cuanto al Asma, el Estudio Europeo de Salud Respiratoria, mostró unas tasas de prevalencia en ciudades españolas que oscilaron entre el 4,7% de Albacete y el 1% de Huelva.

En la actualidad, la EPOC se considera una enfermedad con diferentes manifestaciones clínicas: bronquitis crónica, enfisema, hipertensión pulmonar y la afectación sistémica. Algo similar sucede con el asma que ya no se considera una enfermedad sino un síndrome que incluye diversos fenotipos que presentan manifestaciones clínicas similares pero que posiblemente respondan a diferentes etiologías.

En ambos procesos existe una respuesta inflamatoria de las vías aéreas en la que intervienen distintos componentes celulares y mediadores.

En relación a la EPOC se ha publicado recientemente la actualización del 2010 de la guía GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease). También en este año la Asociación Latinoamericana de Tórax ha editado la actualización de la guía ALAT (Recomendaciones para el Diag-

nóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica). Más cercanas a nosotros disponemos de nuevas actualizaciones del Documento de Consenso sobre Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en Andalucía 2010 elaborada por NEUMOSUR, SAMFyC y SEMERGEN y a nivel nacional la Guía de práctica clínica 2010 Atención Integral al Paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en cuya elaboración han colaborado semFyC y SEPAR. En ellas se incluyen nuevas recomendaciones como la posibilidad de asociar dos broncodilatadores de acción larga de diferente grupo terapéutico, o la indicación de una combinación fija de corticoide inhalado (CI) y beta agonista de acción larga (LABA) en algunos pacientes con EPOC moderada así como la recomendaciones sobre el uso de una combinación fija de CI y LABA asociado a Tiotropio. La guía GOLD y ALAT también recogen las recomendaciones de uso de nuevos fármacos como Indacaterol, LABA de reciente aparición en el mercado que se caracteriza por un inicio rápido de acción y un efecto prolongado que le permite su administración en una sola dosis diaria, y Roflumilast, fármaco que pertenece a un nuevo grupo terapéutico (inhibidores selectivos de la fosfodiesterasa 4) que se administra por vía oral y que estaría indicado en pacientes con EPOC grave. Otra novedad en nuestro país es la aparición de la guía gesEPOC como consecuencia del compromiso adoptado por todas las sociedades científicas españolas relacionadas con este tema al amparo de la aprobación en 2009 de la Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud.

En relación al Asma, se han publicado también revisiones de diferentes guías entre ellas la actualización de la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 2009). La de mayor difusión, GINA (Global Initiative for Asthma), en su actualización del 2010, recoge entre otros aspectos a destacar la importancia que tiene la identificación de los distintos fenotipos de asma para un correcto manejo de los pacientes.

ACTUALIZACIÓN

Hipertensión arterial

Molina Díaz R

Especialista en medicina de Familia. Coordinador de Formación/investigación. Centro de Salud Zaidín Sur. Grupo HTA SAMFyC. Granada

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) más frecuentes, con una prevalencia del 30% en mayores de 18 años y poco control en nuestro medio (no más del 40% de los hipertensos). Un reciente informe de la OMS de 2009 corrobora la HTA como primera causa de mortalidad y de morbilidad atribuible de todos los FRCV conocidos.

Daño orgánico subclínico en la estratificación del riesgo CV

Las últimas guías clínicas continúan recomendando la detección de lesión de órganos diana para la valoración del riesgo vascular.

Así ocurre con la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) tanto electrocardiográfica como ecocardiográficamente. Otros indicadores de daño orgánico como microalbuminuria se han asociado a mayor riesgo de complicaciones vasculares. Sin embargo, marcadores como PCR ultrasensible y homocisteína no mejoran pronóstico a pesar de mejoría en sus valores analíticos por lo que no aparecen en la lista de riesgo como independientes.

Inicio del tratamiento

Cambios recientes propuestos:

- 1.- Tratamiento farmacológico inicial en pacientes con HTA estadio II-III y estadio I con riesgo alto.
- 2.- No tratamiento farmacológico en estadio I con bajo o moderado riesgo vascular

3.- No evidencias actuales sobre necesidad de tratamiento en HTA normal-alta, ni siquiera en diabéticos.

Límites y objetivos de la presión arterial

Se acepta en HTA una PA < 140/90, no se recomiendan descensos a 130/80 mmHg en pacientes diabéticos o de alto riesgo CV. El estudio ACCORD no ha aclarado las dudas sobre la conveniencia de perseguir sistólicas de 130 mmHg en diabéticos mejor que 140.

Elección del tratamiento farmacológico

A los grupos principales de fármacos para iniciar el tratamiento del HTA: diuréticos, IECA, ARA II, ACA, y Beta Bloqueantes (BB) se ha añadido en 2009 los inhibidores directos de la renina sin recomendaciones específicas.

Algunas guías y metanálisis recientes han afirmado que el beneficio antihipertensivo se debe a la reducción de las cifras de PA y no a efectos de grupo específicos. No se comunican ventajas evidentes de unos grupos sobre otros en HTA.

Monoterapia y terapia combinada

Las pruebas actuales recomiendan combinación de bloqueadores del sistema renina-angiotensina, IECA, ARA II, con una tiazida, IECA y ARA II con calcioantagonistas, desaconsejándose la utilización de BB con diuréticos por su posible efecto diabetógeno.

La combinación IECA y ARA II se ha desechado desde la publicación del estudio ONTARGET.

Terapia en situaciones especiales

· *Tratamiento en el anciano:*

Todos los fármacos podrían ser útiles (menor efecto de los BB). Las cifras recomendadas son las mismas que en el resto de hipertensos. Se ha demostrado que el tratamiento en mayores de 80 años mejora el pronóstico (estudio HYVET)

· *Tratamiento en diabéticos:* Todos los fármacos son útiles, pero son de elección IECA-ARA II (los primeros por su menor coste/beneficio). Con el estado actual de la evidencia no se recomienda un objetivo <140/80 en diabetes con bajo riesgo, pero sí de 130-140/80-85 en riesgo elevado.

- *Tratamiento HTA con fibrilación auricular.*

Los estudios recientes no han confirmado que los IECA o los ARA II reduzcan la aparición de FA en hipertensos.

- *Tratamiento HTA 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 los factores de riesgo asociado

Se confirma la recomendación de considerar tratamiento con estatinas en HTA y RCV elevado o incluso en el moderado con niveles de PCR altos (estudio JUPITER).

Se recomienda el AAS en prevención secundaria de riesgo vascular, elevaciones de creatinina, mayores de 50 años con riesgo elevado.

ACTUALIZACIÓN

Urgencias

Fonseca del Pozo FJ

Médico de Familia. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Pozoblanco (Córdoba)

A pesar de la mejor dotación y formación de los servicios de emergencias y de atención primaria en resucitación cardiopulmonar, la supervivencia total de la parada cardiorrespiratoria (PCR) continúa siendo baja, un 10% o inferior. Para ello las nuevas guías diseñadas por el European Resuscitation Council han introducido una serie de cambios destinados a mejorar la atención inicial y la supervivencia de las (PCR).

Las diferencias basadas en la evidencia más relevantes respecto a las guías de 2005 para el soporte vital básico (SVB) y el soporte vital avanzado (SVA) en adultos con parada cardíaca son las siguientes:

Cambios en el SVB en las guías de 2010

1. Identificación precoz centrada en la falta de respuesta y en la calidad de la respiración. Se resalta la importancia del boqueo como signo de parada cardíaca.
2. Todos los reanimadores, con o sin formación, deben realizar compresiones torácicas a las víctimas de PCR. Realizar compresiones torácicas de alta calidad es esencial, definida como:
 - 2.a. Comprimir hasta una profundidad de al menos 5 cm.
 - 2.b. Mantener una frecuencia de al menos 100 compresiones por minuto.
 - 2.c. Permitir una recuperación plena de la posición del tórax.
 - 2.d. Reducir al mínimo las interrupciones de las compresiones torácicas.

Los reanimadores con formación deben aplicar también ventilaciones, con una frecuencia de 30 compresiones: 2 ventilaciones.

3. En cuanto a la desfibrilación. Reducir al mínimo la duración de las pausas previa y posterior a la descarga; continuar con las compresiones durante la carga del desfibrilador, y reanudarlas inmediatamente después de la desfibrilación; no deben transcurrir más de 5 segundos desde la descarga a reiniciar las compresiones torácicas.

4. Continuar desarrollando los programas de desfibrilador externo automático (DEA), siendo necesario ampliar los DEA tanto en lugares públicos como en áreas residenciales.

Cambios en las guías de 2010 para el SVA

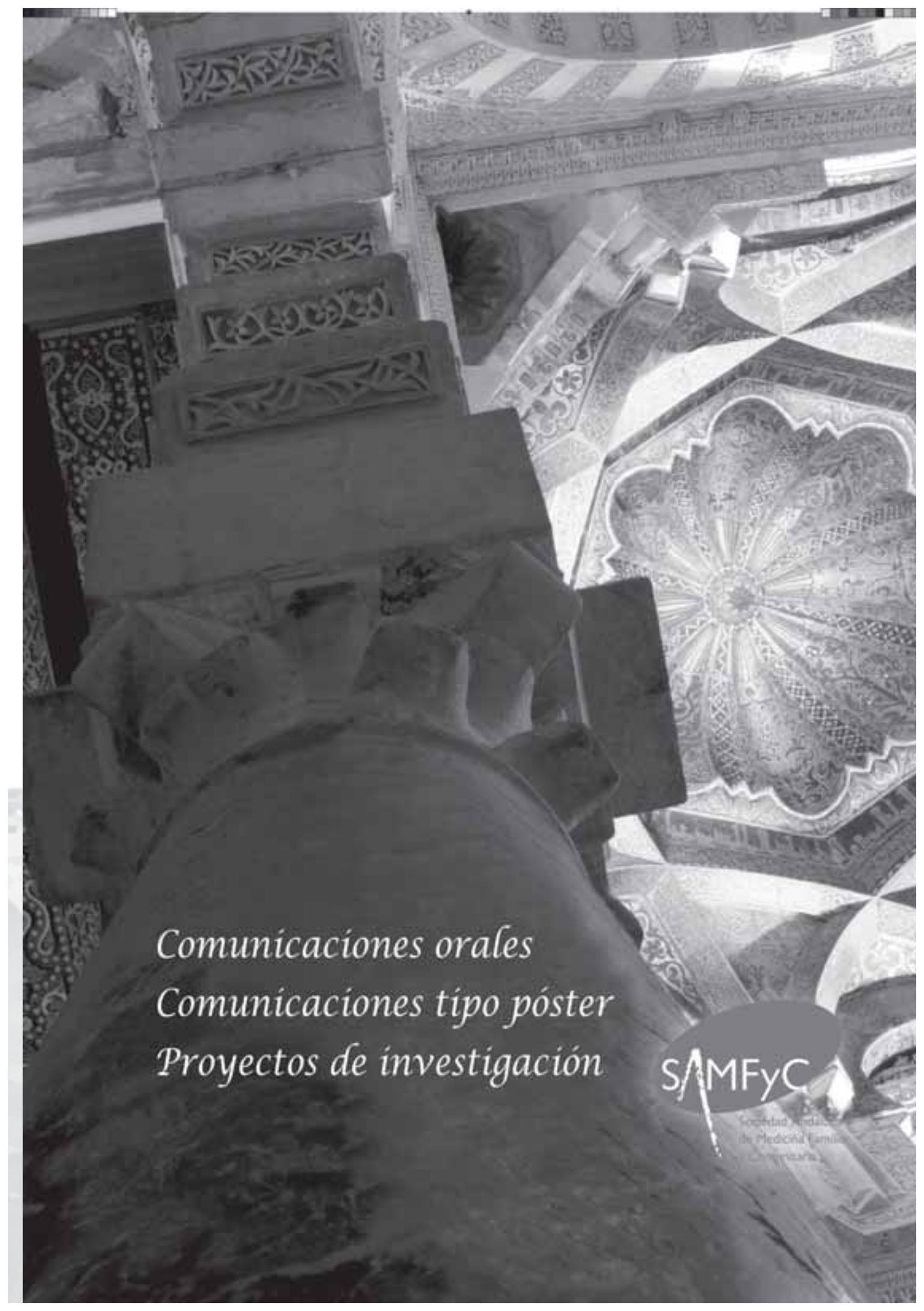
1. Aplicar todo lo anterior de SVB
2. Ha dejado de resaltarse el papel del golpe precordial.
3. Si no puede obtenerse una vía intravenosa, los fármacos deben administrarse por vía intraósea y no a través de un tubo traqueal.
4. Al tratar un parada cardíaca con FV/TV, se administra adrenalina 1 mg después de la tercera descarga y luego cada 3-5 min. Se administrará también, amiodarona 300 mg después de la terceradescarga.
5. Ha dejado de recomendarse el uso sistemático de atropina en la asistolia o la actividad eléctrica sin pulso.

6. La intubación traqueal temprana sólo se recomienda si la practican reanimadores muy capacitados que puedan aplicarla, con una interrupción mínima de las compresiones torácicas.

7. Realizar un protocolo de tratamiento tras la reanimación completo y estructurado que incluya desde la intervención coronaria percutánea,

control de la glucemia y de las crisis epilépticas e hipotermia terapéutica.

Todos estos cambios están respaldados por una evidencia científica de buena calidad y son importantes para mejorar las probabilidades de supervivencia. Así pues, los cambios se basan en nuevas evidencias científicas disponibles y en la necesidad de simplificación para la enseñanza.



Comunicaciones orales
Comunicaciones tipo póster
Proyectos de investigación

SAMFyC

Sociedad Española
de Medicina Familiar
y Comunitaria

COMUNICACIÓN ORAL

Identificación de riesgos para la seguridad del paciente en una unidad de gestión clínica

Garzón Prados PM^a, Pérez Romera FJ, Díaz Rodríguez JE, Robles Martín J, González Urbano M, Antón Bueso AJ

UGC Gran Capitán (Granada)

Título: Identificación de riesgos para la seguridad del paciente en una unidad de gestión clínica.

Objetivos: Identificar riesgos para el paciente siguiendo una metodología definida que permita establecer un plan de seguridad.

Diseño: Estudio descriptivo cualitativo.

Emplazamiento: Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria urbana.

Material y Método: Análisis proactivo para identificación de riesgos mediante diferentes metodologías secuenciales: TORMENTA DE IDEAS, elaboración de MATRIZ DE RIESGOS que fue ponderada, en cuanto a probabilidad de aparición y gravedad/impacto (Escala de Likert de 5 puntos: muy bajo, bajo, medio, alto, muy alto) y DIAGRAMA DE ISHIKAWA para identificar posibles causas relacionadas con factores del paciente, individuales, de la tarea, formación/entrenamiento, equipamiento/recursos, condiciones de trabajo y organizativos/estratégicos.

Resultados: Se realizó tormenta de ideas para la identificación de riesgos para el paciente con

la participación de 50 profesionales del equipo (70%). Tras el análisis y priorización, se elaboró una matriz que incluía 10 riesgos potenciales (errores de medicación, infecciones, mala información y/o comunicación, caídas, demora en la atención, errores de identificación, complicaciones clínicas, repetición de analíticas y parada cardio-respiratoria), que fue ponderada por 13 miembros de las Comisiones de Calidad y Seguridad. El único riesgo calificado como muy grave fue el relacionado con los errores de medicación y mediante el Diagrama de Ishikawa realizado se identificaron 21 posibles causas.

Conclusiones: La utilización de metodologías contrastadas para la gestión de riesgos, como práctica habitual en equipos de Atención Primaria, es fundamental para implantar planes y desarrollar acciones preventivas en materia de seguridad del paciente. Las Comisiones de Calidad y Seguridad son elementos clave como estructuras facilitadoras y de impulso para la mejora continua.

Palabras clave: Investigación Cualitativa, Gestión Clínica, Atención Primaria.

COMUNICACIÓN ORAL

Alteraciones del tratamiento en pacientes polimedicados

Atienza Martín FJ¹, Ortega Blanco JA², Baz Montero S³, Rioja Ulgar FJ⁴, Pérez Márquez A⁵, López Aguilar J⁶

¹ Médico de familia. UGC Adoratrices, Distrito Sanitario Huelva Costa. Huelva

² Médico de familia. UGC Molino de la Vega, Distrito Sanitario Huelva Costa. Huelva

³ Médico de familia. Distrito Sanitario Huelva Costa. Huelva

⁴ Médico de familia. UGC Lepe, Distrito Sanitario Huelva Costa. Huelva

⁵ Médico de familia. UGC Los Rosales, Distrito Sanitario Huelva Costa. Huelva

⁶ Médico de familia. UGC Isla Chica, Distrito Sanitario Huelva Costa. Huelva

Título: Alteraciones del tratamiento en pacientes polimedicados.

Objetivos: Determinar las alteraciones del tratamiento de pacientes polimedicados de un Distrito Sanitario.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centros de Salud urbanos y rurales.

Material y Método:

- Población de estudio: pacientes incluidos en el programa de polimedicados.

- Tamaño muestral: 56 pacientes.

- Variables:

- Indicaciones sin tratamiento
- Tratamientos sin indicación
- Contraindicaciones
- Interacciones
- Duplicidades

- Medición: Entrevista estructurada con cuestionario ad hoc.

- Análisis estadístico: Descriptivo e inferencial (chi-cuadrado).

Resultados: 56 pacientes. 53,1% mujeres. Edad media 71,4 años

Promedio de fármacos: 9,12

Indicaciones sin tratamiento: 23,2%

Tratamientos sin indicación: 69,6%

Contraindicaciones: 1,8%

Interacciones: 14,2%

Duplicidades: 7,1%

Incumplidores 22,1%

Tratamientos sin indicación y cumplimiento: No cumplidores: 53,8%; Cumplidores: 23,3% (p=0,042)

Indicaciones sin tratamiento y cumplimiento: No cumplidores: 38,5%; Cumplidores: 88,4% (p=0,0001)

Conclusiones: Los pacientes polimedicados presentan una importante cantidad de alteraciones en su prescripción, destacando que casi un 70% tienen tratamientos sin indicación que lo justifique. También destaca la asociación entre tratamientos sin indicación y cumplimiento auto-comunicado. Parece necesaria la intervención sistemática sobre la prescripción de estos pacientes.

Palabras clave: Polypharmacy, Drugs Utilization, Frail Elderly.

COMUNICACIÓN ORAL

Salud percibida y estilo de afrontamiento del estrés: variables relacionadas con el control de pacientes de alto riesgo cardiovascular

Atienza Martín FJ¹, Rodríguez Fernández L², Revuelta Pérez F³, Marín Andrés G¹, Losada Ruiz C¹, Schwartz Calero P¹

¹ Médico de Familia. UGC Adoratrices, Distrito Sanitario Huelva Costa. Huelva

² Psicóloga. Departamento de Psicología (Universidad de Huelva). Huelva

³ Psicólogo. Departamento de Psicología (Universidad de Huelva). Huelva

Título: Salud percibida y estilo de afrontamiento del estrés: variables relacionadas con el control de pacientes de alto riesgo cardiovascular.

Objetivos: Evaluar la relación entre variables cognitivo-conductuales como la salud percibida y el estilo de afrontamiento del estrés crónico y el control de los pacientes con alto riesgo cardiovascular.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método:

- Población de estudio: Pacientes de alto riesgo vascular.

- Tamaño muestral: 211 pacientes.

- Variables:

- Demográficas
- Control de la enfermedad de base: HTA (< 140. 90 mmHg); Diabetes (HbA1c < 8%)
- Salud percibida: cuestionario GHQ 28
- Estilo de afrontamiento: cuestionario COPE

- Medición: Cuestionario ad hoc.

- Análisis estadístico: descriptivo e inferencial (prueba t para diferencia de medias y chi cuadrado para proporciones).

Resultados: 211 pacientes; 52,1% mujeres; edad media: 67,2 años.

87,7% hipertensos; 63% diabéticos; controlados: 59,2%

No hay diferencias por sexos en el porcentaje de controlados

GHQ 28 (dimensión depresión grave): controlados: 1,78; no controlados: 2,69 (p=0,035)

Estilos de afrontamiento:

Aceptación: controlados: 2,58; no controlados: 2,84 (p=0,018)

Concentrar esfuerzos para solucionar: controlados: 2,49; no controlados: 2,22 (p=0,002)

Conclusiones: Determinadas variables cognitivo-conductuales como la salud percibida y el estilo de afrontamiento se relacionan con el control de pacientes de alto riesgo vascular.

Es probable que la intervención sobre estas variables ayude a mejorar el grado de control de estos pacientes.

Palabras clave: Stress psychological, Risk factors, Cardiovascular diseases.

COMUNICACIÓN ORAL

¿Cómo realizamos el seguimiento de los pacientes asmáticos en nuestro centro de salud?

Bujalance Zafra M^aJ¹, Molina Mendaño C¹, Narbona Carrión F¹, Quesada Fernández T², Sánchez Linares LM^{a2}, Domínguez Santaella M¹

¹ Médico de Familia. CS Victoria. Málaga

² MIR 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. UD MFyC Málaga

Título: ¿Cómo realizamos el seguimiento de los pacientes asmáticos en nuestro centro de salud?

Objetivos: Describir el seguimiento de los pacientes diagnosticados de asma en un centro de Salud.

Diseño: Descriptivo transversal. Auditoría Interna.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: Población de estudio: De 583 pacientes con diagnóstico de asma (A), se seleccionan 48 pacientes por muestreo aleatorio sistemático.

Variables: Edad, sexo, clasificación del tipo de asma, espirometrías previas, educación sanitaria en manejo de inhaladores y tratamiento prescrito.

Análisis estadístico: Estadística descriptiva.

Resultados: Edad media: 38 años, 58% mujeres; 42% hombres.

Clasificación de Asma: sin clasificar 68%; A. intermitente 12%; A. persistente moderada 2%; 16% asma extrínseca o intrínseca.

Espirometría realizada: Sin espirometría 77%, con espirometría 23%.

Solo 1 paciente tenía registro de Educación sanitaria en manejo de inhaladores.

Los fármacos más prescritos fueron los B2 acción corta (B2 AC) 83%, los corticoides inhalados (CI) 75%; Antileucotrienos (AL) 41%; B2 acción larga (B2AL) 27%.

El 45,8% estaban en tratamiento con 2 fármacos, el 27% con triple terapia, el 16% en monoterapia y el 8% con cuádruple terapia.

La combinación más utilizada son los B2ACy los CI en un 40%.

Conclusiones:

- Existe un deficiente registro de normas básicas de calidad del proceso.

- Baja utilización de la espirometría para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes asmáticos.

- Casi la mitad de los pacientes están en tratamiento con doble terapia, siendo los fármacos más prescritos los B2 AC y los C.I.

- Se detectan áreas de mejora en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de estos pacientes.

Palabras clave: Tratamiento, Asma, Atención Primaria.

COMUNICACIÓN ORAL

Medición del cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial mediante cuestionario postal

Fortis Ballesteros M¹, Carpio Fernández J², Lietor Villajos N³

¹ MIR 2º año MFyC. CS Belén, Jaén

² Médico de Familia. Complejo Hospitalario Jaén

³ Médico de Familia. CS Jaén

Título: Medición del cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial mediante cuestionario postal.

Objetivos: Cuantificación y análisis del grado de cumplimiento terapéutico en Hipertensión Arterial (HTA) en la población adscrita a nuestra Zona Básica de Salud (ZBS).

Diseño: Estudio descriptivo observacional transversal.

Emplazamiento: Estudio multicéntrico (Nueve centros de Salud, de los cuales uno de ellos es rural y el resto urbanos).

Material y Método: Población de estudio 14081 pacientes incluidos en el programa de HTA de la historia digital Diraya. Muestra aleatorizada de 342 sujetos de estudio (incumplimiento terapéutico 66%, confianza 95%, error máximo 5%)

a los que se les envía para su cumplimentación un cuestionario vía postal basado en el test de Morisky-Green, enviado en dos oleadas, con consentimiento informado adjunto. Se realiza un análisis estadístico descriptivo de las respuestas obtenidas, así como de los ítems que se incluían en dicho cuestionario.

Resultados: Hemos recibido 210 cuestionarios que suponen un 61.4% del total enviados, de los cuales 192 son válidos para su posterior análisis estadístico. Se obtienen 107 cuestionarios que se ajustan a la definición dada por Morisky-Green de Cumplimiento Terapéutico adecuado (55.73%) y 85 que se pueden definir como "incumplidores" (44.27%).

Conclusiones: El cumplimiento terapéutico observado en nuestra ZBS mediante este método de medida es bajo. Nos llama la atención la alta tasa de respuesta al cuestionario postal.

COMUNICACIÓN ORAL

Resultados proceso DPC cérvix en una zona básica. 2007-2009

Moreno Corredor A¹, Valverde Bolívar FJ¹, Guzmán Ruiz M², Delgado Mediano M^aC², Estrella Santos P²

¹ Medicina de familia. UD MFyC. Jaén

² MIR Medicina de familia. CS Valle. Jaén

Título: Resultados proceso DPC cérvix en una zona básica. 2007-2009.

Objetivos: Evaluar el cribado oportunista y sus consecuencias mediante citologías realizadas en el proceso Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cérvix (DPPC) durante el trienio 2007-2009.

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de salud (CS) urbano.

Material y Método: Mujeres incluidas en proceso DPCC, 20-65 años, atendidas los años 2007-2009. N=100 anual (precisión 5%, confianza 95%, prevalencia 7%). Se seleccionaron 447 mediante muestreo aleatorio sistemático.

Resultados: Muestra compatible con edad en el 97,4%, y con la historia 97,2%.

Inflamación 47,4% de las mujeres por debajo de 39 años (no diferencias estadísticas por edad), Infección 13,5%. Metaplasia escamosa 9,7%, lesiones CIN 2,2% (10), de ellas 3 casos CIN III-Ca. In situ 2 casos SIL alto grado y 4 de bajo grado. ASCUS 16 (3,6%).

AGUS 7 (1,6%).

Conclusiones: Encontramos elevada proporción de inflamación y lesiones de alto grado.

Esta incidencia de lesiones graves, reaviva la controversia entre un cáncer de eficacia terapéutica limitada en su estadio invasor, recogida como enfermedad de mortalidad evitable aunque de baja incidencia en España.

La metaplasia puede indicarnos una buena toma en el límite escamo-columnar. En mujeres menores de 35 años debe alertarnos, pues se observa un acortamiento del intervalo entre lesiones de bajo y alto grado.

Pensamos que al menos es urgente establecer orden en cuanto a la captación, o bien avanzar desde un cribado oportunista a otro poblacional.

Palabras clave: Neoplasia de cuello de útero, epidemiología, Prevención y control, Tamizaje masivo, Control de Calidad, Factores de riesgo.

COMUNICACIÓN ORAL

Evolución temporal del nivel funcional del anciano institucionalizado en residencias geriátricas

De la Cruz Hidalgo M^aD¹, Jurado Ruiz JI², Ruiz Cobo J³, Farouk Allam M³, Sevillano Alonso M^aA¹, González Lama J³

¹ UGC Rute. Rute (Córdoba)

² Distrito Sanitario Córdoba Sur. Lucena (Córdoba)

Título: La utilización de recursos sanitarios por grandes dependientes.

Objetivos: Conocer el grado de utilización de recursos sanitarios de las personas mayores y/o discapacitadas en situación de Gran Dependencia diagnosticada.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Ancianos y discapacitados reconocidos como "Gran Dependiente" pertenecientes a una Zona Rural.

Material y Método: Grandes dependientes reconocidos en 2010 que continuaban vivos el 31-12-10. Se recogieron las variables edad, sexo, número de urgencias de atención primaria (AP) y hospitalarias, derivaciones, número de consulta médicas, número de visitas (domiciliarias y centro) por médico, enfermera,

enfermera gestora de casos y trabajador social.

Resultados: Se incluyeron 73 personas. La media de edad fue de 75,2 (Dt 19,3; rango 12- 98); el 61, 6 % fueron mujeres. La media de consultas en centro/domicilio médicas, de enfermería, de gestoras de casos y de trabajadores sociales fueron 22,4 (Dt 24,4)/ 0,52 (Dt 1,6), 8,6 (Dt 6,7)/7,9 (Dt 21,9), 0,88 (Dt 1,4)/1 (Dt 1,2) y 0,60 (Dt 1,2)/0,1 (Dt 0,30), respectivamente. La media de urgencias en AP fue de 4,97 (Dt 10,9) y la de hospitalarias 1,05 (Dt 1,8), con una media de 1,99 (Dt 3,7) derivaciones programadas a especialidades.

Conclusiones: La gran dependencia ocasiona un consumo elevado de consultas médicas y de enfermería, por lo que es un factor clave en la planificación de recursos sanitarios.

Palabras clave: Gran Dependiente, Gasto, Sanitario, Envejecimiento.

COMUNICACIÓN ORAL

Perfil de riesgo cardiovascular en hipertensos obesos andaluces

Aranda Lara FJ¹, García Martín E², Sarabia Mantecón Y¹, Luque Escalante M^aL¹, González Begines V¹, Rodríguez Apreña M^aD¹

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

2 MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Utrera Sur. Utrera (Sevilla)

Título: Perfil de riesgo cardiovascular en hipertensos obesos andaluces.

Objetivos: Analizar el perfil de riesgo cardiovascular (RCV) de una muestra de hipertensos obesos andaluces, aplicando las guías de Sociedad Europea de Hipertensión y Cardiología (SEH. SEC) de 2007.

Diseño: Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal.

Emplazamiento: Pacientes que acuden a centros atención primaria y especializada de la comunidad Andaluza.

Material y Método: Analizamos 4062 pacientes hipertensos (49.6 % hombres) (edad media: 56.1 ±13.15 años) con IMC ≥ 30 kg. m² a los que se les ha realizado una monitorización de la presión arterial e incluido en la plataforma Cardiorisc de la Sociedad Española de Hipertensión. A todos se aplicó un cuaderno para valorar: Control de

Presión Arterial (PA) en consulta y con MAPA, Factores de Riesgo Vascular (FRV), Lesiones de Órganos Diana (LOD) y Enfermedades Cardiovascular Existentes (ECE). Se analizó el perfil circadiano de su PA y se estratificó RCV.

Resultados: Control PA (%): Consulta: 25.5; Mapa: 37.7; FRCV (%): Diabetes: 16.6, Tabaco: 16.7, Dislipemia: 37.4; Edad (hombre > 55 y Mujer >65): 37.9; Antecedentes familiares. Enfermedad CV precoz: 13.9; LOD (%): 14.6; ECE (%): 11.6.; RCV (%): promedio: 7.1; basal añadido: 13.6; Moderado: 21.5; Alto. muy Alto: 57.2. Perfil circadiano (%): Dipper: 35; Extremedipper: 5.2; Non-Dipper: 44; Riser 15.8.

Conclusiones: La asociación de obesidad e HTA nos proporciona un elevado perfil de RCV, por ello debemos abordar a nuestros pacientes de forma multifactorial, no solo actuar sobre la presión, sino también interviniendo sobre los demás factores de riesgo. La obesidad es el sustrato de la mayoría de los factores de riesgo.

COMUNICACIÓN ORAL

Influencia de la obesidad central en el riesgo cardiovascular de hipertensos en un centro de salud urbano

García Martín E¹, González Begines V¹, Aranda Lara FJ², Sarabia Mantecón Y¹, Luque Escalante M³L¹, Martínez Gacio E²

1MIR Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Utrera Sur. Utrera (Sevilla)

2Médico de Familia. UGC Utrera Sur. Utrera (Sevilla)

Título: Influencia de la obesidad central en el riesgo cardiovascular de hipertensos en un centro de salud urbano.

Objetivos: Valorar la influencia de la obesidad central en el riesgo cardiovascular (RCV) de nuestros hipertensos aplicando las guías SEH-SEC 2007.

Diseño: Estudio descriptivo observacional transversal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método: Analizamos 206 pacientes hipertensos, derivados para realización de monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), en dos grupos, con y sin obesidad central, dependiendo de su perímetro abdominal. Respectivamente Grupo A (n=114) (> 102 cm en hombre o 88 cm en mujeres) y Grupo B (n=92) (los restantes). A todos se aplicó un cuaderno para valorar: Control de Presión Arterial (PA) en consulta y con MAPA, Factores de Riesgo Vascular

(FRV), Lesiones de Órganos Diana (LOD) y Enfermedades Cardiovascular Existentes (ECE). Se analizó el perfil circadiano de su PA y se estratificó RCV. Análisis con programa Estadístico SPSS.

Resultados: Se presentan (Grupo A/GrupoB). Control PA(%): Consulta: 8.8/15.2; Mapa: 30.7/26.1; FRCV (%): Diabetes:18.4/4.3, Tabaco: 14.9/29.3, Dislipemia: 48.2/33.7; Edad(hombre > 55 y Mujer >65): 36.8/25.0; Antecedentes familiares Enfermedad CV precoz: 3.6/5.7; LOD (%): 17.5/10.9; ECE (%): 12.3/6.5; RCV (%): promedio: 2.7/2.2; basal añadido: 0.9/31.5; Moderado: 43.0/39.1; Alto/muy Alto: 53.6/27.1. Perfil circadiano (%): Dipper: 42.1/51.1; Extremedipper: 6.1/13.0; Non-Dipper: 37.7/30.4; Riser 14.0/5.4.

Conclusiones: La presencia de obesidad central en nuestros hipertensos incrementa el RCV de forma notable. Los perfiles circadiano de mayor RCV, non-dipper y riser, son más frecuentes en los pacientes con obesidad central. Por ello debemos actuar sobre la obesidad, sobre todo la central para reducir el RCV de nuestros pacientes.

COMUNICACIÓN ORAL

El médico de familia ante las enfermedades raras: unidad asistencial del síndrome de Wolfram

Esteban Bueno G¹, Ruano Garcia M¹, Botella Cubells LM², Fontalba Navas A³, Gómez Navarro B⁴, Fernández Moya G⁵

1 Médico de Familia. UGC Garrucha. Área Gestión Sanitaria Norte de Almería

2 Investigadora Titular CSIC. Departamento de Medicina Celular y Molecular del Centro de Investigaciones Biológicas. Madrid

3 FEA psiquiatría, UGC Salud Mental. Área Gestión Sanitaria Norte de Almería

4 FEA oftalmología. Hospital la Inmaculada-Huércal Overa. Área Gestión Sanitaria Norte de Almería

5 Médico. Directora Gerente Área Gestión Sanitaria Norte de Almería

Título: El médico de familia ante las enfermedades raras: unidad asistencial del síndrome de Wolfram.

Objetivos: Acercar la realidad de las Enfermedades Raras (ER) a la Atención Primaria (AP) mediante una estrategia multidisciplinar: La Unidad del Síndrome de Wolfram (DIDMOAD). Difundir entre los médicos de familia la importancia de los centros de referencia.

Diseño: Estudio descriptivo de la creación de la Unidad del Síndrome de Wolfram (S.W).

Emplazamiento: Un Hospital del Sistema Nacional de Salud.

Material y Método: Seguimiento de la población española (50 familias) con S.W durante 11 años por un médico de familia (coordinador de la Unidad). El diagnóstico clínico lo establece la asociación de Diabetes mellitus-insulin-dependiente con atrofia óptica (criterios diagnósticos Barrett et al Lancet 1995). Prevalencia S.W 1/770.000 habitantes.

Resultados: Esta continuidad asistencial propicia conocer las necesidades médicas/psico-

sociales de estos pacientes y crear una unidad con las especialidades precisas para un tratamiento integral englobando el plano psicosocial y genético (Medicina Interna, Otorrinolaringología, Oftalmología, Genética, Neurología, Urología, Psiquiatría, Pediatría, Medicina de Familia).

La Unidad se inauguró el 28-abril-2011. Se organizan grupos de 10 pacientes que son atendidos por todas las especialidades en jornadas de 2 días. Los pacientes vienen de diferentes zonas de España requiriéndose un procedimiento de "canalización" desde comunidades distintas a las de la Unidad.

Conclusiones: La AP es la puerta de entrada para los pacientes con ER, que suelen sufrir un largo proceso antes del diagnóstico. La Unidad del S.W incluye entre sus funciones la atención integral de estos pacientes y sus familias y proporciona los canales de comunicación más adecuados con los médicos de familia para su seguimiento.

Palabras Clave: Enfermedades raras, centro de referencia, Wolfram, DIDMOAD.

COMUNICACIÓN ORAL

Interrupciones voluntarias del embarazo en dos zonas básicas de salud urbana entre los años 2003-2010

López Téllez A¹, Río Ruiz J², Fernández Maldonado I³, González Embarba A⁴, Núñez Santos E⁴, Puertas García F⁴

¹ Médico de familia. CS Puerta Blanca, Málaga

² Trabajadora social. CS Puerta Blanca, Málaga

³ MIR 4º año de medicina familiar. CS Puerta Blanca, Málaga

⁴ Alumno de Trabajo Social. Málaga

Título: Interrupciones voluntarias del embarazo en dos zonas básicas de salud urbana entre los años 2003-2010.

Objetivos: Conocer la evolución de las solicitudes de interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Describir las características de las solicitantes; valorar si tras la IVE acuden al programa de Planificación Familiar (PF) y utilizan un método anticonceptivo seguro.

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: Multicéntrico, dos ZBS urbanas.

Material y Método: Sujetos: Todas las mujeres que solicitaron IVE durante el período 2003-2010.

Mediciones: Variables sociodemográficas y clínicas relacionadas. Tras la IVE se citaron para seguimiento por el programa de PF.

Análisis estadístico descriptivo.

El CEI autorizó el estudio.

Resultados: Se tramitaron 734 solicitudes de IVE; evolucionando desde 62 en el año 2003, hasta 116 en 2010. La edad media era 26±6,5 años (rango: 14-44). El 51% no tenían estudios secundarios. El 50% trabajaban y un 10% eran estudiantes. El 23% (IC95%:20-26) eran inmigrantes. El 62,5% tenían pareja estable y el 55% tenían hijos (edad del menor: 3,4 años; IC95%:3-3,8). El 27% no utilizaban métodos anticonceptivos; el 44% utilizaban preservativos y el 16% anticonceptivos hormonales. El supuesto legal en el 99% de los casos fue riesgo para la salud materna, y posteriormente (LO: 2/2010) libre elección. El 24,9% (IC95%:21,8-28) tenían IVES previas. Tras la IVE acudieron al programa de PF el 50,3% y siguieron un método seguro (ACHO, DIU, ligadura o vasectomía) el 36%.

Conclusiones: Existe una tendencia creciente en las solicitudes de IVE. Consideramos que el seguimiento post-IVE es mayor al reflejado, posiblemente por infraregistro en Diraya. Debemos mejorar la asistencia a PF, el uso de métodos anticonceptivos seguros y el seguimiento post-IVE.

Palabras Clave: Aborto, aborto legal, inducción al aborto.

COMUNICACIÓN ORAL

Solicitudes de interrupción voluntaria del embarazo por la población inmigrante

Río Ruiz J¹, López Téllez A², Fernández Maldonado I³, González Embarba A⁴, Núñez Santos E⁴, Sánchez Arana D⁴

¹ Trabajo Social. CS Puerta Blanca. Málaga

² Medicina Familiar. CS Puerta Blanca. Málaga

³ MIR 4º año de Medicina Familiar. CS Puerta Blanca. Málaga

⁴ Alumna de Trabajo Social. Málaga

Título: Solicitudes de interrupción voluntaria del embarazo por la población inmigrante.

Objetivos: Conocer las características de las mujeres inmigrantes solicitantes de interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: Multicéntrico; dos ZBS urbanas.

Material y Método: Sujetos: Todas las mujeres inmigrantes que solicitaron IVE durante el período 2003-2010. Mediciones: Mediante entrevista confidencial, registramos variables sociodemográficas y clínicas. Análisis estadístico descriptivo.

El CEI autorizó el estudio.

Resultados: De las 734 solicitudes de IVE tramitadas, 153 (23%; IC95%:20-26) fueron para población inmigrante. El 36% eran sudamericanas; 24% subsaharianas; 12% de Países del Este; 7% magrebíes; 7% Unión Europea; 14% otras. La e-

dad media era 27 años (IC95%:26,5-27,4), rango 16-43 años. El 43% no tenían estudios o eran primarios. El 42% eran asalariadas (sobre todo servicio doméstico o restauración). El 57% tenían hijos (el 33% tenían dos o más hijos), la edad del menor era 3,5 años (IC95%:2,6-4,4). El 58% tenían pareja estable y el 46% convivían. El 41% no seguían métodos anticonceptivos; el 33,6% utilizaban preservativos y el 10% anticonceptivos hormonales. El 32,2% (IC95%:24,8-39,6) tenían IVEs previas. El supuesto legal acogido en todas fue riesgo para la salud materna, y desde julio de 2010 libre elección. El 99,1% se solicitaron antes de las 12 semanas de gestación.

Conclusiones: Una proporción importante de las IVEs se realizaron a mujeres inmigrantes. Es una población vulnerable con mayor dificultad para acceder a los métodos anticonceptivos y a la educación sexual. Habría que informar y facilitar el acceso a la planificación familiar, considerando las incompatibilidades horarias con su trabajo y las características económicas y culturales.

Palabras Clave: Aborto, aborto legal, inmigrantes.

COMUNICACIÓN ORAL

Evaluación del grado de cumplimiento del consentimiento informado en cirugía menor

Robles Martín J, González Urbano M, Huertas Jiménez JA, Pérez Romera FJ, Garzón Prados PM^a, Martínez Roldán RM^a

UGC Gran Capitán. DS Granada

Título: Evaluación del grado de cumplimiento del consentimiento informado en cirugía menor.

Objetivos: GENERAL: Evaluar grado de cumplimiento del registro del consentimiento informado en los procedimientos de cirugía menor tras dos años de implantación del nuevo formulario (Orden del BOJA del 8/Julio/2009). ESPECÍFICO: Conocer la tendencia en la calidad de los registros.

Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: Unidad Gestión Clínica Urbana.

Material y Método: Comparación de proporciones de variables cualitativas dicotómicas (SPSS 15.0).

Total variables: 13; Libro de Cirugía Menor (LCM): 5, Historia de Salud Digital (HSD): 4 y Formulario del Consentimiento Informado (FCI): 4.

Dos periodos de estudio de 6 meses cada uno (Noviembre-2009/Abril-2010 y Octubre-2010/Marzo-2011), con auditorías quincenales en 2009, mensuales en 2010 y trimestrales en 2011, realizadas por un grupo de calidad "ad hoc" para la

implantación del nuevo formulario, detección de áreas de mejora y comunicación al equipo.

Resultados: 1er periodo: 57 procedimientos, 91.50% registros (LCM: 90.18%, HSD: 89.04%, FCI: 95.61%).

2º periodo: 162 procedimientos, 80.06% registros (LCM: 81.60%, HSD: 76.23%, FCI: 81.94%).

Una variable del LCM: "registro del consentimiento informado" presenta una proporción de mejoría de 2.34%; el resto de variables empeoran destacando la variable del FCI: "firma del profesional" con una proporción de empeoramiento del 14.92%.

Conclusiones: El número de procedimientos de cirugía menor ha aumentado casi 3 veces en el 2º periodo a la vez que disminuye el porcentaje de cumplimiento en los registros al tener que mantener en el tiempo tres registros paralelos para cada procedimiento.

El grado de cumplimiento empeora al disminuir la frecuencia de las evaluaciones y la comunicación de resultados.

Palabras Clave: Consentimiento Informado, auditoría Administrativa, Atención Primaria.

COMUNICACIÓN ORAL

Cobertura y resultados de un programa de cribado de retinopatía diabética mediante retinografía midriática en atención primaria

Pérez Durillo FT¹, Vargas Sánchez C², González Calvo J³; Maldonado Valenzuela JJ⁴, Pérez Milena A⁵

1 Licenciado en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Bailén. Jaén

2 Licenciada en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Mengíbar. Jaén

3 Licenciado en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ZBS de Cambil. Jaén

4 Licenciado en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Alto Guadalquivir Andújar (Jaén)

5 Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

Título: Cobertura y resultados de un programa de cribado de retinopatía diabética mediante retinografía midriática en atención primaria.

Objetivos: Conocer la cobertura de un programa de cribado de retinopatía diabética en atención primaria y la concordancia entre médicos de familia (MF) y oftalmólogos.

Diseño: Estudio observacional transversal.

Emplazamiento: Centros de Salud Urbanos.

Material y Método: Revisión de retinografías midriáticas de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (2007-2008) solicitadas por MF de tres centros de salud urbanos. Los datos se recogen de DIRAYA y del programa informático PDI.

Resultados: En total 296 retinografías (2007) y 380 (2008) (cobertura=26%±2.4). Retinografías patológicas: 181 MF (27%±1.3) y 59 (9%±0.3) oftalmólogos. Concordancia global moderada ($\kappa=0.408\pm0.039$), que mejora del primer al

segundo año (0.34 y 0.45; $p<0.001$, prueba X^2). La interpretación de los MF tiene sensibilidad, 97%, especificidad, 80%, VPP, 33%, VPN, 100%, cociente de probabilidad positivo, 4.88 y negativo, 0.04. Hay variabilidad en cobertura y concordancia entre centros de salud.

Conclusiones: La retinografía midriática realizada e interpretada por MF es útil como cribado de retinopatía en diabéticos. En el segundo año se mejora cobertura, valores predictivos y cocientes de probabilidad, aunque se debe homogeneizar la interpretación.

Se encontraron más hallazgos patológicos en pacientes varones, con edad superior a 60 años, obesos y con una media de 8 años de evolución de la DM, así como presencia frecuente de otras complicaciones microvasculares, como nefropatía incipiente.

Palabras Clave: Diabetes mellitus, retinopatía diabética, atención primaria de salud, cribado, telemedicina.

COMUNICACIÓN ORAL

Mejora de la lista de espera en cirugía menor: herramientas para la autogestión

González Luis J, Rey Martín AE, de los Riscos Mateos EM^a, Rodríguez Casimiro C, Maculet Rey MA, Agrela Torres SL

CS Trinidad. Málaga

Título: Mejora de la lista de espera en cirugía menor: herramientas para la autogestión.

Objetivos:

1. Principal: mejorar demora del programa Cirugía Menor (CM).
2. Formar facultativos en tratamiento de motivos de consulta frecuentes en CM.
3. Poner en marcha valoración en CM, previa a cirugía.

Diseño: Diseño: Prospectivo, antes/después de una intervención.

Emplazamiento: Emplazamiento: centro de salud urbano.

Material y Método: 14 facultativos. Periodo: marzo – junio 2011. Se diseñan dos estrategias para intentar mejorar demora de cinco meses en CM:

1. Puesta en marcha consulta de valoración, previa a cirugía.
2. Formar facultativos en tratamiento de motivos de consulta frecuentes en CM. Un médico que realiza el programa CM, explica sesión clí-

nica al resto de facultativos: 1. Tratamiento de fibromas blandos, verruga común y verruga plantar con curetaje y aplicación de fórmula magistral. 2. Motivos clínicos para no extirpación, y no derivación a CM, de ciertas patologías benignas de piel: queratosis seborreica, dermatofibromas, verruga vulgar.

Resultados: A tres meses de intervención realizada, se ha reducido demora del programa de CM de cinco meses a un mes, existiendo antes 240 pacientes por intervenir y ahora solo 48. Ha disminuido el número de pacientes derivados a CM desde consultas de facultativos.

Conclusiones: Puede ser eficaz dotar de herramientas terapéuticas a facultativos y pacientes para mejorar la demora de un programa de CM en atención primaria.

Nos planteamos para un futuro posibilidad de autogestión en intervención de cada cupo en motivos de consulta sencillos: fibroma péndulo.

La consulta de valoración previa supone franca mejora para el paciente, porque si no tiene criterios de atención se re-orienta sin espera alguna.

Palabras Clave: Procedimientos de cirugía menor, lista de espera.

COMUNICACIÓN ORAL

¿Influyen las características del paciente en cuanto al deseo de sedación y lugar de fallecimiento?

Pedrosa Arias M¹, Salcedo Castro E², Torres Duque M³J², Garcia Castillo L¹, Garcia Tirado M³C³,
Taboada Sance P¹

¹ Médica de Familia. CS La Zubia. Granada

² MIR 4º año Medicina de Familia. CS La Zubia. Granada

³ Unidad Docente de Medicina Familiar. Granada

Título: ¿Influyen las características del paciente en cuanto al deseo de sedación y lugar de fallecimiento?

Objetivos: Conocer aceptación sedación paliativa y preferencia por lugar de fallecimiento entre usuarios de atención primaria; explorar potencial relación con experiencia familiar de cáncer y residencia en zona marginal.

Diseño: Descriptivo.

Emplazamiento: Atención primaria.

Material y Método: 182 usuarios consulta a demanda de consultorio rural (93), CS urbano marginal (89). MEDICIONES: encuesta personalizada (Fernández Díaz). ANÁLISIS: univariante y bivalente.

Resultados: Mujeres 70% edad media 49.4 años, sin estudios 26%, con superiores 12%. Tenían familiar con cáncer el 62%. La voluntad de fallecer en domicilio la declaró el 73% de encuestados y se mostraron a favor sedación terminal de familiar el 86%. Quienes tenían familiar de cáncer acep-

taron sedación en mayor frecuencia que los que no tenían (63% vs 36% p= 0,13); por el contrario la voluntad de fallecer en domicilio fue más frecuente entre quienes no tenían familiar con cáncer (92% vs 74% p=0,011). La aceptabilidad de la sedación no mostró diferencias entre zona marginal y rural pero sí el fallecimiento en domicilio; siendo más preferente en zona marginal que rural (84% vs 77%; p=0,013). Respecto al nivel educativo, los que no tenían estudios respecto a los de estudios superiores declararon con mayor frecuencia preferencia por morir en hospital (34% vs 9% p=0,10) y no aceptación de sedación o dudar sobre ello (24% vs 10% p=0,08).

Conclusiones: La mayoría de población está a favor de sedación y fallecimiento en domicilio. La experiencia de familiar de cáncer facilita aceptación de sedación y preferencia por fallecer en hospital. Llamativamente las actitudes hacia sedación y hospitalización en últimos días de vida no difieren en grupo de población marginal. El nivel educativo reglado parece factor relacionado con sedación y fallecimiento en domicilio.

Palabras Clave: Sedación, cáncer, terminal.

COMUNICACIÓN ORAL

Vivencias y creencias sobre hábitos nutricionales de los adolescentes y de su entorno familiar en una zona urbana

Estrella Santos P¹, Guzmán Ruiz M¹, Delgado Mediano CM^{a1}, Cueto Camarero M^aM², Martínez Fernández M^aL³, Pérez Milena A²

¹ MIR de Medicina de Familia. CS El Valle. Jaén

² Médico de Familia. CS El Valle. Jaén

³ Profesora de ESO. Jefatura de Estudios. IES Jabalcuz. Jaén

Título: Vivencias y creencias sobre hábitos nutricionales de los adolescentes y de su entorno familiar en una zona urbana.

Objetivos: Conocer las actitudes, creencias y vivencias de los adolescentes y sus madres sobre hábitos de nutrición.

Diseño: Metodología cualitativa, método interpretativo.

Emplazamiento: Adolescentes y sus madres de un instituto de educación secundaria obligatoria (1º. 2º. 3º ESO), zona urbana.

Material y Método: Grupos de discusión (60 minutos) registrados mediante videograbación. Muestreo intencional estratificado por niveles educativos. Criterios de heterogeneidad: sexo, peso y sospecha de trastorno de conducta alimentaria. Proceso de análisis: codificación, triangulación de categorías y obtención. Verificación de resultados.

Resultados: 30 adolescentes (3 grupos; 13,3 años \pm 0,4), 9 madres (2 grupos). Se aprende a comer en la familia: la madre es figura esencial (planifica, compra, prepara los alimentos "como lo

hacían sus madres"), sobrecargada por la escasa participación familiar en la cocina. En general la calidad y cantidad de la comida es buena, muy buena, aunque se rechazan determinados alimentos por sabor, olor y textura. Hay cinco comidas diarias: un almuerzo muy abundante, habitualmente en familia y con la televisión encendida, aunque de corta duración (inferior a 30 minutos); un desayuno pobre y bocadillos con embutidos (recreos. meriendas). Las madres creen ser firmes en la necesidad de una alimentación variada pero los hijos/as pueden "negociar otros alimentos" en función del humor paterno/materno ("la cocina siempre está abierta"): se pueden picar alimentos calóricos. Las chucherías, accesibles, se comen a escondidas. Amigos y anuncios no parecen influir. La imagen corporal limita la ingesta en mujeres adolescentes, para evitar el sobrepeso, algo que no observan las madres.

Conclusiones: La mejora en los hábitos nutricionales debe incorporar las vivencias y creencias e involucrar a las madres como principales líderes familiares.

Palabras Clave: Adolescente, nutrición, estudio cualitativo.

COMUNICACIÓN ORAL

Perfil del paciente incluido en el proceso asistencial de insuficiencia cardíaca en atención primaria

Ortega Morales PJ¹, Varo Moriana JA¹, Martínez de Páramo B², Olmedo Macías J², Peña Casas AM³, López Puertas R⁴

¹ MIR Medicina de Familia. CS Virgen de la Capilla. Jaén

² MIR de Medicina de Familia. CS El Valle. Jaén

³ MIR Análisis Clínicos. Hospital Ciudad de Jaén

⁴ Médico de Familia. CS Virgen de la Capilla. Jaén

Título: Perfil del paciente incluido en el proceso asistencial de insuficiencia cardíaca en atención primaria.

Objetivos: Describir el perfil de riesgo cardiovascular del paciente incluido en el Proceso Asistencial de Insuficiencia Cardíaca.

Diseño: Estudio descriptivo transversal de asociación cruzada.

Emplazamiento: Dos Centros de Salud urbanos.

Material y Método: Muestreo aleatorio simple de pacientes ≥ 18 años incluidos en el Proceso Insuficiencia Cardíaca durante el año 2010. Variables recogidas: edad, sexo, enfermedades asociadas, grado de insuficiencia cardíaca (NYHA), seguimiento médico (tratamiento farmacológico, pruebas). Tamaño de muestra calculado con $\alpha=5\%$, potencia=80% y prevalencia=7%.

Resultados: Se estudian 159 pacientes, edad media 79 años ($\pm 9,4$) y 54% hombres. Las etiologías más frecuentes son hipertensión arterial (88%), obesidad (65%), diabetes mellitus (42%), cardio-

patía isquémica (29%) y EPOC (16%; más frecuente en varones ($p < 0,05$ X²). Hasta un 43% toman antidepresivos. La fracción de eyección tiene un valor medio de 65,9% ($\pm 2,4$). Clasificación de la NYHA: 39% grado I, 23% grado II, 35% grado III, 3% grado IV. La media de consultas en Atención Primaria es de 5,9 ($\pm 0,5$), el 50% son revisados en cardiología (sobre todo C leve-moderada, $p < 0,05$ X²). En IC grave el colesterol-LDL disminuye, aumentan triglicéridos y HbA1c ($p < 0,05$ ANOVA) y se limita la actividad física ($p < 0,05$ X²). Un 80% tenía realizado electrocardiograma y un 40% radiografía de tórax. Los fármacos más utilizados fueron los diuréticos (63%), beta-bloqueantes (50%) y estatinas (47%), con un 33% de pacientes polimedicados. Los IECAS son poco utilizados (22%). La digoxina se emplea más en IC avanzada ($p < 0,10$ X²).

Conclusiones: La función cardíaca es buena en general. Hay menor seguimiento en Cardiología de pacientes con IC avanzada. Hay alto uso de antidepresivos y polimedicación, y bajo de IECAS.

Palabras Clave: Heart failure, primary care, cardiovascular risk.

COMUNICACIÓN ORAL

Estrategia de impulso a la actividad investigadora en un distrito sanitario

Paniagua Urbano D¹, Gutiérrez Sequera JL², Poyato Luque I², Cosano Santiago JM¹

¹ Médico de familia. Distrito Sanitario Guadalquivir. Córdoba

² Enfermería de familia. Distrito Sanitario Guadalquivir. Córdoba

Título: Estrategia de impulso a la actividad investigadora en un distrito sanitario.

Objetivos: General: Fomentar la investigación en un Distrito Sanitario Atención Primaria Rural. Específicos:

- Analizar la potencialidad investigadora.
- Diseñar soporte a las iniciativas investigadoras.

Diseño: 2 fases:

- Diagnóstico de potencialidad investigadora.
- Constitución del Comité de Apoyo.

Emplazamiento: Distrito Sanitario de Atención Primaria. Entorno rural.

Material y Método:

- Para el Diagnóstico: Cuestionario individual que mide competencias autopercebidas, en 3 partes: Producción investigadora, formación y conocimientos en áreas específicas.

- El resultado del cuestionario estructura a los profesionales en 3 grupos o ROLES: Experto, Avanzado y Emergente.

- Para el diseño de la estructura, se Constituye el Comité de Apoyo a la Investigación, integrado por expertos, que define las líneas, gestiona los proyectos, evalúa resultados y proporciona formación a los profesionales.

Resultados: Los resultados del cuestionario arrojan los siguientes datos: Percentil 75: 34,6 puntos. Los 50 puntos se sitúan en el percentil 83,6, lo que induce a potenciar a adquisición de competencias.

Se crea el comité y se difunde la estrategia. En el primer mes de funcionamiento se han recibido 11 proyectos. En todo 2010 se recibió sólo uno.

Conclusiones: Una estrategia organizada que asigne roles a los profesionales y dé soporte a los profesionales investigadores emergentes, puede ser efectiva para el fomento de la actividad investigadora en Atención Primaria.

Palabras clave: Strategy, research, primary care.

COMUNICACIÓN ORAL

Relación de los niveles de hemoglobina glicosilada y la enfermedad arterial periférica

Ronda Gálvez M^aJ¹, Galindo Vacas S², Pantoja Díaz JD¹

¹ MIR 4º año. CS Fuensanta. Córdoba

² MIR 4º año. CS Levante Sur. Córdoba

Título: Relación de los niveles de hemoglobina glicosilada y la enfermedad arterial periférica.

Objetivos: Determinar si niveles elevados de hemoglobina glicosilada (HbA1c) tienen relación en la aparición de Enfermedad Arterial Periférica (EAP) en pacientes diabéticos. Correlación de la presencia de EAP con otras afectaciones vasculares como Retinopatía diabética y/o Nefropatía diabética.

Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: CS urbano (Fuensanta-Córdoba).

Material y Método: Población y muestra: Pacientes diabéticos (n= 65). Se incluyeron los que tenían medición ITB, último valor HbA1c, edad, sexo, TA, retinografía, microalbuminuria, tabaquismo y evento cardiovascular previo.

Análisis Estadístico: Estudio descriptivo, calculando frecuencias absolutas y porcentajes para variables cualitativas; Media aritmética, desviación típica y rango para variables cuantitativas.

Intervalo de confianza 95% de la prevalencia de EAP. Análisis bivariante. Correlación entre edad,

HbA1c e ITB medio mediante coeficiente de correlación de Spearman. Asociación entre la HbA1c y la presencia de EAP, de Retinopatía diabética y de microalbuminuria, con el sexo, el tabaquismo y la aparición previa de eventos cardiovasculares mediante prueba U de Mann-Withney y relación de HbA1c con la variable TA mediante prueba Kruskal- Wallis.

SPSS Statistic v.18 y EPIDAT 3.0.

Resultados: Prevalencia EAP 6,2%. ITB medio de 1,12± 0,16. Correlación entre HbA1c e ITB medio r -0,25 (p= 0,043). No correlación significativa entre HbA1c y edad ni entre edad e ITB medio. Relación entre HbA1c y Tensión Arterial, MAU y presencia de Retinopatía Diabética.

Conclusiones: Correlación entre niveles HbA1c e ITB medio, a menores niveles de HbA1c, mayor es ITB medio. No relación niveles de HbA1c y EAP. Relación entre niveles altos de HbA1c y microalbuminuria, retinopatía o HTA.

Palabras clave: Enfermedad Arterial periférica, índice tobillo-brazo, hemoglobina glicosilada.

COMUNICACIÓN ORAL

Opiniones, vivencias y expectativas de los líderes sociales de una zona necesitada de transformación social sobre el sistema sanitario

Pérez Milena A¹, Ramos Ruiz JA², Escudero Garzás R³, Osuna Díaz M⁴, García Muñoz V⁵, Enguix Martínez N⁶

1 Médico de Familia. CS El Valle. Jaén

2 Médico de Familia. CS de Hornos. Jaén

3 Médica de Familia. CS Estación Linares-Baeza. Jaén

4 Médico de Familia. CS de Siles. Jaén

5 Trabajadora Social. CS El Valle. Jaén.

6 Socióloga. FIBAO. Jaén

Título: Opiniones, vivencias y expectativas de los líderes sociales de una zona necesitada de transformación social sobre el sistema sanitario.

Objetivos: Conocer las opiniones, vivencias y expectativas de los líderes sociales de una zona necesitada de transformación social (ZNTS) sobre el sistema sanitario.

Diseño: Estudio cualitativo mediante entrevista individual en profundidad.

Emplazamiento: Zona básica de salud urbana de 16000 habitantes, con un 60% de población en ZNTS.

Material y Método: Muestreo intencional de líderes por la trabajadora social. Videograbación de las entrevistas (60-80 minutos) y posterior transcripción literal. Análisis mediante codificación, triangulación de categorías y obtención. Verificación de resultados.

Resultados: Se realizan siete entrevistas (3 asociaciones vecinales, 2 casas de acogida y 2 entidades sociales del barrio). Buena satisfacción con

Atención Primaria: hay trato personal, cercano, continuidad de cuidados y ayuda en problemas sociales. Excesiva rotación de personal y negativa a cambios obligados de cupo médico. Buena capacidad técnica aunque una líder pide más derivaciones hospitalarias. Desconocimiento de la cartera de servicios entre la población general. Adecuada gestión de ayuda material y seguimiento al alta hospitalaria. Trato distante en el Hospital por masificación, con gran demora en urgencias y falta de intimidad. Información en el ingreso. Sensación de falta de personal, sobre todo no sanitario. Finalmente, se pide una atención específica a subpoblaciones con problemas específicos (como enfermos con trastornos de salud mental graves) y mayor coordinación interniveles, mejora de la accesibilidad física (que mejora con cita previa y receta XXI) y menor burocracia.

Conclusiones: El Centro de Salud, y el Sistema Sanitario, debe permitir e incorporar las opiniones y expectativas de la comunidad para una mejora real de la calidad asistencial.

Palabras clave: Community health planning, primary care, qualitative study.

COMUNICACIÓN ORAL

Calidad del registro de los consentimientos informados de cirugía menor en un centro de salud urbano

Ramírez Picó A¹, Juárez Jiménez M^aV¹, Simao Aiex L¹, Pérez Milena A²

¹ MIR de Medicina de Familia. CS El Valle. Jaén

² Médico de Familia. CS El Valle. Jaén

Título: Calidad del registro de los consentimientos informados de cirugía menor en un centro de salud urbano.

Objetivos: Valorar la calidad del registro en papel de los consentimientos informados (CI) recogidos en el programa de cirugía menor en un centro de salud.

Diseño: Estudio descriptivo.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: Se estudian todos los CI realizados en el programa de cirugía menor de un Centro de Salud urbano durante los años 2009 y 2010. Se recoge: datos identificativos de médico/a y paciente (nombre completo, CNP/nº de colegiado, DNI/NUSS, firma), tipo de intervención, contraindicaciones, existencia de representante legal, fecha y modelo de CI empleado.

Resultados: Se valoran 205 CI (100% de las intervenciones realizadas), un 59% en modelo an-

tiguo. Hasta un 45% no indica el tipo de intervención realizada. Datos del médico: nombre completo 99%, número identificativo 63% y firma 96%; los datos de médicos residentes en el nuevo modelo de CI están en una tercera parte (4º año-37%; 3er año-13%; 1er año-7%; 2º año-1%). Datos del paciente: nombre completo 99%, número identificativos 76% (DNI: 27%, NUSS: 49%) y firma 95%. Las contraindicaciones se recogen en el modelo antiguo en un 40%. La fecha de la intervención no se recogió en un 21%. Hay diferencias significativas entre facultativos ($p < 0,05$ test X^2) en la recogida de CNP, número identificativo de paciente y contraindicaciones. no hay ningún CI de enfermería.

Conclusiones: Es necesario mejorar la calidad de CI en cirugía menor, homogeneizar la cumplimentación de los consentimientos informados por parte de los médicos e incorporar al personal de enfermería.

Palabras clave: Surgical procedures minor, primary care, informed consent.

COMUNICACIÓN ORAL

Impacto de los determinantes de desigualdad social en el control metabólico y prevalencia de complicaciones crónicas en personas con diabetes tipo 2

Fernández Gamaza M¹, Márquez Calzada C², Cuberos Sánchez CM³, García Pérez-Regadera I³, Bujan López R⁴, Martín Leal M⁵

¹ Médico de familia. Servicio Andaluz de Salud. UGC Bormujos. Sevilla

² Enfermera. Servicio Andaluz de Salud. Unidad de Investigación DSAP Aljarafe. Sevilla

³ Enfermera. Servicio Andaluz de Salud. UGC Sanlúcar. Sevilla

⁴ Enfermera. Servicio Andaluz de Salud. UGC Castilleja. Sevilla

⁵ CS de Castilleja de la Cuesta. Sevilla

Título: Impacto de los determinantes de desigualdad social en el control metabólico y prevalencia de complicaciones crónicas en personas con diabetes tipo 2.

Objetivos: Analizar la influencia de los determinantes de desigualdad social (DDS) en el control metabólico y complicaciones crónicas de personas con diabetes tipo 2 (DM2).

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: 9 centros de salud aleatorizados, según tamaño poblacional.

Material y Método: Sujetos: Adultos con DM2. Criterios selección: aceptación a participar. N=449 sujetos (alfa=5%; beta=80%; p1=50). Muestreo aleatorio simple. Variables independientes (DDS): edad, género, nivel educativo (NE), ocupación, ingresos económicos y clase social. Variables dependientes: tensión arterial, HbA1c, perfil lipídico, creatinina, microalbuminuria, índice de masa corporal (IMC), complicaciones micro y macrovasculares. Fuentes de información: entrevista estructurada presencial e historia clínica. Análisis estadístico: descriptivo

univariante y bivariante según naturaleza de las variables.

Resultados: Se incluyeron 454 (54,2%% fueron hombres). La edad media fue 67,48 años (IC 95% 66,58 a 68,38) siendo una variable relacionada con la prevalencia de complicaciones micro y macrovasculares ($p<0,05$). El género mostró relación frente a hábito tabáquico, IMC, perfil lipídico, albuminuria y eventos cardiovasculares ($p<0,05$). El NE mostró relación con la presencia de retinopatía e hipertensión arterial ($p<0,05$). La ocupación mostró relación con los antecedentes de eventos cardiovasculares ($p<0,05$). Los ingresos económicos y la clase social no mostraron relación estadística con las variables dependientes analizadas.

Conclusiones: Recomendamos incluir el análisis de los DDS (edad, género, nivel educativo y ocupación) en el diseño del plan de actuación y cuidados de las personas con DM2 debido a la influencia de estos factores en la morbilidad y el control metabólico de la misma.

Palabras clave: Diabetes mellitus, type 2, socio-economic factors, diabetes complications.

COMUNICACIÓN ORAL

Análisis de dos años de ecografías en una unidad de gestión clínica de atención primaria

Garzón Prados PM¹, Guerrero García FJ², González Urbano M¹, Pérez Romera FJ¹, Robles Martín J¹, Sánchez Ortiz FJ²

¹ Residente MFyC. UGC Gran Capitán. Granada

² Médico de Familia. UGC Gran Capitán. Granada

Título: Análisis de dos años de ecografías en una unidad de gestión clínica de atención primaria.

Objetivos: principal: Analizar las ecografías realizadas en dos años desde la implantación de la ecografía, en una Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria. Estimar el grado de concordancia diagnóstica de las ecografías realizadas por médicos de familia en atención primaria con las pruebas de imagen posteriormente realizadas en el hospital.

Diseño: Estudio Observacional Descriptivo.

Emplazamiento: Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria Urbana.

Material y Método: Se analizan la totalidad de las ecografías registradas en el Libro de Registro de Ecografías de la UGC durante los años 2009 y 2010. Variables de Estudio: Tipo de ecografía, Hallazgo en Atención Primaria, Hallazgo en Hospital (si se hubiera realizado prueba de imagen posterior a la ecografía del centro de salud).

Resultados: Ecografías realizadas: 503 (222 [44%] en 2009, 281 [56%] en 2010).

Tipo de Ecografías Realizadas: Obstétricas: 245 (48,7%), Abdominales: 189 (37,6%), Musculo-esquelética: 33 (6,6%), Tiroides: 15 (3%), Partes Blandas: 6 (1,2%), Mama: 3 (0,6%), Escroto: 3 (0,6%), Vascular: 1 (0,2%), Otras: 8 (1,6%).

Ecografías con Prueba de Imagen en Hospital: 93.

Concordancia con P. Diagnóstica de Hospital: Total: 75 (80,6%), Parcial: 8 (8,6%). No concordancia: 10 (10,8%).

Conclusiones: La realización de ecografías en la UGC se ha incrementado en 2010 en un 26,6%, mejorando la resolución de la UGC.

La concordancia entre el diagnóstico en Atención Primaria y en Atención Hospitalaria es casi del 90%.

Se ha mejorado en 2010 la concordancia con el diagnóstico hospitalario en un 6,6%, lo que demuestra la capacitación de los médicos de familia para utilizar la ecografía como prueba diagnóstica.

Palabras clave: Ecografía, atención primaria de salud, diagnóstico por imagen.

COMUNICACIÓN ORAL

VARIABLES PSICOSOCIALES DEL CUIDADOR INFORMAL DE PACIENTES DEPENDIENTES

Atienza Martín FJ¹, Rodríguez Fernández L², Revuelta Pérez F³, Jiménez Rosales P⁴, Garrido Lozano M⁴, González Gutiérrez C⁴

¹ Médico de Familia. UGC Adoratrices. Distrito Sanitario Huelva Costa

² Psicóloga. Departamento de Psicología. Universidad de Huelva

³ Psicólogo. Departamento de Psicología. Universidad de Huelva

⁴ Residente MFyC. UGC Adoratrices. Distrito Sanitario Huelva Costa

Título: Variables psicosociales del cuidador informal de pacientes dependientes.

Objetivos: Evaluar la relación entre aspectos psico-sociales y variables del cuidador informal de pacientes dependientes.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método:

- Población de estudio: Cuidadores informales.

- Tamaño muestral: 100 cuidadores.

- Variables:

- Demográficas.
- Convivencia con el dependiente.
- Recepción de ayuda de otros familiares.
- Percepción de ayuda económica.
- Recepción de ayuda domiciliaria.
- Sustitución temporal en el cuidado.
- Sobrecarga del cuidador: cuestionario de Zarit.
- Salud percibida: GHQ-28.
- Apoyo social: SSA.
- Estilo de afrontamiento: cuestionario COPE.
- Satisfacción vital: ESV.

- Medición: Cuestionario ad hoc.

- Análisis estadístico: descriptivo e inferencial (prueba t para diferencia de medias y chi cuadrado para proporciones).

Resultados: 100 pacientes; 83,9% mujeres; edad media: 62,5 años.

Diferencias:

Por sexo: Estilo de afrontamiento religión: Varón: 2,1 Mujer: 2,7 p=0,036.

Por convivencia: No hubo diferencias.

Por ayuda de familiares: GHQ-28: con ayuda: 22,7 sin ayuda: 31 p=0,040.

Por ayuda económica y/o domiciliaria: No hubo diferencias.

Por sustitución:

- Zarit: con: 28,8 sin: 40 p=0,002.

- GHQ-28: con: 24,6 sin: 35,8 p=0,003.

- Estilo de afrontamiento.

- Búsqueda de apoyo social: con: 2,4 sin: 2,1 p=0,026.
- Negación: con: 1,7 sin: 2,1 p=0,031.

Conclusiones: Determinadas variables se relacionan con dimensiones cognitivo-conductuales del cuidador informal. La sustitución temporal en el cuidado se relaciona con la positividad de estas dimensiones.

Palabras clave: Caregivers, primary care, frail Elderly.

COMUNICACIÓN ORAL

Opiniones de los farmacéuticos con oficina de farmacia sobre aspectos éticos de la dispensación de medicamentos

Rodríguez Fernández L¹, Atienza Martín F², Revuelta Pérez F³, Ruiz Cumplido I², Villegas Cardeñas N², Freire Pérez P²

1 Psicóloga. Departamento de psicología. Universidad de Huelva

2 Médico de familia. UGC Adoratrices. Distrito Sanitario Huelva Costa

3 Psicólogo. Departamento de psicología. Universidad de Huelva

Título: Opiniones de los farmacéuticos con oficina de farmacia sobre aspectos éticos de la dispensación de medicamentos.

Objetivos: Analizar las opiniones de los farmacéuticos de oficina de farmacia sobre aspectos éticos de la prescripción.

Diseño: Cualitativo mediante encuesta de 38 preguntas con respuestas tipo Likert.

Emplazamiento: Farmacias.

Material y Método: Población de estudio: farmacéuticos de oficina de farmacia. Tamaño muestral: 37 farmacéuticos. Variables: Respuestas a preguntas relacionadas con los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, en relación con la dispensación de medicamentos. Análisis: descriptivo de frecuencias.

Resultados: 37 farmacéuticos. 59,5% mujeres. Propietarios: 69,4%. Promedio de años de trabajo: 17,1.

Beneficencia:

- 37,8% de acuerdo en que la formación se basa en la publicidad de la industria.
- 35,1% de acuerdo en que los médicos tienen en cuenta la eficacia de los medicamentos en su prescripción.

No Maleficencia:

- 91,9% de acuerdo en que el cambio de envases al prescribir por principio activo confunde a los pacientes.
- 61,2% utiliza el sistema de notificación "tarjeta amarilla".

Autonomía:

- 80,5% interroga sobre preferencias a los pacientes.
- 70,3% dispensa de acuerdo a las preferencias de los pacientes.

Justicia:

- El 47,2% considera ético el regalo de materiales de trabajo, pero solo al 2,8% le afecta en la dispensación.
- El 10,8% la compensación directa de la industria a cambio de dispensar un determinado número de envases de un medicamento.
- El 38,9% la invitación a un fin de semana en un lugar bucólico con la excusa de una actividad científica o promocional.
- El 54% considera que los indicadores de farmacia del SAS están orientados al ahorro y solo el 19,5% a la eficiencia y seguridad.

Conclusiones: Las opiniones de farmacéuticos sobre aspectos éticos de la dispensación pueden plantear interrogantes.

Palabras Clave: Drug Utilization, ethics, pharmacy.

COMUNICACIÓN ORAL

¿Estamos tratando adecuadamente a nuestros pacientes con fármacos para osteoporosis?

Salido Morales I¹, González Blanco V², Barcones Gómez C¹, Cano García M^aS³, Aguado Taberné C⁴, Ruiz Moruno FJ⁵

1 MIR Medicina familiar y comunitaria. CS Santa Rosa. Córdoba

2 MIR Medicina familiar y comunitaria. CS Fuensanta. Córdoba

3 MIR Medicina familiar y comunitaria. CS Lucano. Córdoba

4 Medicina familiar y comunitaria. CS Santa Rosa. Córdoba

5 Medicina familiar y comunitaria. CS Fuensanta. Córdoba

Título: ¿Estamos tratando adecuadamente a nuestros pacientes con fármacos para osteoporosis?

Objetivos: Valorar si es adecuada la indicación de tratamiento para osteoporosis en nuestros pacientes según criterios de Guía Europea para Osteoporosis (2008).

Diseño: Estudio observacional descriptivo retrospectivo con revisión de historias clínicas.

Emplazamiento: Tres Centros de Salud urbanos.

Material y Método: población y criterios de inclusión: Pacientes en tratamiento con fármacos antirresortivos, osteoformadores o mixtos desde Noviembre 2010 a Marzo 2011.

Metodología: Mediante muestreo aleatorio simple de pacientes incluidos se seleccionarán 50% para revisión de historias clínicas y registro: tiempo de tratamiento, índice FRAX, realizada o no densitometría. Criterios utilizados para valorar indicación de tratamiento: Guía Europea para diagnóstico y tratamiento de Osteoporosis (ESCEO) propone dos estrategias, primera: uso de factores

de riesgo clásicos para la enfermedad y segunda: uso índice FRAX.

Resultados: 49 pacientes: 93,9% mujeres y 6,1% hombres; media de edad 71,02 años (DT=10,32). Tiempo medio de tratamiento: 40,3 meses (DT=28,56). Distribución por especialidades de indicación inicial del tratamiento: 55,1% Médico de Familia, 16,3% Reumatología, 14,3% Traumatología, 10,2% Ginecología y 4,1% Endocrinología. Análisis de adecuación de indicación de tratamientos: primera estrategia: 59,2% pacientes bien tratados, 38,8% inadecuadamente tratados y 2% realizar densitometría y valorar tratamiento; Segunda estrategia: 30,6% pacientes bien tratados, 53,1% no indicado y 16,3% realizar densitometría.

Conclusiones: En nuestras consultas tendemos a sobretratar a pacientes con fármacos para osteoporosis. El uso de Índice FRAX para iniciar este tratamiento tiende a infravalorarlo con respecto al uso de los factores de riesgo para esta enfermedad. Por lo que Índice FRAX puede ser una herramienta de ayuda pero individualizando los casos.

Palabras Clave: Osteoporosis, índice FRAX, tratamiento.

COMUNICACIÓN ORAL

Estilo de consulta, exploración de la salud mental, promoción de salud y prevención de la enfermedad en atención primaria

Revuelta Pérez F¹, Atienza Martín F², Rodríguez Fernández L³, Ramos Gómez J², Pastoriza Vilas JC², Meroño Martínez J²

¹ Psicólogo. Departamento de psicología. Universidad de Huelva

² Médico de familia. UGC Adoratrices. Distrito Sanitario Huelva Costa

³ Psicóloga. Departamento de psicología. Universidad de Huelva

Título: Estilo de consulta, exploración de la salud mental, promoción de salud y prevención de la enfermedad en atención primaria.

Objetivos: Evaluar los estilos de relación clínica y su relación con despistaje de salud mental y actividades de promoción y prevención.

Diseño: Estudio observacional, transversal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método: Observación de la entrevista clínica por observadores externos en consultas de atención primaria.

Parrilla diseñada ad hoc para recoger:

- Estilo de consulta (modelo Emanuel y Emanuel) que va de más autonomía a más beneficencia.

- Edad y sexo del paciente.

- Realización de despistaje de salud mental.

- Realización de actividades de promoción y/o prevención.

Resultados: 2563 entrevistas de 16 médicos.

Edad y estilo de consulta: $F=1,464$ $p=0,222$.

Salud mental y estilo de consulta deliberativo e interpretativo: $F=19,845$ $p<0,001$.

Promoción/prevención y estilo de consulta deliberativo e interpretativo: $F=1,840$ $p=0,138$.

Conclusiones: Los estilos de consulta que favorecen la autonomía del paciente se relacionan con una mayor realización de exploración de alteraciones de salud mental.

Palabras clave: Mental health, primary Care, interview.

COMUNICACIÓN ORAL

Relaciones médico de familia - farmacéuticos: una comunicación necesaria

León Arévalo I¹, Pardo Álvarez J², Coronado Núñez M³J³, Denche Gil P¹, Soler Sánchez M¹, Zavala Díaz Sheila¹

¹ MIR. CS El Torrejón. Huelva

² MFyC. CS El Torrejón. Huelva

³ Farmacéutico. Colegio de farmacéuticos. Huelva

Título: Relaciones médico de familia - farmacéuticos: una comunicación necesaria.

Objetivos: Conocer las necesidades del Médico de Familia de comunicarse con el farmacéutico para resolver problemas en su práctica diaria. Valorar las posibilidades de mejora de esta comunicación médico-farmacéutico.

Diseño: Estudio descriptivo transversal. Estudio cualitativo.

Emplazamiento: Centros de Salud Urbanos.

Material y Método: 50 Médicos de familia. Encuesta individual y técnicas de grupo nominal. Valoramos datos profesionales, conocimiento de los farmacéuticos de la zona. Analizaron en qué situaciones concretas de las que aparecen en nuestra consulta habitual, sería importante o necesario contactar con el farmacéutico de tu zona básica de salud. Aportar aspectos que podían optimizar esta comunicación entre profesionales.

Resultados: Respuesta del 94%, muestra final de 47 participantes. 46% Hombres y 54% mujeres.

Edad media de 54 años. Habían permanecido más de 5 años en el mismo centro un 86%. No conocían a ningún farmacéutico de su zona un 76%. Fueron aportadas 92 situaciones diferentes de necesidad de comunicación. Las situaciones con la dispensación-prescripción fueron las más frecuentes (80%), destacando los problemas con Receta XXI (65%) y situaciones con el paciente (20%) apareciendo los problemas con dosificación (40%), cumplimiento(32%) y detección de efectos adversos- interacciones (18%) educación sanitaria (5%). Se aportan como mejoras: reuniones con farmacéuticos de zona, coordinar formas de comunicación, generar documento consensuado. Creamos grupo de trabajo con Colegio de Farmacéuticos.

Conclusiones: Desconocimiento entre profesionales con objetivos comunes. Escasa comunicación. Detección de importantes problemas con la dispensación y con los pacientes. Necesidad de mejoras en Receta XXI. Colaboración prioritaria con Colegios profesionales para conseguir mejoras.

Palabras clave: Atención farmacéutica, comunicación clínica, uso racional medicamento.

COMUNICACIÓN ORAL

Implicaciones socio-personales de la tarea de cuidar

León Arévalo I¹, Serrano Beas M^aA², Pardo Álvarez J³, Ferrer Milán M⁴, García Quintana J⁵, Arteaga Mena M^aA⁴

¹ MIR 3. CS El Torrejón. Huelva

² MIR 4. CS El Torrejón. Huelva

³ MFyC. CS El Torrejón. Huelva

⁴ DUE. CS El Torrejón. Huelva

⁵ Trabajadora Social. CS El Torrejón. Huelva

Título: Implicaciones socio-personales de la tarea de cuidar.

Objetivos: Valorar las consecuencias físicas y sociales en cuidadoras, así como cambios para su bienestar y calidad de vida.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método: Muestreo aleatorio simple de personas mayores de 65 años. Ponderados por edad y sexo, error 5%. Cuidadoras de aquellos con valoración baja en Lawton-Brody y Barthel. Entrevista estructurada personalizada valorando: Problemas de salud, cambios en relación, aspectos vitales modificados, uso de recursos, red social, tiempo libre e índice de esfuerzo del cuidador. Análisis cuantitativo de frecuencias. Paquete estadístico SPSS-15.0.

Resultados: Muestra de 73 cuidadores, 74% mujeres y 26% varones, edad media 55,05 años. 65,8% presenta problemas de salud en tratamien-

to, óseas (42,4%), depresión (20,54%), hipertensión (15%). 63% refiere que no deteriora su salud, presentan astenia (53,7%), insomnio (35%) y ansiedad (8%). La relación con el mayor "sigue igual" un 84,9%. El cuidar supone al 74% modificaciones en su vida: 24% deja su trabajo, 81% reduce ocio, 68% no tiene vacaciones y 63% cambia humor. Recursos sociales que no quieren usar son residencias (68,8%), estancias diurnas (72%), utilizan sillas (30%), camas (45%). Índice de esfuerzo del cuidador 39,7% en riesgo. Puntuación media 5,48. Actividades de ocio son ver TV y radio. Red social media 3 personas, 85% familiares.

Conclusiones: Afectación física de las cuidadoras, no subjetiva. Importantes cambios en su vida diaria con limitaciones de tiempo libre y ocio. No utilización de recursos que los desvinculen. Prefieren recursos de movilidad. Riesgo de sobreesfuerzo del cuidador. Escasa red social.

Palabras Clave: Cuidadores, red social, recursos sociales.

COMUNICACIÓN ORAL

Factores de riesgo relacionados con el desgaste profesional

Ramos Navas-Parejo JM^{a1}, Roldán Maldonado G², Garrido Mateo L², Salazar Torres IC², Ávila Villegas R³, Ramos Ramos M^aA²

¹ Medicina de Familia. CS La Caleta. Granada

² Psicóloga Clínica. Granada

³ Pediatra

Título: Factores de riesgo relacionados con el desgaste profesional.

Objetivos: Relacionar el nivel de desgaste emocional con el perfil profesional, sexo, edad, tamaño de la población y asertividad.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Multicéntrico (rural y urbano).

Material y Método: La muestra fue de 315 profesionales (35'2% médicos, 29'8% enfermeros, 34'9% celadores-conductores). Se utilizaron: el inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory. MBI; Maslach y Jackson, 1986), el "Inventario de asertividad de Gambrill y Richey" (Gambrill-Richey Assertion Inventory, GRAI; Gambrill y Richey, 1975) y una entrevista semiestructurada. Análisis estadístico: test Chi-cuadrado y Mann-Whitney.

Resultados: El 24,7% de los profesionales presentan una puntuación media-alta en agotamiento emocional. El 53% puntúa medio-alto en

despersonalización. El 22,7% tiene un sentimiento de realización bajo. El 73,5% de los profesionales que presentan desgaste emocional son médicos, frente al 14,7% de enfermeros/as y 11,8% de celadores-conductores ($p=0,001$). Las mujeres presentan mayor desgaste emocional ($p=0,055$) que los hombres. Los profesionales que son asertivos presentan menor desgaste profesional ($p=0,003$). El 16,9% de los profesionales que trabajan en poblaciones grandes (>10.000 habitantes) presentan desgaste profesional ($p=0,001$), frente al 4,4% de los profesionales que trabajan en poblaciones menores de 10.000 habitantes.

Conclusiones: Nuestros datos confirman que la categoría profesional, el sexo, la asertividad y el tamaño de la población atendida se relacionan con el desgaste profesional. Trabajar como médico, ser mujer, presentar bajos niveles de asertividad y trabajar en poblaciones mayores de 10.000 habitantes parecen ser factores de riesgo de sufrir desgaste profesional.

Palabras clave: Emergency, burnout, health care.

COMUNICACIÓN ORAL

Perfil de polimedicados en una residencia de ancianos y análisis del uso racional de inhibidores de la bomba de protones (IBP) en los pacientes polimedicados

Jiménez Pertiñez B¹, Manzano Guzmán AI¹, Reche Navarro C², Ribes Bautista AI², Agredano Torquemada G²

¹ MIR 4º año MFyC. CS San Felipe. Jaén

² Médico de familia. CS San Felipe. Jaén

Título: Perfil de polimedicados en una residencia de ancianos y análisis del uso racional de inhibidores de la bomba de protones (IBP) en los pacientes polimedicados.

Objetivos: 1º Conocer el perfil del paciente polimedicado en una residencia de ancianos.

2º Conocer el porcentaje de pacientes polimedicados y el cumplimiento de criterios del uso racional de IBP.

Diseño: Descriptivo trasversal.

Emplazamiento: Residencia de ancianos dependiente de un centro de salud.

Material y Método: Metodología: Se seleccionaron todos los pacientes ingresados en una residencia de ancianos (n=129). Variables: independientes: edad, sexo. Variables dependientes: polimedicados (pacientes que en el 2010 estaban en tratamiento con 10 ó más fármacos al menos durante 6 meses continuados), tratamiento con IBP y adecuación a los criterios de uso racional del medicamento para IBP (pacientes que precisen de tratamiento con anticoagulantes, anti-

gregantes, uso concomitante con aines y/o corticoides, antecedentes de ulcus peptico, enfermedades concomitantes graves).

Método de medición: Historia digital Diraya.

Análisis estadístico: se efectuó un análisis descriptivo de los datos, calculando la significación estadística mediante la T student para datos independientes y X².

Resultados: El 35 % de los ancianos cumplen criterios de pacientes polimedicados, con una edad media de 85 años (DT5) y un 62% de mujeres. El 78 % de la muestra toman IBP, de los cuales el 52 % cumple criterios de uso racional del medicamento para IBP (no significativo, p=0,313).

Conclusiones: El perfil del paciente polimedicado de la residencia de ancianos es una mujer de 85 años de edad. Existe una minoría de pacientes polimedicados en la residencia. Deberíamos mejorar la prescripción de IBP, pues escasamente la mitad de los pacientes que toman IBP cumplen los criterios de URM.

Palabras Clave: Polimedicado, URM, IBP.

COMUNICACIÓN ORAL

Tipología de los resultados negativos asociados a medicamentos en una población de alto riesgo

Plata Illescas JA, Lovera Valls M, Ruiz Cobo J, Fernández Fernández MA, González Lama J, Farouk Allam M

Distrito Sanitario Córdoba Sur

Título: Tipología de los resultados negativos asociados a medicamentos en una población de alto riesgo.

Objetivos: Conocer la naturaleza de los Resultados Negativos asociados a Medicamentos (RNM) en una población de alto riesgo.

Diseño: Estudio descriptivo observacional, multicéntrico.

Emplazamiento: Atención primaria. Población mixta rural/urbana.

Material y Método: Definimos RNM a valorar y población de alto riesgo (mayores de 65 años polimedicados). Se realizaron entrevistas clínicas a los pacientes/cuidadores con una Hoja de seguimiento Farmacoterapéutico diseñada expresamente y una Hoja Farmacoterapéutica y de Revisión de la medicación para recoger la medicación crónica. Se recogieron variables demográficas, clínicas y farmacológicas. Se realizó tabulación en base de datos Excel (MOE 2003) y exportación a SPSS (v15.0) para su análisis y procesamiento estadístico. Se contempló análisis univariante con

análisis descriptivo en función del tipo de variable, así como multivariante para la búsqueda de asociaciones entre las mismas.

Resultados: Población de riesgo: 2.681 pacientes (5,56% del total). Mayor peso del sexo femenino (64.2% frente a 55.2%; $p < 0.05$); edad media de 77 años (75-79 años: 822 pacientes o el 36,66%). Se detectó al menos un RNM en el 58,0% de los casos (IC 95%: 56%-59,9%), destacando el epígrafe de Interacciones, con una incidencia del 65.7% y con una mayor prevalencia de patología cardiovascular.

Conclusiones: Con una prevalencia inferior a estudios previos internacionales, las RNM más importantes en nuestro medio son las interacciones farmacológicas, fundamentalmente en pacientes con patología cardiovascular. Tanto ésta como otras RNM se presentan en mayor número en mujeres, debido a un mayor porcentaje de polimedicación.

Palabras clave: Resultados negativos asociados a medicamentos, polimedicados, estudio observacional.

COMUNICACIÓN ORAL

Prevalencia enfermedad arterial periférica en pacientes dislipémicos

García García AL¹, Gonzalez Reinaldo E², López Montes A³, Arrillaga Ocampo I², Padial Reyes F³, Briones Barreiro M²

¹ MIR Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Lagunas. Mijas (Málaga)

² MIR Medicina Familiar y Comunitaria. Mijas (Málaga)

³ Medicina Familiar y Comunitaria. Mijas (Málaga)

Título: Prevalencia enfermedad arterial periférica en pacientes dislipémicos.

Objetivos: Estudiar prevalencia de enfermedad arterial periférica dislipémicos con edad superior a 50 años. Evaluar adecuación terapéutica y demás factores de riesgo vascular.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: Hallar prevalencia de enfermedad arterial periférica oculta evaluada mediante índice tobillo brazo (ITB) en pacientes dislipémicos con edad > 50 años. El ITB se determinó de manera no invasiva con un manguito de presión sanguínea y una sonda doppler de 5 mHz.

Resultados: 51 pacientes, 24 varones (47,1%) y 27 mujeres (52,9%), edad media 63,65 ± 8,06 (50-77). Factores de riesgo vascular: 33 hipertensos (64,7%), 15 (29,4%) diabéticos, 13 (25,5%) fumadores activos, 26 (51%) antecedentes familiares

de evento vascular mayor, 86,2% IMC>25, perímetro abdominal patológico 92,1% y en cuanto a la práctica deportiva, 13 (25,5%) no realiza ningún tipo de actividad física. Estratificación de riesgo vascular según Framingham y Euro-score, 7 (13,7%) y 12 (23,5%) respectivamente presentan un riesgo alto-muy alto de riesgo coronario a los 10 años. Prevalencia de enfermedad arterial periférica fue de 13 pacientes (25,4%); existiendo una relación lineal entre los niveles de colesterol, la edad y la prevalencia de EAP.

Conclusiones: Observamos una elevada prevalencia de enfermedad arterial periférica en pacientes asintomáticos y con ausencia de evento vascular mayor. La búsqueda de EAP no conocida nos parece de gran utilidad porque es relativamente común, pasa desapercibida en la valoración clínica convencional, conlleva un peor pronóstico y afecta a pacientes que requerirían una modificación más agresiva de sus factores de riesgo vascular.

Palabras clave: Peripheral arterial disease, dyslipidemia, > 50 years old.

COMUNICACIÓN ORAL

Interacciones medicamentosas en ancianos polimedcados de un distrito sanitario de atención primaria

Plata Illescas JA, López Domínguez E, Ruiz Cobo J, Iborra Ronco B4, Ortiz Arjona MA, Caballero Lanzas JM^a

Distrito Sanitario Córdoba Sur

Título: Interacciones medicamentosas en ancianos polimedcados de un distrito sanitario de atención primaria.

Objetivos: Identificar las Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) en polimedcados mayores de 65 años.

Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: Las 15 Unidades de Gestión Clínica (UGC) de un Distrito Sanitario de Atención Primaria. Engloban municipios rurales con una población envejecida (más del 18% de la población del Distrito es mayor de 65 años).

Material y Método: Se realizaron entrevistas a pacientes (Hoja Farmacoterapéutica y Revisión de la medicación) por parte de médicos y enfermeros. La muestra de estudio estuvo compuesta por 2.681 pacientes mayores de 65 años que tomaban 10 o más medicamen-

tos durante un periodo mayor o igual a 3 meses.

Resultados: Se detectaron 1.970 interacciones medicamentosas. El mayor porcentaje de interacciones (28,8%) se dio en pacientes en tratamiento antihipertensivo, y el 18,5% ocurrieron en pacientes tratados con antidiabéticos orales. Con menor frecuencia aparecen interacciones en pacientes en tratamiento para cardiopatías y en tratamiento con antidepresivos/tranquilizantes, con un 10,8% y 9,3% respectivamente. El 5,5% ocurrieron en pacientes con tratamiento para la EPOC.

Conclusiones: Se precisa realizar un seguimiento estrecho de los pacientes polimedcados debido al elevado porcentaje de interacciones detectadas, situación especialmente preocupante en mayores de 65 años por su mayor probabilidad de desarrollar complicaciones.

Palabras Clave: Interacciones medicamentosas, polimedcados, estudio observacional.

COMUNICACIÓN ORAL

Lumbalgia y petición de radiografía: ¿adecuada según guías de práctica clínica?

Marín Conde L¹, Vivar Simón M¹, González Urbano M¹, Robles Martín J¹, Fernández de la Hoz L¹, Tormo Molina J²

¹ MIR medicina familia. Granada

² Medicina de familia. Granada

Título: Lumbalgia y petición de radiografía: ¿adecuada según guías de práctica clínica?

Objetivos: Conocer si la petición de radiografías de columna lumbar se adecua en nuestro medio a criterios de guías de práctica clínica.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centros de Salud, urbanos y rurales. Dos Distritos Sanitarios, Unidad Rayos X.

Material y Método: Población y muestra: Todos los pacientes que acudieron a realizarse Rx lumbar hasta alcanzar una muestra de 380 sujetos. (Probabilidad esperada 53%; precisión 5%; alfa 0.05; beta 0.2).

Variable dependiente: Petición adecuada de radiografía lumbar según indicación de cinco guías de práctica clínica (ICSI, Osakidetsa, New Zealand, American College Radiology, Royal College General Practitioners) seleccionadas por niveles de evidencia y actualidad.

Variables independientes: Edad, sexo, médico peticionario, centro salud, traumatismo previo, duración lumbalgia, mejoría con reposo, aumento dolor con movimientos, fiebre, antecedentes

de cáncer, pérdida de peso, inmunosupresión, osteoporosis, tratamiento esteroideo, compresión radicular.

Método de medición: Encuesta auto administrada a pacientes e historia clínica.

Análisis estadístico: Univariante utilizando medidas de frecuencia/dispersión habituales y bivariante con uso de la Chi-cuadrado para comparación variables cualitativas.

Resultados: 361 encuestados. 33% varones, edad media: 53 años (SD.- 18.5). Traumatismo previo: 14%. Dolor lumbar superior 1 mes: 84.8%. Mejoría del dolor en reposo: 49.3%. Mayor dolor con movimientos: 88.9%. Antecedente de cáncer: 6.1%. Porcentaje Rx adecuadas según criterios guías: 97.5%, 93%, 97.5%, 93% y 42.5% (ICSI, Osakidetsa, New Zealand, American Collage of Radiology, Royal College General Practitioners), respectivamente.

Conclusiones: Según la mayoría de guías utilizadas, en más del 90 % de las ocasiones la petición de Rx lumbar es adecuada en nuestro medio.

Palabras clave: Low back pain, X-ray, guidelines.

COMUNICACIÓN ORAL

Perfil sociodemográfico, características clínicas y factores de riesgo del dolor lumbopélvico en mujeres menores de 65 años: estudio multicéntrico

Gavira Iglesias FJ¹, Gavira Pavón A², Walker Chao C³, Rodríguez Rodríguez N⁴, Pérez Orríos M^aD⁵, Mellado Romero V⁵

¹ MF. CS Cabra. Cabra (Córdoba)

² Fisioterapeuta. Máster en Terapia Manual. Universidad Europea Madrid

³ Fisioterapeuta. Doctorada en Salud Integral de la Mujer. Universidad Europea Madrid

⁴ Diplomado Universitario en Enfermería. CS de Cabra (Córdoba)

⁵ Fisioterapeuta. Dispositivo Apoyo, Distrito Sanitario Córdoba Sur. Lucena (Córdoba)

Título: Perfil sociodemográfico, características clínicas y factores de riesgo del dolor lumbopélvico en mujeres menores de 65 años: estudio Multicéntrico.

Objetivos: Conocer características sociodemográficas, clínicas y factores de riesgo del dolor lumbopélvico (LBP) en mujeres que consultan por dicho motivo.

Diseño: Estudio observacional transversal mediante cuestionario por entrevista.

Emplazamiento: Dos centros sanitarios del Área Sur de Córdoba y un centro sanitario de Madrid.

Material y Método: Estudio realizado entre 28. 10. 2010-28. 04. 2011 en mujeres de 20-65 años que consultaron por LBP. Herramientas: Cuestionarios [Índice de Discapacidad de Oswestry (ODI) y cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-SF)], prueba funcional (Test ASLR) y comorbilidad de interés para el LBP. Análisis estadístico descriptivo y multivariante.

Resultados: 364 mujeres fueron entrevistadas. Edad media 46 años (Dt10), casadas (81%), con

estudios primarios (66%) y trabajadoras (51%), 64% tenían ciática además de lumbalgia, un 24% con dolor crónico, un 69% con =3 episodios previos, un 43% con ASLR positivo y el 39% con grado de incapacidad severa y superior (ODI:41%-100%). La prevalencia de incontinencia urinaria (IU) fue del 43%. Se observaron diferencias significativas entre las mujeres con discapacidad severa y superior frente a aquellas con discapacidad mínima-moderada en el nivel educativo, IMC, salud autopercebida (APS), paridad, cesáreas, consumo de fármacos, estreñimiento, artrosis, cronicidad del dolor, IU y test ASLR. Los factores que aumentan la discapacidad producida por el LBP son el test ASLR, la artrosis, la APS, la IU y los fármacos. La disminuyen el número de cesáreas y la edad.

Conclusiones: LBP: Discapacidad importante, fuerte relación con afectación de sacroiliacas (ASLR), problemas degenerativos articulares (artrosis), APS, IU y comorbilidad (fármacos).

Palabras Clave: Dolor lumbopélvico, factores de riesgo, mujeres.

COMUNICACIÓN ORAL

Impacto de una intervención comunitaria sobre complicaciones de piercings y tatuajes (CPyT) en adolescentes de un instituto de educación secundaria (IES) en una zona con necesidades de transformación social (ZNTS)

Pérez Luna M^aT¹, Martos Guardado R¹, Quesada Carrasco P¹, Crelgo Alonso L¹, Del Ojo García F¹, Cruz Jiménez M²

¹ Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartuja. Granada

² Licenciado en Educación Física. CS Cartuja. Granada

Título: Impacto de una intervención comunitaria sobre complicaciones de piercings y tatuajes (CPyT) en adolescentes de un instituto de educación secundaria (IES) en una zona con necesidades de transformación social (ZNTS).

Objetivos: Evaluar el aprendizaje sobre CPyT tras sesión interactiva (SI) con alumnos de 2º ESO.

Diseño: Cuasiexperimental.

Emplazamiento: IES de ZNTS.

Material y Método: Encuesta inicial (E1), SI y encuesta de evaluación (E2).

En E1 objetivamos: sexo (S), edad, presencia de Piercing o Tatuaje (PoT), localización del mismo, modo de realización y autoría, problemas ocurridos precoz y tardíamente y dudas. Tras la SI, valoramos en E2: presencia de PoT, utilidad de la sesión (U), conceptos aprendidos (A) y dudas. Se utilizaron estadísticos descriptivos, realizando análisis mediante el test X^2 para variables categóricas.

Resultados: En 34 alumnos (44.1% varones, 55.9%, mujeres), con una media de 13.9 años, el 5.9%

llevaba tatuaje y el 32.4%, piercing. El 32% de los PoT fueron realizados por profesionales y el 6%, autorrealizados. El 6% presentó infección precoz. Y el 14.5% expresó preocupación por consecuencias futuras.

Al 76.5% de los alumnos que cumplimentaron E2 le resultó útil la sesión, sin diferencias por sexo ($p=0.929$). Un 52% aumentó sus conocimientos: el 26% de forma general, y el 26% sobre las consecuencias, siendo mayor el aprendizaje de forma significativa ($p=0.024$) en alumnas. Un 12% se desmotivó frente a la práctica. El 62% asumió la importancia de las medidas higienicoconductuales en la realización de PoT, así como la existencia de consecuencias sanitarias, profesionales y estéticas.

Conclusiones: Ha resultado una actividad útil para el aumento del conocimiento sobre CPyT en ambos sexos, considerándose mayor el aprendizaje para las alumnas.

Palabras Clave: Tatuajes, piercings, adolescentes, zona con necesidades de transformación social.

COMUNICACIÓN ORAL

Control metabólico en personas con diabetes tipo 2 inmovilizadas en domicilio y relación con la comorbilidad

Pascual de la Pisa B¹, Cuberos Sánchez CM^{a2}, Recio Mechón O³, Romero Montalvo P⁴, Garrido Porras E⁵, Cruces Jiménez JM⁶

1 Médico familia. Unidad de investigación del DSAP Aljarafe. Servicio Andaluz de Salud

2 Enfermera. Unidad de investigación del DSAP Aljarafe. Camas (Sevilla)

3 Enfermero. UGC Tomares, Sevilla

4 Enfermera. UGC Camas, Sevilla

5 Enfermera. UGC Camas, Sevilla

6 Enfermero. UGC Sanlúcar, Sevilla

Título: Control metabólico en personas con diabetes tipo 2 inmovilizadas en domicilio y relación con la comorbilidad.

Objetivos: Recientemente se ha establecido el ascenso del objetivo de control a 7,5% de HbA1c en sujetos con Diabetes tipo 2 (DM2) y edad superior a 70 años y/o comorbilidad y/o entre otros. Nuestro objetivo fue analizar el control metabólico en personas con DM2 inmovilizadas en domicilio según morbilidad.

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: Multicéntrico, Atención Primaria.

Material y Método: Sujetos: DM2 e inmovilizadas. Muestra: Universo muestral tras cruzar listados de DM2 (n=3.122) e inmovilizados (n=757). Muestreo consecutivo. Variables: edad, género, enfermedades concomitantes e índice de comorbilidad de Charlson (ICh), tratamiento hipoglucemiante, número de fármacos, HbA1c, creatinina, perfil lipídico. Recogida de datos: entrevista presencial e historia clínica. Análisis estadístico: Univariante y Bivariante.

Resultados: Se incluyeron 166 sujetos (75,9% mujeres). La edad media fue 80,81 años (IC 95% 79,73 - 81,89) superior en mujeres. La media en el ICh fue 2,71 (IC 95% 2,51- 2,91) superior en hombres. Las morbilidades más frecuentes fueron hipertensión (58,4%) y artrosis (28,9%). El 95,2% terapia combinada. N° fármacos medio fue 8,67 (IC 95% 8,12-9,22).

HbA1c media fue 7,18%,(IC 95% 6,9-7,4%). La HbA1c establecida en 7,5% mostró asociación con género, presencia de Parkinson, dislipemia, insuficiencia venosa y EPOC ($p<0,05$), no siendo así con ICh. EPOC mostró relación según género, siendo mayor en hombres.

Conclusiones: En la población con DM2 inmovilizada el valor de HbA1c no se relaciona con la comorbilidad. Recomendamos seguimiento de los sujetos a medio plazo para valorar el impacto de la morbilidad, ajustado por la HbA1c, en la incidencia de descompensaciones, ingresos y mortalidad.

Palabras Clave: Diabetes mellitus, type 2, comorbidity, bed rest.

COMUNICACIÓN ORAL

Influencia de la rinitis en el asma durante la primavera

Angulo Ramírez P¹, García Soto M¹, Hidalgo Requena A², Romera Carmona G², Arroyo Oteros M²S¹, Ruiz Gómez J¹

¹ MIR MFyC. UGC Lucena I. Lucena (Córdoba)

² Médico de familia. UGC Lucena I. Lucena (Córdoba)

Título: Influencia de la rinitis en el asma durante la primavera.

Objetivos: Evaluar exacerbaciones asmáticas en relación con tratamiento para rinitis.

Diseño: Estudio epidemiológico transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: 120 pacientes asmáticos con rinitis, mayores de 14 años, seleccionados mediante muestreo aleatorizado simple, entre Marzo y Mayo de 2011.

Se utilizó un cuestionario específico: edad, sexo, inclusión en programa, proceso asma, clasificación rinitis (ARIA), y asma (gravedad GINA), espirometría año anterior, sensibilización desencadenante, co-morbilidades, duración asma y rinitis, tratamiento y exacerbaciones.

Análisis estadístico: Comparación de variables cualitativas mediante análisis de contingencia (Chi cuadrado).

Resultados: Edad media 40.65 años, 60.83% mujeres.

Escasos registros de Espirometría (10.83%) y de Comorbilidad (4.17%: 4 Poliposis nasal, 1 Tabaquismo).

El 75.83% padecían Asma Intermitente, y 69.16% Rinitis Intermitente Leve.

El Asma está tratado en 71.67%, la Rinitis en el 66.67%. El 25.83%, IC 95% 18.28-34.62, han sufrido exacerbación.

No encontramos asociación estadísticamente significativa ($p < 0.4609$), entre proporción de pacientes tratados de Rinitis y proporción de Exacerbaciones.

Conclusiones: Infra-registro de Espirometrías y Tabaquismo.

Tasa de Exacerbación del 25%, menor que la encontrada en la bibliografía revisada, que la sitúa por encima del 50%.

No encontramos asociación significativa entre los pacientes tratados de Rinitis y Exacerbación; debemos tratar la rinitis, en primavera, según clínica y calidad de vida, y no solo para prevenir exacerbaciones.

Palabras Clave: Asma, rinitis, primavera.

COMUNICACIÓN ORAL

Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas de los especialistas internos residente de una provincia

Valverde Bolívar FJ, Pérez Milena A, Moreno Corredor A

Médico de Familia. UDMFyC Jaén

Título: Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas de los especialistas internos residente de una provincia.

Objetivos: Describir los hábitos de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales de los especialistas internos residentes (EIR) de una provincia.

Diseño: Estudio multicéntrico transversal mediante cuestionario.

Emplazamiento: Centros docentes de una provincia andaluza (5 hospitales, 13 centros de salud).

Material y Método: Cuestionario autoadministrado por e-mail a todos los EIR, recogiendo edad, sexo, especialidad cursada y año, país de origen, consumo cualitativo-cuantitativo de alcohol, tabaco y drogas, edad de inicio/abandono, test de Fagerstrom y consejos contra el consumo en consulta.

Resultados: 215 EIR, 136 respuestas (63%). Edad media 31,7 años (\pm EEM0,7), 70% mujeres, 13% extranjeros, mayoría médicos (6% enfermería). No hay diferencias por edad, sexo o país. TA-

BACO: 19% fuman ($8,9\pm 1,6$ cigarrillos/día, inicio $18,4$ años $\pm 1,1$), 9% son exfumadores (abandono $29,4$ años $\pm 2,2$). Predomina el consumo diario (64%) con dependencia baja (54%). 64% han intentado dejar de fumar ($1,6\pm 0,4$ veces): fase contemplativa 57%; precontemplativa 29%; preparación 14%. ALCOHOL: 76% consumen (edad inicio $16,6$ años $\pm 0,3$, ingesta semanal $5,7$ UBE $\pm 0,4$ [cerveza $2,7$ UBE $\pm 0,2$; vino 1 UBE $\pm 0,2$; cubatas $2\pm 0,3$]), 82% de forma ocasional y 17% fin de semana. Un 18% adopta un patrón binge-drinking (hombres 26%; mujeres 15%). DROGAS: 3% consumen drogas ilegales (cannabis). CONSEJO: 19% refieren aconsejar pocas veces/nunca sobre tabaco en consulta, 29% sobre alcohol y 40% sobre drogas ilegales ($p<0,05$ X²). El consumo de drogas se relaciona con menor consejo en consulta ($p<0,05$ chi²).

Conclusiones: El consumo de tabaco y drogas ilegales es inferior a la población general, a diferencia del alcohol, con elevada prevalencia del consumo binge-drinking. El consejo sanitario es escaso y se afecta por el consumo de drogas.

Palabras Clave: Internship and residency, substance-related disorders, alcohol-related disorders, tobacco use disorder.

COMUNICACIÓN ORAL

Protocolo de infecciones urinarias: tres años de seguimiento evaluado mediante muestreo por lotes

Fernández de la Hoz L¹, Tormo Molina J², Encalada Cueva M¹, Peinado Ibáñez F¹, Arana Asensio E¹, Marín Conde L¹

¹ MIR Medicina de Familia. UGC Capitán. Granada

² Médico de Familia. UGC Capitán. Granada

Título: Protocolo de infecciones urinarias: tres años de seguimiento evaluado mediante muestreo por lotes.

Objetivos: Evaluar los indicadores de un protocolo de manejo de la infección urinaria (ITU) no complicada en la mujer, tras tres años de seguimiento.

Diseño: Estudio pre-post.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: Se evalúan 24 médicos de familia en relación al manejo de ITU mediante protocolo con tres criterios: no uso de tira ni urocultivo y prescripción de fosfomicina-trometamol 3 gramos dosis única, en mujeres de 18 a 65 años que consultan por síntomas compatibles con ITU no complicada. Medición mediante auditoría de historias obtenidas por muestreo aleatorio simple sistemático por médico. Intervención mediante sesiones clínicas y comunicación de resultados.

Muestreo previo a la intervención: 93 casos, precisión.- 2%, alfa 5%, beta 20%, proporción esperada.- 1.4%.

Evaluaciones: muestreo por lotes.

Resultados: Evaluación previa: 93 casos. No se indicó tira ni urocultivo en 67,7% y en 63,4%, respectivamente. Se usó fosfomicina en el 47,1%.

1ª Evaluación: 16 meses después.

42 casos, Nivel de calidad aceptable (NCA) 80%, umbral 60%, número mínimo de cumplimientos (NMC).- 29 (alfa 5%, beta 10%).

No se alcanzó NMC para ningún indicador.

2ª Evaluación: 36 meses después.

42 casos, NCA 80%, umbral 60%, NMC: 29 (alfa 5%, beta 10%).

Obtenemos cumplimientos para no tira, no urocultivo y uso de fosfomicina de: 28, 37 y 34 casos, respectivamente. Conseguimos NCA 80% en uso de fosfomicina y en no indicación de urocultivo.

Conclusiones: La instauración del protocolo y la intervención con los profesionales, mediante sesiones clínicas y comunicación de resultados, parece mejorar el manejo de la ITU en nuestro medio.

Palabras clave: Urinary tract infections, program evaluation, lot quality assurance sampling.

COMUNICACIÓN ORAL

Salud percibida, adherencia a dieta mediterránea y forma física de profesionales en atención primaria y práctica de consejo dietético

Jiménez Lorente CP¹, Contreras Ruiz I¹, Ventura Ventura M^aM², Sánchez Ortega C¹, Jiménez Pérez-Higueras M², Quesada Rodríguez D³

¹ Médico de Familia. CS Zaidín Sur. UD MFyC. Granada

² Residente MFyC. UD MFyC. Granada

³ Enfermera de cuidados. CS Zaidín Sur. Granada

Título: Salud percibida, adherencia a dieta mediterránea y forma física de profesionales en atención primaria y práctica de consejo dietético.

Objetivos: Conocer salud percibida, adherencia a dieta mediterránea (DM) y forma física en profesionales de atención primaria; y potencial relación con consejo dietético (CD).

Diseño: Descriptivo.

Emplazamiento: Atención Primaria. Multicéntrico (3 CS y 1 Unidad Docente de MFyC)

Material y Método: 115 profesionales. Nc 95% precisión 9% % esperado 50%

Encuesta autocumplimentada que mide adherencia DM (14 ítems), condición física (Hulbert: 10 ítems), salud percibida (1 ítem escala 1-5) y práctica de CD (2 ítems escala 1-5). Univariante y bivariante.

Resultados: 31% varones; edad media 44,7 años (EE:1,09). El 20% de profesionales considera

su salud "muy buena"; un 24% tienen sobrepeso, un tercio declara baja adherencia a DM y un 50% precisa mejorar forma física. Casi la mitad de no sigue recomendaciones sobre legumbres, pescados y frutas. La adherencia a DM no difirió por género, aunque la edad promedio fue inferior en los de baja adherencia vs alta (39,5 vs 46,9 años $p=0,002$). La salud percibida regular/mala fue más frecuente entre los de baja adherencia vs alta (24% vs 11% $p=0,07$). El 45% de profesionales realiza CD en población sana y el 90% a diabéticos. Los de alta adherencia a DM realizan más CD a población sana que los de baja (52% vs 29% $p=0,02$).

Conclusiones: Los profesionales requieren mejorar su condición física; y un tercio mejorar la adherencia a dieta mediterránea. De hecho, la adherencia parece mostrar relación con auto-percepción de salud y dar CD sobre población sana.

Palabras clave: Perceived health, adherence to mediterranean diet, physical exercise.

COMUNICACIÓN ORAL

Evaluación de la formación de tutores en Andalucía. Plan PortaleIR 2007-2011

Martínez-Cañavate T¹, Hernández Rubiño A², Ortigosa Moreno LM³, De la Rosa Triviño JL³, Cerón Fernández P⁴

¹ Medicina Preventiva. Fundación lavante. Granada

² Pedagogía. Fundación lavante. Granada

³ Informático. Fundación lavante. Sevilla

⁴ Comunicación. Fundación lavante. Málaga

Título: Evaluación de la formación de tutores en Andalucía. Plan PortaleIR 2007-2011.

Objetivos: Evaluar el Programa de Formación de tutores de Formación Especializada desarrollado entre 2007 y 2011 desde el proyecto PortaleIR. Evaluar la transferencia de las competencias adquiridas en los tutores formados 2010-2011.

Diseño: Descriptivo y retrospectivo.

Emplazamiento: Multicéntrico. Tutores de centros docentes de la CCAA Andaluza.

Material y Método: Población de estudio: tutores formados entre 2007-2011 desde el Proyecto portaleIR. Análisis descriptivo de variables provincia, centro, edad, sexo. Se realizó un cuestionario de transferencia de competencias a tutores a través de PortaleIR. Evaluación cualitativa mediante análisis de contenido de cuestionarios de satisfacción y transferencia.

Resultados: En el periodo 2007-2011 se formaron 672 de los 1687 tutores en Andalucía. Sevilla, Cádiz y Granada fueron las provincias con mayor N° de tutores formados. La edad media fue de 45 años. Las especialidades con mayor n° de tutores formados son Medicina Interna, ginecología, pediatría y MFyC. El 63% fueron varones. El nivel de satisfacción global medio fue del 8,5 sobre 10. Se enviaron cuestionarios valorando mejoras en utilidad, aplicabilidad, gestión, comunicación tutor-residente a partir de su formación y adaptación a su actividad de tutorización.

Conclusiones: El programa de formación de tutores desarrollado desde el proyecto PortaleIR ha tenido una buena cobertura y un buen nivel de satisfacción. La adecuación de los contenidos y metodología E-learning utilizada ha permitido cumplir los objetivos y ayudado a la adquisición de competencias pedagógicas y didácticas necesarias para una correcta formación y apoyo al residente.

Palabras Clave: Formación de tutores, formación especializada, tutorización, evaluación.

COMUNICACIÓN ORAL

Creencias de la población sobre las recomendaciones del código europeo contra el cáncer

Parras Rejano JM¹, Lora Coronado M^aP², Zurita Aparicio C², Huertas Patón M², Gómez Fernández M^aM², Morales Carbonell A²

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Peñarroya. Córdoba

² Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba

Título: Creencias de la población sobre las recomendaciones del código europeo contra el cáncer.

Objetivos: Comprobar las creencias que los pacientes tienen sobre la relación causal entre los factores recogidos en el Código Europeo contra el Cáncer (CECC) y el cáncer.

Diseño: Observacional descriptivo, de prevalencia.

Emplazamiento: Multicéntrico. Atención Primaria (AP).

Material y Método: Fueron invitados a participar médicos y enfermeros que debían reclutar (por muestreo estratificado por edad y sexo), 10 pacientes de edades entre 15 a 69 años que acudiesen a centros de AP. Mediante encuesta auto-cumplimentada se les preguntaba su opinión sobre determinadas actividades o hábitos presuntamente relacionados con la aparición de un cáncer. Análisis estadístico univariado y bivariado (Ji-cuadrado).

Resultados: Participaron 205 profesionales que incluyeron en el estudio 2058 pacientes de 106 centros de salud de todo el territorio nacional. La edad media fue 41,5±14,2 (DT) años; el 52,2% eran mujeres. Actividades o hábitos que creen están relacionados con la aparición de un cáncer: Tabaco 94,1%; obesidad: 35,1%; No realizar actividad física: 31,1%; No comer frutas, verduras y hortalizas: 55,2%; Haber tenido muchas parejas sexuales: 25%; Comer con frecuencia alimentos con alto contenido en grasas: 48%; Café: 13%; Alcohol: 72,1%; Exponerse al sol: 91%; Co-ger el virus de la hepatitis B: 25,7%.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes saben relacionar adecuadamente el efecto pernicioso del tabaco o el alcohol, o la exposición prolongada a las radiaciones solares con el riesgo de cáncer, pero en cambio no le dan la misma importancia a otros factores como el haber tenido parejas múltiples, contagiarse de la hepatitis B o no hacer ejercicio físico.

Palabras Clave: Cáncer, prevención, código europeo.

COMUNICACIÓN ORAL

Impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consultas de atención primaria

Acevedo Vázquez J¹, Márquez Calzada C², Barea Monchón A³, Fernández Revilla A³, Valdayo Pérez A⁴, Romero Machuca I⁵

¹ Médico de familia. UGC Ginés, SAS. Sevilla

² Enfermera. Camas (Sevilla)

³ Enfermero. Isla Mayor. (Sevilla)

⁴ Enfermero. Ginés (Sevilla)

⁵ Enfermera. Ginés (Sevilla)

Título: Impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consultas de atención primaria.

Objetivos: Evaluar el impacto de la diabetes tipo 2 (DM2) en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y analizar la influencia de las variables sociodemográficas y clínicas en pacientes atendidos en Atención Primaria (AP).

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: Multicéntrico.

Material y Método: Sujetos: Adultos con DM2 incluidos en Proceso Asistencial, con consentimiento a participar. Muestra (alfa=5%, beta=80% p1=50)=449. Muestreo aleatorio simple.

Variable resultado principal: CVRS (versión española del Diabetes Quality of Life Questionnaire -EsDQOL).

Variables de resultado secundarias: Control metabólico (HbA1c), complicaciones micro y macrovasculares, conocimiento de la diabetes (cuestionario ECODI).

Variables independientes: Edad, género, características sociodemográficas, tensión arterial, antropometría.

Recogida de datos: Entrevista estructurada presencial e historia clínica.

Análisis estadístico: Descriptivo univariante y bivariante según naturaleza de las variables.

Resultados: Se incluyeron 445 sujetos (54,6% hombres) con edad media 67,25 años (IC 95% 66,35 a 68,16). La puntuación media del EsDQOL fue 21,49 para Satisfacción y 5,52 en Preocupación relativa a la diabetes (superiores en la mujer; $p < 0,05$); 20,96 en Impacto y 8,91 en Preocupación social-vocacional.

La peor calidad de vida se relacionó con las variables edad, género, ocupación, ingresos económicos, diagnóstico de HTA y dislipemia, la presencia de pie y retinopatía diabética ($p < 0,05$). El resto de variables analizadas no mostraron asociación estadística con CVRS.

Conclusiones: Aconsejamos incluir la medida de CVRS en los estudios de manejo clínico y terapéutico ya que permitirá conocer el impacto de las intervenciones terapéuticas con una medida de resultado final y con la perspectiva del paciente con DM2.

Palabras clave: Quality of life, diabetes mellitus, type 2, comorbidity.

COMUNICACIÓN ORAL

Tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos con factores de riesgo y/o enfermedad vascular sintomática

Bohórquez Colombo P¹, Cuberos Sánchez AC², Rodríguez Papalardo V¹, Garrido Porras E³, Porrúa Del Saz A⁴, Ortiz Camúñez M^aA¹

¹ Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Camas. Camas (Sevilla)

² Enfermera. Unidad de investigación. DSAP Aljarafe. Sevilla

³ Enfermera. UGC Camas. Camas (Sevilla)

⁴ Médico residente en MFyC. UGC La Candelaria. Sevilla.

Título: Tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos con factores de riesgo y/o enfermedad vascular sintomática

Objetivos: Conocer la adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos (PP) con factores de riesgo vascular (FRV) y/o enfermedad vascular sintomática (EV).

Diseño: Estudio observacional transversal descriptivo.

Emplazamiento: Dos centros de salud urbano y periurbano.

Material y Método: Pacientes con criterio de PP (según "Proceso Pluripatológico" 2007 de Andalucía) (n=334). Variables: edad, sexo, presencia de FRV (HTA y CoLIT. LDLcol) y EV (IC, CI, IRC, DM, AVC y arteriopatía periférica), número de fármacos/paciente y grupo terapéutico y mortalidad al año. La comparación entre grupos se realizó mediante el análisis comparativos (Chi2 y Tstudent).

Resultados: Edad media: 73,3±6,1 años, varones: 53.9%. Presencia de EV: IC en el 20,7%, CI en el

30,8% y IC+CI 12%, AVC 20,1%, DM2 24,9%, arteriopatía periférica 12,9%, IRC 16,8%. Presencia de FRV: dislipemia 55.1 % e HTA: 39.2%. Mortalidad al año: 25.4%. Media de fármacos: 8,77±3. Prevalencia de polifarmacia: > de 5 fármacos: 90,3% y >. = 10: 37.7%. Tomaban IBP: 78,4%, IECA. ARA2: 65%, antiagregantes: 63.5%, diuréticos: 55%, hipolipemiantes: 53%, ADO: 45.2%. El 77.9 % de los pacientes dislipemicos estaban tratados; 46% de los DM tomaban insulina y el 63,4% >. =1 ADO. El 13% de los HTA no tomaban ningún fármaco. El 22,9% de los pacientes con IC tomaban IECA. ARA2+Diurético+Betabloqueantes. No se encontró significación estadística entre polifarmacia y mortalidad.

Conclusiones: A pesar de la alta prevalencia de polifarmacia se han detectado datos de tratamiento subóptimo en la mayoría de las condiciones evaluadas. No existe significación estadística entre polifarmacia y mortalidad.

Palabras Clave: Comorbilidad, polifarmacia, atención primaria de salud, agentes de riesgo cardiovascular.

COMUNICACIÓN ORAL

Adherencia terapéutica a un programa de deshabituación tabáquica en atención primaria

Rodríguez Jiménez B¹, Domínguez Rodríguez E², Gómez de la Mata Galiana R³, Luque Romero LG⁴, Reina Ceballos I⁵

¹ Residente Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Bormujos (Sevilla)

² Residente Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Espartinas (Sevilla)

³ Residente Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Mairena del Aljarafe (Sevilla)

⁴ Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios Aljarafe. Bormujos (Sevilla) ⁵Técnico de Prevención de la Salud. Distrito Aljarafe. Mairena del Aljarafe (Sevilla)

Título: Adherencia terapéutica a un programa de deshabituación tabáquica en atención primaria.

Objetivos: Analizar las características generales de los pacientes incluidos en la Unidad de apoyo al tratamiento del tabaquismo en un Centro de Atención primaria, así como su evolución durante el programa y la adherencia al tratamiento con resultado de abandono del hábito tabáquico.

Diseño: Estudio observacional retrospectivo sobre las historias de los pacientes derivados a la Unidad de deshabituación tabáquica entre septiembre 2010 y marzo 2011.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Material y Método: Se analizó edad, sexo, edad de comienzo del hábito, motivos para el abandono, intentos previos de deshabituación, antecedentes de interés, puntuación en tests de Fagerstrom y Richmond, tratamiento utilizado, número de sesiones a las que acuden, abandono del hábito tabáquico y recaída. El análisis esta-

dístico (SPSS-18.0). Descriptivo de la población y análisis bivariante.

Resultados: Son derivados por los profesionales sanitarios a este programa 62 pacientes (35 hombres y 27 mujeres). De éstos, 41 (19 hombres y 22 mujeres) se incluyeron en terapia grupal. La edad 50 +12 años, edad de inicio 16+3 años. Duración del hábito 33.56+12.85 años. Estos pacientes habían realizado 2.12+2.04 intentos previos de deshabituación. Test de Fagerstrom 6.30+2.21. Test de Richmond 9.07+1.18. El 50% acude a más de 3 sesiones. Abandonaron el hábito 17 pacientes (41.5%).

Conclusiones: Aunque nuestra muestra es pequeña, hemos obtenido una adherencia al tratamiento del 41.5% y un abandono del 42.5% a los 6 meses en adultos de mediana edad (50+12años) de ellos 13 (76.4%) con una dependencia >6 (Fagerstrom).

Palabras Clave: Cese del uso del tabaco, adherencia al tratamiento, recaída.

COMUNICACIÓN ORAL

Epidemiología de las fracturas de cadera en el medio extrahospitalario en edad senil

Reyes Requena M¹, Salguero Valero M^aM², López Ramón I³, Martín Castro C⁴, Montero Sáez C³, Muros Anguita E³

¹ DCCU Granada

² Enfermera DCCU

³ Médico DCCU Granada

⁴ Médico EPES Granada

Título: Epidemiología de las fracturas de cadera en el medio extrahospitalario en edad senil.

Objetivos: Describir epidemiología de las fracturas de cadera atendidas en el medio extrahospitalario en edad senil.

Diseño: Estudio observacional en la Provincia de Granada de un año de duración.

Emplazamiento: DCCU.

Material y Método: Todas las demandas asistidas a domicilio o vía pública, mayores de 65 años, el 2010 ocurridas en medio extrahospitalario Dispositivo Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU).

Resultados: 950 demandas a domicilio o vía pública por el DCCU, mayores de 65 años en 2010, 538 varones y 412 mujeres. De 65 a 70 años

130 casos, 71 a 75 años 164 casos de 76 a 80-256 casos, de 81 a 85-248 casos, mayor de 86 años-152 casos. Traumatológicos 187 casos, de ellos se asistieron por caída 104 casos. De estos 104 con probable fractura de cadera presentando síntomas o signos característicos 85 casos, trasladaron al hospital 100 % de los casos, 73 con equipo médico, inmovilización y analgesia y 12 traslados en ambulancia convencional. De los 85 casos fueron, de 65 a 70 años- 6 casos, 71 a 75 años 8 casos. De 76 a 80 21 casos, de 81 a 85 33 casos, mayor de 86 años 17 casos. En 74 casos ocurrió el trauma en propio domicilio y 11 vía pública. 18 patología previa de cadera.

Conclusiones: La fractura de cadera, tiene origen multifactorial. Porcentaje fracturas de cadera mayor en propio domicilio.

Palabras Clave: Anciano, cadera.

COMUNICACIÓN ORAL

Exploración orientada a los síntomas en los trastornos del equilibrio en pacientes ancianos en atención primaria

Cachinero Perales P¹, Pérez Milena A¹, Ramos Ruiz JA², Osuna Díaz M², Ramírez Picó A², Álvarez Nieto C³

¹ Médico de Familia. CS El Valle. Jaén

² MIR de Medicina de Familia. CS El Valle. Jaén

³ Enfermera. Departamento de Enfermería. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén

Título: Exploración orientada a los síntomas en los trastornos del equilibrio en pacientes 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 prospectivo (cohortes).

Emplazamiento: Dos Centros de Salud urbanos.

Material y Método: Muestreo consecutivo de pacientes ≥ 65 años que consultan por sintomatología relacionada con trastornos del equilibrio. Exclusión: demencia. Minusvalía que dificulte la exploración. Se realiza una entrevista individual (30 minutos) con anamnesis y exploración física estandarizada realizada por médicos de familia (adiestramiento previo). Se clasifican en 4 grupos sindrómicos y 8 grupos exploratorios, relacionándolos mediante tablas de contingencia (likelihood ratio). Se confirma el diagnóstico sindrómico tras seguimiento (6 meses) por historia clínica.

Resultados: 60 pacientes (68% mujer, 76,7 años \pm EEM0, 8). Grupos sindrómicos: vértigo 54%, desequilibrio 34%, presíncope 6% e inespecífico 6%; coinciden con diagnóstico inicial en 80% de los casos (índice Kappa 0,60, $p < 0,001$). Exploración patológica: otoneurológica 93%, osteoarticular 58%, cardiovascular 57%, pares craneales 55%, ORL 53%, oftalmológica 47%, sensibilidad 33% y fuerza 25%. El síndrome vértigo se relaciona con la exploración ORL (LR [0,9; 3,23], $p < 0,08 X^2$) y de pares craneales (LR [1,13; 3,47], $p < 0,008 X^2$). El síndrome desequilibrio se relaciona con la exploración oftalmológica (LR [1,02; 2,99], $p < 0,051 X^2$) y neurológica motora (LR [1,09; 7,40], $p < 0,05 X^2$).

Conclusiones: Las características de los trastornos de equilibrio en ancianos justifica la necesidad de una exploración orientada a síntomas. Los resultados indican una serie de maniobras exploratorias imprescindibles en función de los síntomas iniciales. Es preciso incrementar la muestra en los síndromes presíncope. Inespecífico para establecer un modelo diagnóstico más discriminativo de la exploración.

Palabras Clave: Anciano, trastorno del equilibrio, atención primaria, exploración física.

COMUNICACIÓN ORAL

Expectativas de información ante situación oncológica terminal

Pedrosa Arias M¹, Salcedo Castro E², García Castillo L¹, Carretero Sánchez R², Martínez Buendía M³C², Valverde Morillas C²

¹ Médica de Familia. CS La Zubia (Granada)

² MIR 4º año Medicina de Familia. CS La Zubia (Granada)

Título: Expectativas de información ante situación oncológica terminal.

Objetivos: Conocer entre usuarios de atención primaria preferencias y expectativas sobre comunicación en situaciones de enfermedad oncológica.

Diseño: Descriptivo.

Emplazamiento: Atención primaria.

Material y Método: 182 usuarios de consultorio rural (93) y centro de salud urbano (89). Encuesta personalizada (Fernández Díaz), valora expectativas de ser informado y de informar a un familiar. ANÁLISIS univariante y bivalente.

Resultados: Mujeres 70%, edad media 49,4, sin estudios 26%, estudios superiores 12%. Tenían familiar con cáncer 62%. El 77% encuestados quería estar informado siempre ante un problema de cáncer, si el enfermo es un familiar sólo el 45% prefiere que reciba información. La preferencia ser informado es mayor en varones que en mujeres (90% vs 72% p= 0,03), al igual que informar a un familiar (66% vs 36% p= 0,001). El

promedio de edad fue inferior entre quienes deseaban ser informados frente a los que no (46,7 vs 60,7 años p=0,00); al igual que ocurrió con informar a un familiar (45,5 vs 56,1 años p=0,00). A mayor nivel educativo las expectativas ser informado fueron mayores (p=0,05) y también la de informar a un familiar (p=0,00). La experiencia familiar de cáncer no mostró relación con expectativas de información; en residentes de zona urbana vs rural fue más frecuente opinar que un familiar sea informado siempre (60% vs 31% p=0,00). En un modelo de regresión logística las variables independientes asociadas a expectativas ser informado ($r^2=23,5$) fueron edad (beta -0,053 OR 0,949 p=0,00), varón (OR=6,4 p=0,00), familiar con cáncer (OR: 2,36 p=0,04), rural (1,88 p= 0,12) y nivel educativo (p=0,64).

Conclusiones: La mayoría desea ser informada en situación de cáncer, sí oncológico es familiar un amplio porcentaje no desea reciba información. Los varones, más jóvenes, rurales y que han tenido experiencia de cáncer en familia muestran mayores expectativas de información ante ese padecimiento.

Palabras clave: Información, cáncer, terminal.

COMUNICACIÓN ORAL

Como elaborar un mapa de riesgos en una UGC

Mampel Díaz JC¹, Lasterra Sánchez M¹, Jiménez García M², Moreno Tenllado A³, Prosper Gisbert A⁴, Corral Formoso J¹

¹ MFyC. UGC San Benito. Jerez de la Frontera (Cádiz)

² Administrativo. UGC San Benito. Jerez de la Frontera (Cádiz)

³ DUE. UGC San Benito. Jerez de la Frontera (Cádiz)

⁴ Pediatra. UGC San Benito. Jerez de la Frontera (Cádiz)

Título: Como elaborar un mapa de riesgos en una UGC.

Objetivos: Realizar un Mapa de los Riesgos (MdR) que pueden comprometer la seguridad del paciente, específico de nuestra UGC, que nos permita emprender actuaciones de mejora encaminadas a prevenir. Minimizar la aparición de eventos adversos en nuestros pacientes, de forma eficiente.

Diseño: Identificación de riesgos. Clasificación y priorización de los riesgos mediante la Herramienta AMFE© (puntúa éstos en cuanto a Gravedad-Frecuencia-Capacidad de Detección).

Emplazamiento: Atención Primaria.

Material y Método: A) Para detectar los posibles riesgos potenciales/reales:

1. Se realizó una revisión. Análisis en la UGC, de los 3 últimos años:

- Hojas Sugerencias-Quejas-Reclamaciones.
- Registros de Incidencias. Seguridad.
- Partes en IncaWeb©.

2. Se pasó una encuesta abierta a todos los profesionales de la UGC para que identificaran posibles riesgos en seguridad del paciente, rela-

cionados específicamente con su puesto de trabajo.

B) Con la Herramienta AMFE©, se calcularon los IPR (Índice de Priorización de Riesgo) INICIALES. Posteriormente se evaluaron éstos riesgos considerando la mejoría máxima posible del IPR en cuanto a frecuencia y/o capacidad de detección, obteniéndose un IPR FINAL.

Resultados:

- Se identificaron 80 Riesgos con IPR-Inicial entre 1-144.
- La suma de los IPR-Iniciales fue 2182. La suma de los IPR-Finales fue 1783 (reducción teórica del IPR de 399).
- Con el abordaje de los 3 primeros riesgos priorizados, se conseguiría reducir, el 33% de los IPR cuantificados inicialmente.

Conclusiones:

1. Con el MdR podemos identificar los riesgos, para establecer estrategias preventivas.
2. La diferencia entre IPR-Inicial e IPR-Final, prioriza las intervenciones a realizar de la forma más eficiente posible.

Palabras clave: Safety, risk, patient.

COMUNICACIÓN ORAL

Análisis de una intervención sobre la prescripción de fármacos SYSADOA en una unidad de gestión clínica de atención primaria

Gallo Vallejo FJ¹, Tomás Gilabert J², Guerrero Quiles J³, Perán Urquizar C⁴, Casas Reyes P⁴, García Lirola M^aA⁵

¹ Medicina Familiar. CS Zaidín Sur. Granada

² Médico. Medicina Familiar. Granada

³ Médico. Medicina General. Granada

⁴ MIR Medicina Familiar. Granada

⁵ Farmacéutica. Distrito Sanitario Granada

Título: Análisis de una intervención sobre la prescripción de fármacos SYSADOA en una unidad de gestión clínica de atención primaria.

Objetivos: Describir una intervención realizada por parte del Distrito en cuanto a adecuación de la prescripción de los fármacos SYSADOA (Symptomatic Slow Action Drugs for Osteoarthritis) en artrosis.

Diseño: Estudio cuasiexperimental antes-después sin grupo control.

Emplazamiento: Centro de Salud (CS) urbano.

Material y Método: Población de estudio y criterios de selección: 827 pacientes que desde marzo a junio de 2010 recogieron en Farmacias al menos un envase.

Intervención: Por parte del Distrito (Servicio de Farmacia) se envió una carta personalizada a cada MF con información de evidencia científica disponible y su lugar en terapéutica. Se adjuntó el censo de pacientes por médico.

Por la Unidad de Gestión Clínica (UGC), se discutió la propuesta en una sesión específica de Uso Racional del Medicamento.

Variables: la variable "Resultado" fue la modificación de tratamiento mediante indicadores cuantitativos (importe, recetas, n° pacientes. 1000 TAFEs) e indicadores cualitativos (% DDD AINEs de elección. total DDD AINEs y % DDD SYSADOA. total DDD AINEs totales).

La intervención se realiza entre septiembre y octubre de 2010.

Medición y análisis estadístico: mediante la aplicación informática MicroStrategy.

Resultados: El porcentaje de reducción de pacientes en tratamiento ha sido de un 40,0% con una variabilidad interprofesionales de 76,2% a 4,2%. El % DDD SYSADOA ha pasado de un 24,40% a 16,14%. El % DDD AINEs de elección ha subido del 65,17% a 70,81%. Se ha conseguido una reducción de recetas de medicamentos SYSADOA del 44,18%.

Conclusiones: Los médicos de familia se han mostrado receptivos a modificar su prescripción ante la presentación de evidencias científicas.

Palabras clave: Treatment, osteoarthritis, primary care.

COMUNICACIÓN ORAL

Tabaquismo en la adolescencia. Efectividad de una sesión de sensibilización adaptada para la deshabituación tabáquica

Cosano Cañadas E¹, Redondo Sánchez J², Macías Corredera M³, Agudo de la Paz M³A¹, López Sorroche E⁴, Martínez de la Iglesia J²

¹ MIR medicina familiar y comunitaria. CS lucano. Córdoba

² Médico familia. CS lucano. Córdoba

³ MIR medicina familiar y comunitaria. CS Santa Rosa. Córdoba

⁴ MIR traumatología. CS lucano. Córdoba

Título: Tabaquismo en la adolescencia. Efectividad de una sesión de sensibilización adaptada para la deshabituación tabáquica.

Objetivos:

- Analizar los datos de prevalencia del tabaquismo en adolescentes.
- Evaluar los factores relacionados con la iniciación al tabaquismo.
- Determinar la efectividad de una sesión de sensibilización adaptada para la deshabituación tabáquica.

Diseño: ESTUDIO: Cuasi-experimental de intervención.

Emplazamiento: Dos centros educativos de secundaria urbanos.

Material y Método: VARIABLES: Edad, sexo, consumo de tabaco/cannabis, actividad física, entorno familiar y social, modalidad del consumo de tabaco. Estas variables fueron recogidas de nuevo 3 meses después de la intervención.

POBLACIÓN: 168 estudiantes de secundaria entre 15 y 18 años (49% mujeres) de centros educativos sin programa de prevención del tabaquismo, 91: grupo de intervención y 77: control. ESTUDIO ESTADÍSTICO: SPSS versión 12.0.

Resultados: La edad media fue de $15,79 \pm 0,76$ años.

	Intervención		Control	
	Pre	Post	Pre	Post
Prevalencia	39,6	36,3	31,2	33,8
Fuman fines de semana	27,7	30,3	42,6	42,3
Fuman día	72,3	69,7	58,4	57,7
Fuman cannabis	19,8	19,8	14,3	19,5

En el grupo de fumadores encontramos (con $p < 0,05$) que: Un 62% mujeres; 100% que consumen cannabis son fumadores; 49,1 % realizan actividad física; 70% tienen algún miembro familiar fumador; el 80% la mayoría de sus amistades/entorno social son fumadores.

Conclusiones:

1. La prevalencia de tabaquismo en los adolescentes es bastante alta.
2. Existe relación entre el tabaquismo, el entorno social y familiar de los individuos fumadores.
3. El consumo de cannabis se asocia con el tabaco, los fumadores ocasionales y habituales de cannabis pertenecen a la población de fumadores.
4. La sesión de deshabituación tabáquica ha demostrado ser efectiva.

Palabras clave: Tabaco, adolescentes, deshabituación tabáquica.

COMUNICACIÓN ORAL

Rentabilidad de las ecografías realizadas en un centro de salud

De los Reyes-García Bermúdez EM^{a1}, Raya Berral L¹, de la Torre Marín AJ², Thomas Carazo M^{aE3}, Molina Díaz R³, Contreras Ruiz I³

¹ MIR 4º año MFyC. CS Zaidín Sur. Granada

² MIR 1er año MFyC. CS Zaidín Sur. Granada

³ Médico de Familia. CS Zaidín Sur. Granada

Título: Rentabilidad de las ecografías realizadas en un centro de salud.

Objetivos: Describir las ecografías realizadas por los Médicos de Familia de un Centro de Salud.

Analizar la concordancia diagnóstica cuando se ha solicitado confirmación al Servicio de Radiodiagnóstico o derivación a segundo nivel.

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método: Periodo de estudio: enero 2010 hasta abril 2011.

Población: 447 ecografías.

Variables: Edad, sexo, cupo médico, ecografista, tipo de ecografía, resultado de la ecografía, confirmación externa, otro estudio de imagen y derivación.

Análisis estadístico: Medidas descriptivas de frecuencia y distribución.

Resultados: De las 447 ecografías, la mayor parte fueron realizadas a mujeres (68%) entre 40 y

65 años (53%). El tipo de ecografía realizada con mayor frecuencia fue la abdominal (36,5%) seguida de musculotendinosa (27,5%), urológica (11,4%), tiroidea (11,2%) y ginecológica (9,4%).

En el 61,5% del total se detectó patología, siendo más frecuente en la musculotendinosa (89,4%), seguida de la patología tiroidea (70%). En aproximadamente un tercio de las que resultaron patológicas se solicitó confirmación externa, en 23 de los casos mediante una segunda prueba de imagen y 117 fueron derivados a otro especialista, siendo el diagnóstico concordante en el 96,1% (EE 0,4).

Conclusiones: La ecografía resulta una prueba de imagen muy útil para el diagnóstico de patologías prevalentes en la población general.

Los diagnósticos obtenidos en nuestro Centro mostraron una alta concordancia cuando se solicitó confirmación externa.

La realización de ecografías en un Centro de Salud, permite optimizar la calidad de las derivaciones realizadas a un segundo nivel.

Palabras clave: Ultrasonography, primary health care, diagnosis.

COMUNICACIÓN ORAL

Validez de la hemoglobina glicada en el diagnóstico de disglucemia en pacientes con glucemia basal alterada respecto a la sobrecarga oral de glucosa

Santos Lozano JM¹, Jiménez Rodríguez M²C², Vilches Arenas A³, De Eugenio Blasco JM⁴, Martín Rodríguez MA⁵, Castellano Orozco JM⁶

¹ Medicina de Familia. CS San Pablo. Sevilla

² Enfermería. CS Palmeritas. Sevilla

³ Medicina Preventiva. CS Ronda Histórica. Sevilla

⁴ Medicina de Familia. CS El Porvenir. Sevilla

⁵ Medicina de Familia. CS El Cerro. Sevilla

⁶ Científico Titular del CSIC. Instituto de la Grasa-CSIC. Sevilla

Título: Validez de la hemoglobina glicada en el diagnóstico de disglucemia en pacientes con glucemia basal alterada respecto a la sobrecarga oral de glucosa.

Objetivos: Determinar la validez como prueba diagnóstica de disglucemia (Tolerancia Alterada a Glucosa y Diabetes mediante Sobrecarga Oral de Glucosa: SOG) de la hemoglobina glicada (A1c) según criterios ADA (Asociación Americana Diabetes) en pacientes con Glucemia Basal Alterada (GBA).

Diseño: Estudio descriptivo-transversal.

Emplazamiento: Centros Salud urbanos.

Material y Método: 197 pacientes con GBA, remitidos por sus médicos de familia para valorar criterios de selección para ingreso en ensayo clínico PREDIABOLE: PI 10-00913 FIS-Instituto Salud Carlos III. Tamaño muestral: precisión 5%, confianza: 95%, prevalencia esperada: 45%, sensibilidad esperada: 85%, especificidad esperada: 45%; resultado: 180 pacientes. Variables resultado: SOG con 75 gramos, glucemia basal, A1c. Variables independientes: Edad, Sexo, Peso, Talla, Índice de Masa Corporal (IMC), Perímetro cintura (PC).

Análisis estadístico: Prueba concordancia (Índice-Kappa), Índices validez pruebas diagnósticas: Sensibilidad, Especificidad, Valor Predictivo positivo (VP+), Valor Predictivo negativo (VP-) y Área Bajo Curva (ABC) ROC.

Resultados: 197 pacientes: 50% mujeres, Edad-media: 60.5 (DE: 9.0); IC-95%=59.4-61.8

Peso: Media: 84.7 (DE: 14.4); IC95%:82.8-86.7.
Talla: Media: 163.6 (DE: 10.1); IC95%:162.2-165.0.
PC: Media: 108.2 (DE: 9.9); IC95%:106.9-109.6.
IMC: Media: 31.6 (DE: 4.4); IC95%:31.0-32.3.
Índice Kappa: 0.130.

Sensibilidad: 93% (IC95%:87-99); Especificidad: 22% (IC95%: 13-30), VP+: 48.5% (IC 95%: 41-56); VP-: 80% (IC 95%: 64-95); ABC: 0.676 (IC 95%: 0.601-0.752; p: 0.0001), punto de corte óptimo para A1c: 5.95 (Sensibilidad: 76%; Especificidad: 51%).

Conclusiones:

- Punto de corte de A1c establecido por ADA en 5,7% no discrimina a los pacientes con disglucemia, presentando alta sensibilidad pero baja especificidad, VP+ bajo y alto VP-.

- Valor de A1c que combina mayores valores de Sensibilidad y Especificidad es 5.95, más concordante con valor propuesto por Comité Internacional de Expertos (6.0).

- Valor del ABC de A1c para diagnosticar estados disglucémicos discreto.

- Concordancia entre SOG y A1c muy baja.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, hemoglobina A, glycosilated, glucose tolerance test.

COMUNICACIÓN ORAL

Perfil del paciente anciano con trastornos del equilibrio atendido en atención primaria

Ramos Ruiz JA¹, Pérez Milena A², Cachinero Perales P², Ramírez Picó A³, Montijano Carpio M³, Álvarez Nieto C⁴

¹ Médico de Familia. CS Hornos. Jaén

² Médico de Familia. CS El Valle. Jaén

³ MIR Medicina de Familia. CS El Valle. Jaén

⁴ Enfermera. Departamento de Enfermería. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén

Título: Perfil del paciente anciano con trastornos del equilibrio atendido en atención primaria.

Objetivos: Conocer las características del paciente anciano que consulta en Atención Primaria por trastornos del equilibrio y la actitud médica seguida.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Dos Centros de Salud urbanos.

Material y Método: Se incluyen pacientes ≥ 65 años, con síntomas de mareo/trastorno del equilibrio, que colaboren en una consulta específica (30 minutos). Muestreo consecutivo por parte de seis médicos de familia previamente adiestrados, realizando un diagnóstico sindrómico e instaurando una actitud terapéutica. Se firma consentimiento informado. Significación estadística con $p < 0,05$ (tests X^2 y ANOVA).

Resultados: Se valoran 60 pacientes (32% hombre, $76,7 \text{ años} \pm \text{EEM} 0,8$), clasificados como vértigo (42%), inestabilidad (43%) y otros (presíncope, psicógeno: 9%). Un 52% han consultado previa-

mente (hasta $2,8 \text{ veces} \pm 1,1$). Se trata en Primaria un 73% precisando derivación hospitalaria un 28% y solo un 6% ingreso. Características del vértigo: tiene el menor porcentaje de mujeres (55% vs 68% total), con un inicio brusco (91% vs 62% total), evolución intermitente (82% vs 60% total) y náuseas (50% vs 28% total). Es mayor el consumo de betabloqueantes (24% vs 12% total). Características de la inestabilidad: El desencadenante más frecuente son movimientos rápidos, al igual que el vértigo (65% vs 70%), pero sobre todo en la deambulación (65% vs 41% total). Otras causas de mareo: presentan más acúfenos (38% vs 23% total), cefalea (38% vs 15% total), pérdida de conocimiento (13%), disnea (50% vs 30% total) y ortopnea (38% vs 9% total). Es más frecuente la patología osteoarticular (88% vs 59% total) la diabetes mellitus (75%) y los antidiabéticos orales (38% vs 14% total).

Conclusiones: La mayor parte de los trastornos del equilibrio en ancianos se trata en Atención Primaria. La anamnesis detallada puede orientar adecuadamente el diagnóstico sindrómico, facilitando el plan terapéutico.

Palabras Clave: Dizziness, primary care, aged.

COMUNICACIÓN ORAL

Cribado del cáncer de cérvix, ¿lo estamos haciendo bien?

Hernández Blanco M^aE¹, Rodríguez San Pío C¹, Carrillo de Albornoz Calahorro CM¹, Teno Márquez E², Herrera Ramos F², Valenzuela López I³

¹ MIR 4º año MFyC. CS Salvador Caballero. Granada

² DUE. CS Salvador Caballero. Granada

³ Médico. CS Salvador Caballero. Granada

Título: Cribado del cáncer de cérvix, ¿lo estamos haciendo bien?

Objetivos: Evaluar la cobertura del Proceso Cáncer de Cérvix (CC) en mujeres de entre 35-55 años.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: Población estudiada: mujeres entre 35-55 años incluidas en BDU (N=2439). Muestreo estratificado por edad. Variables: edad, número de citologías, seguimiento correcto, antecedentes ginecológicos, número de consultas médicas en el último año, planificación familiar, resultados citología. Análisis mediante SPSS.15.

Resultados: Se estudiaron 332 mujeres. El 52% estaban incluidas en Proceso CC. No encontramos diferencias significativas entre la inclusión en Proceso y la edad, aunque aparecen con el número de consultas médicas, siendo mayor en

las mujeres incluidas (p=0,018). De las mujeres incluidas, el 37% tenían registrados antecedentes ginecológicos, el 22% planificación familiar, el 21% fórmula obstétrica y el 17% periodicidad para la siguiente citología. El 85% de las citologías fueron normales. Encontramos diferencias significativas entre seguimiento correcto y registrar planificación familiar, número de consultas médicas (4,4 frente a 2,79 en las que no tienen seguimiento adecuado) y la edad (un 55% de las mujeres mayores de 50 años tienen correcto seguimiento frente al 17% de las mujeres entre 35-40 años).

Conclusiones: Una de cada dos mujeres está incluida en el Proceso CC. De las que están incluidas, solo una de cada tres tiene un seguimiento correcto. Este dato se relaciona significativamente con tener registrada la planificación familiar, el número de consultas anuales a su médico y la edad.

Palabras clave: Cáncer de cérvix, cribado, cobertura.

COMUNICACIÓN ORAL

Impacto de un taller en comunicación en práctica laboral del residente. Resultados al año

García Tirado M^aC¹, García López P¹, Otero Hernández I², Ramos Alaminos C², Rivas del Valle P¹, de los Ríos Álvarez A^M¹

¹ Medicina de Familia. UD MFyC Granada

² MIR MFyC. UD MFyC Granada

Título: Impacto de un taller en comunicación en práctica laboral del residente. Resultados al año.

Objetivos: Evaluar impacto en la práctica laboral del residente de un taller formativo en comunicación al año de realización.

Diseño: Cuasiexperimental.

Emplazamiento: Provincial.

Material y Método: 123 residentes de segundo año (R2) que recibieron taller de comunicación en primer año (R1).

Intervención: Taller comunicacional (6 grupos. 3 sesiones. método discusión-reflexión-resolución problemas). Mediciones: Cambio comunicacional de R1-R2; habilidades percibidas (pre. post); impacto de taller en entendimiento, control emocional, habilidades y resolver problemas (escala 1-5) Cronbach: 89% 2 factores 72% varianza.

Resultados: Dos tercios mujeres. Edad media 26 años. 31% residentes de familia.

El 31% declaró altas habilidades comunicacionales antes del taller y el 57% un año después

($p=0,00$); considerando el 88% mejora de relación con paciente (22% mucho).

Al año del taller 1:2 residentes consideró "muy alta/alta" su utilidad para la práctica; declarando "alto impacto" en entender situaciones (75%), control emocional (65%), solución de problemas (69%) y habilidades (65%).

Quienes declararon "mucho mejora" comunicacional frente a no mejora otorgan más impacto al taller en práctica (7,0 vs 3,5 $p=0,00$); resolver problemas (3,9 vs 2,7 $p=0,00$), control emocional (4,1 vs 2,7 $p=0,00$), entender situaciones (4,2 vs 3,0 $p=0,00$) y facilitar habilidades (4,0 vs 2,8 $p=0,00$).

Quienes mejoraron mucho frente a "algo" puntúan más el impacto de taller en práctica laboral (OR: 2,21 $p=0,04$) y Control emocional (OR: 3,26 $p=0,07$), (multivariante).

Conclusiones: El Taller muestra logros del aprendizaje de adultos: entendimiento, control emocional, habilidades y resolución de problemas. Evaluar al año permite probar aprendizaje en práctica laboral; la relación taller y mejora comunicacional refuerzan validez del estudio.

Palabras clave: Evaluation, outcomes, residents.

COMUNICACIÓN ORAL

Situación actual del control metabólico de la diabetes en Andalucía

Mayoral Sánchez E¹, Lahera Robles L², Lapetra Peralta J³, Lama Herrera C⁴, Jiménez Jiménez L⁵, Aguilar Diosdado M⁶

¹ *Medicina de Familia. SAS. Plan Integral de Diabetes de Andalucía. CIBERobn (ISCIII, España). Sevilla*

² *ATS-DUE. Fundación Progreso y Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. CIBERobn (ISCIII, España). Sevilla*

³ *Doctor. Medicina de Familia. CS San Pablo y CIBERobn (ISCIII, España). Sevilla*

⁴ *Medicina de Familia. SAS. Coordinación de Gestión y Evaluación. CIBERobn (ISCIII, España). Sevilla*

⁵ *Doctor. Farmacéutico. Servicio de Bioquímica de Hospital Virgen del Rocío. CIBERobn (ISCIII, España). Sevilla*

⁶ *Doctor. Endocrinología. Plan Integral de Diabetes de Andalucía. Hospital Puerta del Mar. Cádiz*

Título: Situación actual del control metabólico de la diabetes en Andalucía.

Objetivos: Estimar el grado de control metabólico (CM) de la diabetes (DM) en Andalucía.

Diseño: Estudio transversal.

Emplazamiento: Estudio multicéntrico.

Material y Método: Población de estudio: se utilizaron 2 fuentes de información:

1) DIABACO: pacientes con DM incluidos en Proceso Asistencial Integrado Diabetes a 31 de diciembre de 2010 y que tuvieran un registro en DIRAYA de hemoglobina glucosilada (HG) en el último año.

2) Participantes diabéticos incluidos en el Estudio DRECA-2 (rango de edad: 20-74 años) que tuvieran determinada la HG. Criterios de selección y Mediciones: se consideró DM con buen CM si la HG era < 7 % y aceptable CM si la HG era < 8 %. Análisis estadístico: estadística descriptiva y pruebas bivariantes para la comparación de medias y de proporciones. Se consideró como diferencia estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

Resultados:

DIABACO: incluidos 548.522 diabéticos; HG en último año 258.036 (47,04 %).

DRECA-2: DM 236 individuos; con HG 197 (83,5 %). Grado de CM de la DM:

1) DIABACO: a) Buen control: 51,7 % (mujeres: 51,6. hombres: 51,7); b) Aceptable control: 79,8 % (mujeres: 80. hombres: 79,4).

2) DRECA-2: a) Buen control: 58,9 % (mujeres: 59,1. hombres: 58,7); b) Aceptable control: 80,2 % (mujeres: 89,2. hombres: 72,1).

Conclusiones:

1) El CM de la DM en Andalucía puede considerarse, con los datos disponibles, bueno (> 50 %).

2) El porcentaje de diabéticos con CM aceptable es del 80 %.

3) Los datos del DRECA-2 parecen indicar que las mujeres tienen un mejor CM de la DM que los hombres.

Palabras clave: Diabetes mellitus, control metabólico, hemoglobina glucosilada.

COMUNICACIÓN ORAL

Prevención de caídas en personas mayores mediante la práctica del Tai-Chi

Xia Ye SY¹, Ruiz Álvarez C¹, Ramírez Aliaga M¹, Vallejo Cañete V¹, Paz Galiana J¹, Muñoz Cobos F²

¹ MIR medicina de familia. Málaga

² Médica de familia. Málaga

Título: Prevención de caídas en personas mayores mediante la práctica del Tai-Chi.

Objetivos: Comprobar el efecto de una intervención multifactorial en la reducción de caídas y mejora del equilibrio y la funcionalidad en personas mayores.

Diseño: Estudio longitudinal pre-post intervención con grupo control.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método: Incluimos mayores de 65 años con al menos una caída previa. Intervención: valoración sensorial, revisión del tratamiento, eliminación de barreras, ayudas técnicas y derivación a Tai-Chi. Grupo estudio: asisten a Tai-Chi. Grupo control: no acuden a Tai-Chi. Mediciones basal y al año de: edad, sexo, índice de Barthel, Test estación unipodal bilateral y número de caídas.

Comparación de grupos: test de Mann-Whitney. Comparación pre-post intervención: test de Wilcoxon para muestras apareadas. Nivel de significación 0.05.

Resultados: Incluimos 37 pacientes: 21 grupos estudio, 16 grupos control. Edad media 74.76 +/- 0.98. 86.5% mujeres. Déficit sensorial 70.3 %, fármacos de riesgo 48.6 %, hipotensión ortostática 2.7 %, barreras arquitectónicas 27 %. Media de caídas basal: 1.89+0.28. Media de escala Barthel: 94.05 +/- 1.39. Test de estación unipodal medio: 9.51 +/- 1.2 segundos (derecho), 8.7 +/- 1.36 (izquierdo). No existen diferencias significativas en ninguna variable entre ambos grupos.

En los dos grupos se produce descenso significativo de caídas: 0.19+0.09 (p 0.000 grupo estudio, p 0.004 grupo control), al igual que de la estación unipodal izquierda: 7.19+/-1.5 (p 0.008 grupo estudio, p 0.017 grupo control) sin modificación en Barthel ni en estación unipodal derecha.

Conclusiones: Se encuentra descenso significativo en número de caídas, sin diferencias por practicar Tai-Chi, en personas mayores tras una intervención multifactorial.

Palabras clave: Ancianos, Tai-Chi, caídas.

COMUNICACIÓN ORAL

Percepción de la problemática social y conductas de riesgo de los adolescentes

Suárez Cadenas R¹, Vélez Clares B¹, Moreno Román EV¹, Díaz Samos RM^{a1}, Gómez Fernández C², García Tirado M^aC³

¹ MIR 4º año MFyC. CS Huétor Tajar. Granada

² MFyC. CS Huétor Tajar. Granada

³ Médica de familia. UD MFyC Granada

Título: Percepción de la problemática social y conductas de riesgo de los adolescentes.

Objetivos: Conocer cómo perciben los adolescentes su salud. Conocer problemática social de adolescentes y conductas de riesgo más peligrosas. Detectar variabilidad género.

Diseño: Diseño: Transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud Rural.

Material y Método: Ámbito: Comunitario.

Población: 151 adolescentes 3ºESO (nc 95%, % esperado 50%, precisión 9%).

Método de medición: encuesta anónima, mide salud percibida (1-5), frecuencia otorgada (1-5) y prioridad por gravedad de listado de problemas sociales.

Análisis: Descriptivo. Bivariante (chi-cuadrado).

Resultados: 57% mujeres, 43% varones. El 84% 14-15 años. El 90% percibe su salud como buena.

Declaran problemas frecuentes: tabaquismo (51%), alcohol (51%) y fracaso escolar (45%). 1/5 considera frecuente/muy frecuente la violencia

en aulas, 39% la falta de ejercicio físico y 34% consumo de cannabis. No consideran problemas frecuentes: consumo drogas (80%), no pertenencia al grupo (80%), mala relación con padres (80%), trastornos alimentación (85%), anabolizantes (90%), ETS (89%), embarazo no deseado (82%) y uso repetido de píldora postcoital (80%).

Se observaron diferencias por género; mala relación con padres, tres veces más frecuente para mujeres ($p=0.049$); fracaso escolar, frecuente para más de la mitad de los varones y sólo 30% mujeres ($p=0.178$); trastornos alimentarios, frecuente 2/10 mujeres vs 1/100 varones ($p=0.031$).

Conclusiones: La salud percibida en adolescentes es mayoritariamente buena; la problemática percibida más frecuente (medida indirecta de vulnerabilidad) es: tabaco, alcohol y fracaso escolar. Se objetiva falta total de conciencia de problemas graves: consumo drogas y anabolizantes, trastornos de alimentación, ETS, embarazo no deseado y uso repetido de píldora postcoital. Chicos y chicas difieren percepción de problemática; para mujeres, trastornos alimentación y mala relación con padres; y para varones, fracaso escolar.

Palabras clave: Risk-Taking, social problems, unsafe Sex.

COMUNICACIÓN ORAL

Opinión de los profesionales a cerca de realizar consultas a través de correo electrónico en atención primaria

Mesa Gallardo M¹, Alcalde Pérez AJ², Gómez Salgado J³, Pérez Pérez M⁴, Martínez Pérez R⁵, López Martín R⁶

¹ Médico de Familia. CS Luis Taracido. Bollullos Par del Condado (Huelva)

² Diplomado en Enfermería. Atención Primaria. Bollullos Par del Condado (Huelva)

³ Licenciado en Enfermería. Atención Primaria. La Palma del Condado (Huelva)

⁴ Médico Interno Residente. Medicina de Familia. Bollullos Par del Condado (Huelva)

⁵ Médico de Familia. Bollullos Par del Condado (Huelva)

⁶ Diplomada en Enfermería. Atención Primaria. Bollullos Par del Condado (Huelva)

Título: Opinión de los profesionales a cerca de realizar consultas a través de correo electrónico en atención primaria.

Objetivos: Conocer la opinión de los profesionales sanitarios sobre realizar consultas con los pacientes a través de internet.

Diseño: Descriptivo trasversal.

Emplazamiento: CS Rural.

Material y Método: Cuestionario individual, anónimo, autocumplimentado. Preguntas cerradas y abiertas.

Población de estudio: 27 Profesionales sanitarios Médicos y Enfermeras.

Resultados: Edad media 47 años $\pm 7,2$. 33% hombres y 67% mujeres. 52% Médicos y 48% enfermeros. 100% tiene ordenador en casa. 87% utiliza internet y 20,8% lo utiliza a diario, 29,2% 1-2 veces/semana y 37,5% 3-4 veces/semana. 50% tiene correo corporativo. Un 70,7% considera útil-muy útil internet para trabajo habitual. El

66,7% cree que internet vale para compartir información con pacientes. Un 41,7% tiene perfil en red social. 58,3% cree que internet vale para compartir información con pacientes. No lo cree el 33,3% ($p < 0.01$ X²). Al 66,7% de los profesionales les gustaría que los usuarios pudiesen realizarle consultas ($p < 0.01$ X²). El 45,8% cree que podría atender esta demanda. El 95,8% cree que tendría que realizarse alguna modificación en la consulta y de estos el 95,8% cree que debe ser de tiempo. El 33,3% cree que la mejor forma de comunicarnos sanitario-pacientes es por correo electrónico. El 17,4% cree que la comunicación por internet mejoraría la relación médico-paciente, 17,4% piensa que puede cuestionar el conocimiento médico y el 21,7% cree que mejoraría los conocimientos del paciente y su tratamiento.

Conclusiones: Los profesionales consideran que internet vale para compartir información con pacientes. A la mayoría les gustaría realizar consultas por internet. Debe continuarse con línea de investigación.

Palabras clave: Internet and social networking, primary care, blogging.

COMUNICACIÓN ORAL

Modelo motivacional del residente y mejora comunicacional entre primer y segundo año de residencia

García Tirado M^aC¹, de los Ríos Álvarez AM^{a1}, Ramos Alaminos CP², Otero Hernández I², Saavedra Ruiz AM^{a1}, Rivas del Valle PA¹, Ferrer Sánchez T³, Sánchez García C³

¹ Médica Familia. UD. MFyC Granada

² MIR. UD MFyC Granada

³ Medicina de Familia. CS Almuñécar (Granada)

Título: Modelo motivacional del residente y mejora comunicacional entre primer y segundo año de residencia.

Objetivos: Conocer modelo motivacional del residente y mejora comunicacional entre primer y segundo año de residencia.

Diseño: Observacional.

Emplazamiento: Provincial.

Material y Método: 123 residentes valorados de R1 y final de R2.

Mediciones. Motivación (escala 1-5): prioridad formativa, utilidad práctica, control del logro y cambio comunicacional (escala 1-5) Alfa crom-bach 77% y 2 factores 66% de variabilidad.

Resultados: Dos tercios mujeres. Edad media 26 años. 31% residentes de familia.

El 22% de residentes declaró mucha mejora en comunicación respecto a R1 y el 66% un poco. 1:2 R2 considera altas sus habilidades comunicacionales (31% en R1).

El 51% de residentes considera alta/muy alta su prioridad formativa en comunicación, la utilidad personal el 75% y el 77% cree poder mejorar. La motivación no cambia de R1-R2.

La mejora comunicacional entre R1 y R2 mostró que los de mucha mejora respecto a poca/ninguna declaran más frecuente alta utilidad personal de la comunicación (63%, 36% 13% p= 0,00); alta confianza en lograr mejoras (41%, 32%, 26% p=0,05); alta prioridad formativa (71%, 52%, 20% p=0,04).

En multivariante quienes habían mejorado mucho respecto a los de un poco puntúan más en motivación comunicacional (beta: 0,249 EE: 0,119; OR: 1,28; p=0,03) independiente de edad, género, especialidad y habilidades declaradas.

Conclusiones: El cambio comunicacional intenso entre primer y segundo año de residencia muestra relación positiva e independiente con motivación para el cambio (modelo de Hedger). Un tercio de residentes muestran motivación inferior a 4 puntos en escala de 1-5 y ninguna mejora comunicacional en un año.

Palabras clave: Motivation, communication, learning.

COMUNICACIÓN ORAL

A quiénes y cómo tratamos con fármacos antidepresivos en un centro de atención primaria

Gallo Vallejo FJ¹, Alonso Ortega N², Casares Gómez N², De la Torre Martín A², Reyes García-Bermúdez E², Quel Collado M^aT¹

¹ Medicina Familiar. CS Zaidín Sur. Granada

² MIR Medicina Familiar y Comunitaria. Granada

Título: A quiénes y cómo tratamos con fármacos antidepresivos en un centro de atención primaria.

Objetivos: Conocer el perfil de utilización de antidepresivos (AD) en nuestra población y valorar la variabilidad e interniveles de prescripción.

Diseño: Estudio epidemiológico de prescripción-indicación, observacional y transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud (CS) urbano.

Material y Método: Población de estudio y Criterios de selección: 1310 pacientes adscritos al CS, que desde Enero a Marzo del 2011 recogieron AD en farmacias.

Población muestral 295 pacientes, muestreo sistemático, estratificado por profesional (Confianza: 95% precisión: 6% Control óptimo: 50%).

Variables y medición: Edad, sexo, AD actual, profesional y patología por la que se indica AD y tratamiento ansiolítico/hipnótico asociado.

Análisis estadístico: Descriptivo de las variables de estudio. Para el contraste de hipótesis utilizamos la Chi-Cuadrado.

Resultados: La edad media 58.7 (EE0.8) años y el 74.6% mujeres. El 35.9% (EE0.02) hacen tratamiento con ISRS de primera elección, siendo paroxetina el fármaco más utilizado (18.6%). En un 6,8% existe asociación de antidepresivos.

El 23% continúan tomando AD tras 5 años. El 37.8% cambiaron de AD. El 43% está indicado por su MF y en el 30% por psiquiatra. Los diagnósticos más frecuentes encontrados son los trastornos adaptativos (mixto 29.8% y depresivo 26.1%). En un 43,7% hay ansiolíticos asociados, (alprazolam); en un 10,2% hipnóticos asociados (lormetazepam) y en 14,6% ambos. El 75 % de los pacientes cuyo inicio de prescripción fue realizada por el psiquiatra toman AD de segunda elección ($p < 0.05$).

Conclusiones: Las prescripciones iniciadas por su MF se ajustan más a los antidepresivos de primera elección.

En un porcentaje notable de pacientes no queda registrada la indicación terapéutica.

Palabras clave: Treatment, antidepressants, primary care.

COMUNICACIÓN ORAL

Evolución de la atención domiciliar urgente por motivos psiquiátricos en una zona básica de salud rural

Ruiz Rodríguez MA¹, Mozos Hidalgo A¹, Fernández Carmona C², Teba López Alicia², Flores Higuera M³

¹ Médico de Familia. CS Santa Fe. Santa Fe. Granada

² DUE. Dispositivo de Apoyo. Santa Fe. Granada

³ Técnico en Transporte Sanitario. Santa Fe. Granada

Título: Evolución de la atención domiciliar urgente por motivos psiquiátricos en una zona básica de salud rural.

Objetivos: Analizar las características de las asistencias psiquiátricas durante 2 años. Conocer la relación entre las asistencias y la época del año, así como entre diagnósticos psiquiátricos con respecto al sexo.

Diseño: Estudio Descriptivo Transversal.

Emplazamiento: ZBS Rural.

Material y Método: Revisión de las historias clínicas desde Junio-2007 a Mayo-2009.

Variables: Motivos demanda psiquiátricos (MDP), diagnósticos psiquiátricos emitidos (DPE), edad, sexo, frecuentación por meses.

Agrupación de datos por periodos: 1. 06. 2007 al 31. 05. 2008 -> Año-A; 1. 06. 2008 al 31. 05. 2009 -> Año-B.

Resultados: Asistencias: año-A -> 3002, año-B -> 2766. Año-A -> 5,90% presentan MDP y el 5,38% DPE; año-B -> 4,99% y el 6,36% respectivamente. (Chi2=0,00. p=0,950).

Edad media: hombres año-A -> 42, en año-B -> 46; mujeres 52 y 51 respectivamente.

DPE más frecuente: año-A -> ansiedad 40% de los casos seguido de crisis de ansiedad el 22,86%; año-B -> crisis de ansiedad el 33,52%, seguido de ansiedad el 18,18%.

Por sexo: año-A -> 26,85% son hombres, 73,15% mujeres; año-B -> 33% son hombres, 67% mujeres. Analizando los trastornos de ansiedad (TA= ansiedad + crisis de ansiedad) y sexo mujer: Año-A -> Chi2=5,3. p= 0,020, Corrección Yates= 4,55. p= 0,032; Año-B -> Chi2=10,27. p= 0,0013, Corrección Yates= 9,27. p=0,0023.

Meses con más asistencias: año-A -> Marzo 14,29%; año-B -> Febrero 11,93%.

Traslados al hospital: año-A -> 29,14%; año-B -> 30,68 %.

Conclusiones: La atención urgente psiquiátrica no representa un volumen importante del total de asistencias aunque mantiene una frecuentación similar en ambos años, sobre todo Febrero y Marzo. El usuario tipo por edad y sexo corresponde a hombres sobre los 40 años y mujeres sobre los 50. Una de cada 3 asistencias son derivadas al hospital.

Los TA representan la entidad más frecuente existiendo significación en la asociación entre estos y el sexo femenino.

Palabras clave: Primary care, mental health, anxiety disorders.

COMUNICACIÓN ORAL

Manejo extrahospitalario del dolor torácico en 3 dispositivos de cuidados críticos y urgencias

Hernández García J¹, Medina Osuna A², Garzón Sigler R³

¹ Médico de familia. DCCU Montoro. Córdoba

² Médico de familia. DCCU La Carlota. Córdoba

³ Médico de familia. DCCU Palma del Río. Córdoba

Título: Manejo extrahospitalario del dolor torácico en 3 dispositivos de cuidados críticos y urgencias.

Objetivos: Conocer el perfil de los pacientes atendidos por dolor torácico, si diferenciamos adecuadamente a los pacientes con criterios de gravedad y cómo los manejamos.

Diseño: Estudio retrospectivo y transversal.

Emplazamiento: Zona de cobertura de los DCCU de un Distrito Sanitario Rural: En 3 Equipos móviles de Atención Urgente Extrahospitalaria DDCU.

Material y Método: Todas las historias en papel (1 de Junio de 2009-1 de Junio de 2010) de pacientes atendidos por dolor torácico, completando con la historia digital (DIRAYA) y la de UCI. Análisis estadístico con SPSS 17.0.

Resultados: N=278. Edad media 72,12 años. Hombres 55%, más jóvenes. Antecedentes: Cardiopatía isquémica (42,8%) y HTA (61,2%), DM (29,1%), dislipemia (28,8%) y tabaquismo (7,9%).

59,7% SIN criterios de gravedad (CG). EKG al 91,5%. Derivados a su médico/domicilio 83,2%

(95,5% sin eventos coronarios < 1 mes); 16,8% al hospital (concordancia diagnóstica del 83,3%), 49,1% dados de alta.

40,3% CON CG (más jóvenes y con más FRCV): EKG 99,1%; desfibrilador 91,1%; reposo 99,1%; vía + extracción 92,9%; inyección im 1,8%; pulsioximetría 97,3%; oxígeno terapia 88,3%; nitroglicerina 83,9% y mórnicos 27,7%; AAS 74,1%; benzodiazepinas 11,9%; clopidogrel 23,9%; HBPM 17,4%; betabloqueantes 3,7%. Concordancia del 71,2%. 97,4% de dolores no filiados al hospital. 63,5% de ángor estable a su médico/domicilio. Todos los AI. SCASEST al hospital. Todos los SCACEST al hospital, 54,5% prioridad I ARIAM (fibrinólisis: 2 el 061 y 5 en UCI).

Conclusiones: Mayor gravedad más jóvenes con más FRCV.

Resolución, concordancia y medidas generales bien.

Oportunidades de mejora en AI. SCASEST, tratamientos adicionales y fibrinólisis.

Palabras clave: Chest pain, prehospital emergency care, myocardial infarction.

COMUNICACIÓN ORAL

Adecuación de la indicación de gastroprotección en pacientes con consumo de AINES en un servicio de cuidados críticos y urgencias

Alonso Morales M^aF¹, Puga Montalvo M^aE¹, Guerrero García FJ²

¹ Médica de Familia. Hospital San Cecilio. Granada

² Médico de Familia. UGC Gran Capitán. Granada

Título: Adecuación de la indicación de gastroprotección en pacientes con consumo de AINES en un servicio de cuidados críticos y urgencias.

Objetivos: Analizar la adecuación de gastroprotección con Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) en pacientes a los que se les indica un AINE en un Servicio de Urgencias Hospitalario.

Diseño: Estudio Observacional Descriptivo.

Emplazamiento: Servicio Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU). Hospital Tercer Nivel.

Material y Método: Muestra: 176 pacientes. Muestreo aleatorio simple de pacientes que consultan durante 3 meses en consultas del SCCU de Hospital de Tercer Nivel.

Variables Estudio: Sexo, edad, prescripción IBP, antecedentes historia ulcerosa, historia previa HDA, utilización otro AINE, utilización corticosteroides. Utilización anticoagulantes orales, enfermedad grave concomitante.

Análisis Estadístico: Epidat 4.0.

Resultados: Edad Media: 47,8 años (DE 22,09; Mínimo 17, Máximo 91); Sexo: Hombres 84

(47,73%), Mujeres: 92 (52,27%); Prescripción IBP: 118 (67,05%); Utilización IBP previo: 69 (39,2%). Pacientes con Antecedentes enfermedad ulcerosa: 24 (13,64%). Pacientes con antecedentes HDA: 4 (2,27%). Pacientes con Utilización otro AINE: 29 (16,68%). Pacientes con Utilización corticosteroides: 8 (4,55%). Pacientes con Utilización anticoagulantes: 15 (8,52%). Pacientes con Enfermedad Grave Concomitante: 43 (24,43%). Pacientes con prescripción IBP sin factores de riesgo: 53 (44,9%). Pacientes con prescripción IBP con factores de riesgo: 65 (55,1%). Pacientes sin prescripción IBP con factores de riesgo: 6 (10,3%).

Conclusiones: Casi el 45 % de las indicaciones de gastroprotección con IBP realizadas en SCCU no están indicadas.

El 10 % de los pacientes a los que no se les indica gastroprotección con IBPs, la precisaría.

Se hacen necesarias actividades formativas para mejorar la calidad de prescripción de IBPs con indicación de gastroprotección.

Palabras clave: Prescripción de medicamentos, inhibidores de la Bomba de Protones, medicina de urgencia.

COMUNICACIÓN ORAL

Determinación del riesgo de fractura osteoporótica mayor en población consultante mediante la herramienta FRAX de la OMS

Tormo Molina J¹, Fernández de la Hoz L², Antón Bueso AJ², Castelló Losada M³J³, Pérez Romera FJ², Garzón Prados P²

¹ Médico de familia. UGC Gran Capitán. Granada

² MIR medicina de familia. UGC Gran Capitán. Granada

³ Médico de familia. CS Alfacar. Granada

Título: Determinación del riesgo de fractura osteoporótica mayor en población consultante mediante la herramienta FRAX de la OMS.

Objetivos: Determinar el riesgo de fractura osteoporótica mayor, en mujeres que acuden a las consultas de atención primaria, medido mediante la herramienta FRAX de la OMS.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centros de salud urbano y rural.

Material y Método: Población de estudio:

- Mujeres consultantes, entre 50 y 90 años de edad; muestreo no probabilístico consecutivo (N: 200, P: 0.5, alfa: 5%, precisión: 7%).

Variable dependiente:

- Riesgo de fractura osteoporótica mayor mediante FRAX (online y tabla).

Variables independientes:

- Edad, índice de masa corporal (BMI), fractura de cadera en padres, antecedente de fractura,

fumadora, osteoporosis secundaria, densitometría realizada, uso de fármacos antiosteoporóticos... entre otras.

Estadística con análisis univariante, con medidas de frecuencia y dispersión; análisis bivariante con Ji cuadrado.

Resultados: 202 mujeres evaluadas. Media de edad: 69,8 años (SD: 10,4). BMI medio: 28,17 (SD: 5). Osteoporosis secundaria: 10%. Sin ningún factor de riesgo: 58,4%. Tratadas: 17,3%. Riesgo medio de fractura osteoporótica mayor a los 10 años: 9,7% (SD: 7,4). El 9,9% con riesgo mayor o igual al 20%; el 26,2% riesgo entre el 10 y el 19%. Un 74,3% de los tratados no alcanzaban el 20% de riesgo y un 6,6% de los no tratados alcanzaba el 20% de riesgo. Significativamente, el porcentaje de pacientes con riesgos superiores al 20% es mayor usando la aplicación online que las tablas.

Conclusiones: En nuestro medio, la mayor parte de las mujeres consultantes presentan un riesgo de fractura osteoporótica mayor, bajo. El uso de las tablas minusvalora el riesgo con respecto al uso online del FRAX.

Palabras clave: Osteoporosis, risk assessment, frax.

COMUNICACIÓN ORAL

Estudio multicéntrico de disfunción tiroidea de una zona metropolitana

García Castillo M^aL¹, Nieto García M¹, Taboada Sance P¹, Martínez Buendía C², Jiménez Jiménez S², López Delgado C²

¹ Medicina de Familia y Comunitaria

² MIR de MFyC

Título: Estudio multicéntrico de disfunción tiroidea de una zona metropolitana.

Objetivos: Conocer la prevalencia de hipo/hipertiroidismo diagnosticado y tratado en una zona básica de salud.

Diseño: Descriptivo-Observacional.

Emplazamiento: Atención primaria-Multicéntrico.

Material y Método: Población: 42667 personas con edad ≥ 14 años residentes en ocho municipios de un área de salud metropolitana adscritos a 24 médicos. Las unidades de estudio son fármacos tiroideos por receta oficial desde noviembre 2009 a noviembre 2010. Mediciones: Con la aplicación informática Microstrategy del sistema de explotación de facturación farmacéutica de Andalucía, se identificaron las prescripciones por 24 profesionales. Se recogieron datos del profesional (especialidad/lugar de trabajo/profesional), paciente (edad/género/AN) y prescripción (grupo terapéutico).

Análisis: Descriptivo poblacional.

Resultados: La prescripción afectó al 3,5% de la población adulta, 1496 prescripciones. El 86% en mujeres y la edad media fue 52 (entre 16 y 98). El 92% de fármacos fueron hormonas tiroideas (HT) y el 8% antitiroideos (AT). La edad media de tratados HT es inferior a quienes reciben AT (52,1 vs 55,6 años; $p=0,03$); varones el 13% del primer grupo (HT) y el 28% de los que reciben AT ($p=0,00$). La prevalencia estimada de hipotiroidismo en población adulta es del 3,2% (IC95%: 2,24%-4,16%); por grupos de edad la prevalencia fue 2,8% hasta 64 años, ascendiendo al 5,7% en el grupo 65-74 años y al 5,1% en ≥ 75 años.

Conclusiones: La patología tiroidea tratada más frecuente es hipotiroidismo con prevalencia superior a la publicada en estudios nacionales y especialmente en población anciana. A partir de estos datos parece necesario realizar análisis en profundidad de la población tratada con hormonas tiroideas y confirmar y explorar la magnitud del hipotiroidismo en la zona.

Palabras clave: Prevalence hypothydism, thyroid hormones, hyperthyroidism.

COMUNICACIÓN ORAL

Trabajo multicéntrico para estudio de hipotiroidismo

Valverde Morillas C¹, García Castillo L¹, García Tirado M³C², Martínez Martínez B³, Pedrosa Arias M³, Rosua Amo M³S⁴, Sánchez García C⁵, Ferrer Sánchez T⁵

¹ Médica de Familia. La Zubia (Granada)

² Médica de Familia. Unidad Docente de Granada

³ Médico de Familia. La Zubia (Granada)

⁴ MIR Medicina de Familia. Unidad Docente de Granada

⁵ Medicina de Familia. CS Almuñécar (Granada)

Título: Trabajo multicéntrico para estudio de hipotiroidismo.

Objetivos: Conocer prevalencia de hipotiroidismo y explorar diferencias entre zona urbana, costera y alta montaña.

Diseño: Descriptivo. Observacional.

Emplazamiento: Atención primaria. Multicéntrico.

Material y Método: Población: 95640 Adultos (edad ≥ 14 años) distribuidos en tres zonas geográficas: metropolitana (42667), marítima (41511) y alta montaña (11462). Unidades de estudio: prescripción/persona/zona/de hormona tiroidea (HT) en receta oficial desde noviembre de 2009 a noviembre de 2010.

Mediciones: De las prescripciones de HT se identificó: profesional, paciente (edad, género y Historia clínica) y prescripción (patología referente y grupo terapéutico).

Resultados: La prevalencia de hipotiroidismo tratado fue del 4,7% (IC 95%:0,13%) Por zona

geográfica las prevalencias de hipotiroidismo fueron: en cinturón metropolitano del 3,25% (IC95%:0,17%), en zona de litoral del 6,25% (0,23%) y en alta montaña de 4,33% (0,37%). Por zona y grupos de edad (menores de 65 años vs mayores) se observa en cualquiera de las zonas aumento de prevalencia con edad: en zona costera (3,8% vs 8,4%); metropolitana (2,8% vs 5,4%) y alta montaña (3,2% vs 6,5%).

Conclusiones: La prevalencia es estudios nacionales muestran variabilidad de cifras y un magnitud para el hipotiroidismo tratado oscila entre el 1 y el 7%; al considerar el hipotiroidismo subclínico las cifras aumentan en torno al 10–20%. En nuestra zona observamos una prevalencia elevada; siendo llamativa la alcanzada en zona de litoral. Consistente con otros estudios la prevalencia aumenta con la edad. Son necesarios estudios en la zona para corroborar magnitud, consecuencias en salud y potenciales intervenciones de mejora; entre ellas la adecuación/ idoneidad de prescripción de hormonas tiroideas.

Palabras clave: prevalence hypothyroidism, thyroid hormones, thyroxine/therapeutic use.

COMUNICACIÓN ORAL

Administración de opioides en dispositivos de cuidados críticos y urgencias (DCCU). Cambios tras intervenciones formativas

Megías Cana M^aJ¹, Úbeda Ortega P², Martínez Zaldívar M³, Burgos Garrido A³, Guerrero Briz M^aT¹

¹ MFyC. DCCU Distrito Granada

² DUE. DCCU Distrito Granada

³ MFyC. Dispositivo de Apoyo Distrito Metropolitano Granada

Título: Administración de opioides en dispositivos de cuidados críticos y urgencias (DCCU). Cambios tras intervenciones formativas.

Objetivos: Comprobar el impacto de acciones formativas sobre las prescripciones de opioides en DCCUs de distrito urbano, en cuatro años de estudio.

Diseño: Descriptivo, transversal, multicéntrico.

Emplazamiento: DCCU Distrito urbano. Cuatro centros.

Material y Método: Población: Todos los pacientes atendidos por los DCCU del distrito que hayan necesitado opioides, del 2007-2010. Tamaño muestral: Toda la población atendida en atención continuada entra en el estudio. Variables: Sexo, Años, Dispositivos (cp1, cp2, cp3, cp4), indicaciones (politraumatizado, cáncer, dolor torácico, otros), tipo de opióide utilizado. Análisis estadístico: Análisis descriptivo de las variables, frecuencias absolutas y relativas de cada una de las varia-

bles. Descriptivo de la evolución de las variables en los cuatro años. Relación entre variables con la Chi cuadrado de Pearson. Significativo para $p < 0.05$.

Resultados: Se analizaron 558 prescripciones opioides en el periodo de 2007-2010, con porcentaje de utilización del 21% en 2007 y del 35% en 2010. Las indicaciones que más se usaron: Cáncer 29%, Politraumatismos (22%). En el año 2010 Cáncer 46% y Politraumatismo 31%. Opióide más usado el cloruro mórfico parenteral 94%. Existen diferencias estadísticamente significativas $p < 0.05$ en la evolución de las variables. DCCU (000), indicadores (000) y tipo de mórfico (017) a través de los cuatro años.

Conclusiones: Concluimos que la formación recibida en esos años ha supuesto un aumento de la prescripción de opioides en general, y en el caso de cuidados paliativos en atención continuada en particular.

Palabras clave: Opioid, pain, prehospitalary emergency.

COMUNICACIÓN ORAL

Incertidumbre y variabilidad de decisiones ante un escenario de sospecha de diabetes

Fernández Pérez E, Rivas Del Valle PA, Ramírez Robles R, García Tirado M^aC, Berná Guisado M^aC, García López P

MFyC. Unidad Docente MFyC. Granada

Título: Incertidumbre y variabilidad de decisiones ante un escenario de sospecha de diabetes.

Objetivos: Explorar mediante escenarios clínicos cómo influye la incertidumbre en variabilidad de decisiones diagnóstico-terapéuticas ante sospecha de diabetes (DM).

Diseño: Descriptivo.

Emplazamiento: Unidad docente de medicina familiar.

Material y Método: población: 207 médicos. 14 CS y 4 urgencias hospitalarias (confianza: 95%. Precisión: 6%. Variabilidad: 50%).

Mediciones: 4 escenarios de DM. Cuestionario que mide: (1) Asignación de probabilidades, (2) selección datos, (3) Estrategias diagnósticas, (4) Umbral y ganancia diagnóstica, (5) Terapéutica.

Análisis: Descriptivo.

Resultados: 40% varones, edad media 36,07.42% tutores, 22% centro de salud.17% servicio de urgencias.

El médico asignó probabilidad media de DM cercana al 90% en escenarios de baja incertidumbre (desviación típica: 17,06) siendo del 49,8% en el escenario de alta incertidumbre (desviación típica: 24,67).

En escenarios de ALTA probabilidad asignan menor probabilidad residentes vs tutores ($p=0,015$) y tutores de urgencias vs centros de salud ($p=0,028$). En escenario de incertidumbre asignan más probabilidad las mujeres vs varones ($p=0,017$) y residentes mayores vs menores ($p=0,03$).

La alta incertidumbre vs alta certidumbre difieren en la decisión "observación y seguimiento" (20% vs 0%-6%), solicitar sólo pruebas (62% vs 20%-35%) o iniciar tratamiento, con o sin pruebas (14% vs 61%-66%) $p<0,05$.

La solicitud de pruebas no varía según incertidumbre del escenario y el 90% de médicos esperan aumentar la probabilidad de diabetes aunque las probabilidades prepruebas diferían (50%-92%). La hemoglobina glicosilada es más solicitada en escenarios de baja incertidumbre por alta sospecha de DM.

El dato relevante en cualquiera de los escenarios es el laboratorio seguido de historia clínica.

Conclusiones: La incertidumbre del escenario informativo provoca variabilidad médica tanto en asignar probabilidad a la sospecha de DM como en las decisiones diagnósticas terapéuticas. La asignación de probabilidades y por tanto la incertidumbre del médico dentro de cada escenario difiere por características del profesional.

Palabras clave: Clinical decision making, Type 2 diabetes, Diagnostic reasoning.

COMUNICACIÓN ORAL

La utilización de recursos sanitarios por grandes dependientes

Jiménez Rodríguez JM¹, Fajardo Contreras C¹, Farouk Allam M², González Lama J², Caballero Lanzas JM^{a2}

¹ UGC Rute. Rute (Córdoba)

² Distrito Sanitario Córdoba Sur. Lucena (Córdoba)

Título: La utilización de recursos sanitarios por grandes dependientes.

Objetivos: Conocer el grado de utilización de recursos sanitarios de las personas mayores y/o discapacitadas en situación de Gran Dependencia diagnosticada.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Ancianos y discapacitados reconocidos como "Gran Dependiente" pertenecientes a una Zona Rural.

Material y Método: Grandes dependientes reconocidos en 2010 que continuaban vivos el 31-12-10. Se recogieron las variables edad, sexo, número de urgencias de atención primaria (AP) y hospitalarias, derivaciones, número de consulta médicas, número de visitas (domiciliarias y centro) por médico, enfermera,

enfermera gestora de casos y trabajador social.

Resultados: Se incluyeron 73 personas. La media de edad fue de 75,2 (Dt 19,3; rango 12- 98); el 61, 6 % fueron mujeres. La media de consultas en centro/domicilio médicas, de enfermería, de gestoras de casos y de trabajadores sociales fueron 22,4 (Dt 24,4)/ 0,52 (Dt 1,6), 8,6 (Dt 6,7)/7,9 (Dt 21,9), 0,88 (Dt 1,4)/1 (Dt 1,2) y 0,60 (Dt 1,2)/0,1 (Dt 0,30), respectivamente. La media de urgencias en AP fue de 4,97 (Dt 10,9) y la de hospitalarias 1,05 (Dt 1,8), con una media de 1,99 (Dt 3,7) derivaciones programadas a especialidades.

Conclusiones: La gran dependencia ocasiona un consumo elevado de consultas médicas y de enfermería, por lo que es un factor clave en la planificación de recursos sanitarios.

Palabras clave: Gran Dependiente, Gasto, Sanitario, Envejecimiento.

COMUNICACIÓN ORAL

Razonamiento clínico y actuación terapéutica ante la diabetes mellitus (DM) en diversos escenarios clínicos con diferente grado de incertidumbre

Fernández Pérez E, Robles Casado B, Berná Guisado M^aC, Rivas Del Valle PA, García Tirado M^aC, García López P

MFyC. Unidad Docente MFyC. Granada

Título: Razonamiento clínico y actuación terapéutica ante la diabetes mellitus (DM) en diversos escenarios clínicos con diferente grado de incertidumbre.

Objetivos: 1. Identificar la decisión y actitud terapéutica del médico ante varios escenarios de DM con diferentes niveles de incertidumbre.

2. Valorar como influye en la decisión terapéutica el grado de incertidumbre.

Diseño: Descriptivo transversal con encuesta.

Emplazamiento: Unidad docente de MFyC.

Material y Método: población: 207 tutores (14 Centros de Salud y 4 Servicios de Urgencias) y residentes de MFyC.

Mediciones: *cuatro escenarios* de DM y cuestionarios que miden elección de tratamiento (farmacológico o no farmacológico), fármaco adecuado, dosis y posología, uso de ácido acetilsalicílico (AAS) y tiempo para revisión.

Resultados: 40.1% varones, 41.5% tutores, edad media 36.07.

En escenarios de poca-media incertidumbre prevalecen los médicos que eligen tratamiento farmacológico mientras que en el escenario de

mayor incertidumbre se prefiere una actitud conservadora.

El fármaco de elección en todos los escenarios es la metformina con una dosis inicial de un comprimido cada 24 horas repartiendo la dosis en medio comprimido en desayuno y cena. En el escenario de menor incertidumbre destaca la insulina.

Son pocos los médicos que eligen como primera línea el uso de combinaciones de antidiabéticos orales (ADOs), destaca metformina+sulfonilureas.

El AAS solo lo pautarían aproximadamente el 50% de los encuestados en los escenarios de menor incertidumbre.

El tiempo de seguimiento para revaloración sería de 3 meses en todos los escenarios.

Conclusiones: Ante escenarios con mayor incertidumbre se prefiere tratamiento no farmacológico mientras que si el diagnóstico es claro y evidente la decisión es el tratamiento farmacológico. La metformina es el tratamiento de primera elección, destacando como alternativas las sulfonilureas y la insulina. Solo la mitad de los médicos usarían AAS como prevención de RCV. El tiempo de revaloración sería de 3 meses.

Palabras clave: Clinical decision making, Type 2 diabetes, Diagnostic reasoning.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Self Audit proceso de cáncer cérvix en un centro salud

Ayra Rivas M¹, Duque Castilla E², Fernández Moyano M^aA², Gutiérrez Vera JD²

¹ MIR-MFyC. UGC Algeciras Norte. Algeciras. Cádiz

² MIR-MFyC. Algeciras. Cádiz

Título: self audit proceso de cáncer cérvix en un centro salud.

Objetivos: Evaluar las actividades contempladas en el proceso asistencial cáncer cérvix.

Diseño: autoauditoria proceso asistencial cáncer cérvix.

Emplazamiento: centro salud urbano.

Material y Método: población de estudio: mujeres incluidas en el proceso cáncer cérvix durante el primer semestre de 2010.

Criterios de selección:

Inclusión: mujeres susceptibles de diagnóstico precoz de cáncer cérvix, realizado en atención primaria mediante citología cérvico-vaginal durante el primer semestre de 2010 y acudieron a la cita.

Exclusión: Mujeres citadas y que no acudieran a la cita o no se pudiera realizar por estar menstruando o con sospecha de infección cérvico-vaginal.

Tamaño muestral: 31 historias clínicas.

Variables: número de frotis inadecuados. Tiempo total de espera (TTE)

Método de medición: Frotis inadecuados según criterios establecidos en el periodo evaluado x 100. Total frotis del período evaluado. Número de mujeres con toma de citología durante el período evaluado y con comunicación de resultados inferior a 1 mes x 100. Total de mujeres con toma de citología durante el mismo periodo.

Análisis estadístico: Estadísticas de Excell.

Resultados: Se encontraron un 13.3 % de muestras inadecuadas. El 60% de las pacientes obtuvieron su resultado en un tiempo (TTE) inferior a 10 días. No hay descripción uniforme de los estudios por anatomía patológica.

Conclusiones: Se realiza un bien servicio en nuestro centro de salud, ya que los tiempos de espera están dentro de los marcados en el proceso asistencial pero es necesario mejorar para reducir el número de muestras inadecuadas por debajo del 5 % para que ésta sea considerada un estudio de calidad.

Pedir a anatomía patológica uniformidad de criterios al redactar los informes.

Palabras clave: cervical cancer, papinocolau test, atención primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Despistaje de depresión en mujeres mayores de 65 años mediante test de Yesavage

Baquerizo Gallardo JI, Martín Fernández FJ

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Olivar de Quinto. Dos Hermanas (Sevilla)

Título: despistaje de depresión en mujeres mayores de 65 años mediante Test de Yesavage.

Objetivos: Estimar la detección precoz de Depresión en mujeres mayores de 65 años que acuden a consulta de Atención Primaria de Salud.

Diseño: Estudio Observacional Descriptivo Transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: La muestra se calculó con una Precisión del 5%, Previsión del 19.7% y Confianza del 95% en un total de 140 mujeres mayores de 65 años (Intervalo de Confianza IC del 95% y $\alpha=0.05$) que acudieron a consulta de Atención Primaria (demanda y programada), de manera consecutiva, durante 6 meses en el año 2010.

Mediante el Cuestionario reducido (15 Ítems) de Yesavage realizamos un cribado para detectar la posible presencia de Depresión.

Se recogieron datos sociodemográficos y nivel de estudios.

Métodos de evaluación de la respuesta: Media, DT y Porcentajes. Intervalos de Confianza del 95%.

Resultados: La Edad fue de 76.1 años (rango 66-92).

Un total de 46 mujeres (32.8%) presentaron una puntuación por encima de 5 en el Cuestionario de Yesavage. De ellas, 29 (63.1%) presentaron "Posible Depresión" (6-9 puntos) y 17 (36.9%) "Depresión Establecida" (>9 puntos).

El 43.5% estaban Casadas, 47.8% Viudas, 6.5% Solteras y 2.2 Separadas.

El 65.2% tenían Estudios Primarios, 19.6% Estudios Secundarios y 15.2% no tenían Estudios.

Conclusiones: La detección precoz de Depresión ha sido elevada (32.8%).

El perfil es el de una mujer mayor de 65 años, Viuda o Casada, con Estudios Primarios.

El Cuestionario de Yesavage debe ser considerado una herramienta útil de detección precoz para Depresión en Atención Primaria en mujeres ancianas.

Palabras clave: Depression, Screening Test, Woman, Aged.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Análisis del síndrome de Burnout en médicos de centros de salud urbanos

Jiménez Cuadra E¹, González Torres M¹, Sánchez Bolaños L²

¹ Médico de Familia. CS Antequera. Málaga

² Técnico de enfermería. Villanueva del Trabuco. Málaga

Título: análisis del síndrome de Burnout en médicos de centros de salud urbanos.

Objetivos: Calcular la prevalencia del Síndrome de Burnout (SB) en profesionales de medicina de familia.

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centros de Salud.

Material y Método: Se encuestaron 34 médicos de familia menores de 65 años midiéndoles el SB (1) a partir de 22 ítems valorados con escalas de 6 dimensiones.

Finalmente se analizan 3 dimensiones; agotamiento emocional: puntuaciones superiores o iguales a 27 alto nivel de agotamiento, de 19 a 26 puntuaciones intermedias, menores que 19 niveles bajos de agotamiento emocional. Dimensión despersonalización: puntuación superior o igual a 10 nivel alto, de 6 a 9 puntuaciones medias y menores de 6 bajo grado de despersonalización. Dimensión realización personal en el trabajo: de 0 a 30 baja realización personal, de 31 a 39 intermedia y 40 o superior sensación de logro.

Se calcularon frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: La encuesta fue respondida por el 56% de la muestra, siendo encuestados, en total, 34 médicos de familia, menores de 65 años, del ASNM, 28 hombres (82%) y 6 mujeres (18%).

Con prevalencia de altos niveles de SB aparecen 27% de los hombres y el 3% de las mujeres, presentándose niveles muy bajos en el 16% del total de la muestra (8% en mujeres).

Conclusiones: Alta prevalencia de SB en médicos de familia del ASNM, siendo mayor en hombres. Varios estudios han demostrado que el grado de calidad de los servicios prestados por los profesionales está en relación directa con el nivel de satisfacción de éstos (2) y pone de manifiesto que la desmoralización de los mismos, es la principal dificultad a la que tienen que enfrentarse los directores de centros sanitarios.

Palabras clave: Síndrome Burnout, médico, medicina de familia.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Terremoto dañino en provincia andaluza: actuación sanitaria ante víctimas potenciales estimadas y su gravedad

Martínez-Zaldívar Moreno M¹, Megías Cana M²J¹, Tello Ochoa A², Palma Enríquez A³, Jiménez Quintana O⁴, Hernández Lozano Pilar⁴

¹ Doctora en medicina, especialista en medicina familiar y comunitaria. CS Atarfe, Granada.

² Médico especialista en medicina familiar y comunitaria, Granada

³ Médico especialista en medicina familiar y comunitaria, Atarfe. Granada

⁴ Diplomada universitaria en enfermería, Atarfe. Granada

Título: terremoto dañino en provincia andaluza: actuación sanitaria ante víctimas potenciales estimadas y su gravedad.

Objetivos: Planificar las actuaciones sanitarias ante posible terremoto dañino futuro de intensidad de grado VIII (EMS), previa estimación y triage de las víctimas en función de la gravedad de sus lesiones.

Diseño: Se establece el terremoto hipotético dañino más probable con su escenario de daños.

Emplazamiento: Población del área metropolitana susceptible de sufrir un terremoto dañino.

Material y Método: Simulador Escenarios Sísmicos SES 2002. Tablas de Vulnerabilidad Humana de Di Sopra y Schiavi. Clasificación tetrapolar de heridos.

Resultados: Víctimas ocasionadas: 313 muertos, 1865 heridos de distinta consideración y 35.113 personas sin hogar, a los que hay que alojar. La clasificación de los heridos por categorías: 73 de

1ª (muy graves, rojos), 258 de 2ª (moderados, amarillos) y 1534 de 3ª (leves, verdes). Daños en viviendas: 436 colapsadas, 4.787 con daños muy graves y 21.251 con daños graves. Se elabora un sistema de evacuación hospitalaria y transporte de heridos según gravedad.

Conclusiones: Debe activarse el dispositivo de atención médica urgente con apoyo logístico e infraestructura necesaria para aumentar la supervivencia de heridos. Establecer en menos de 2 horas un mínimo de 6 Puestos Sanitarios Avanzados para la intervención médica inmediata, y desplegar en menos de 8 horas Unidades de Estabilización Prehospitalaria y Unidades de Rescate Quirúrgico, para estabilización de pacientes críticos. Ante disminución de operatividad de los hospitales de la capital, es también necesario un Hospital de Campaña. Es muy importante formar a Atención Primaria en catástrofes y atención al trauma grave, para clasificar y atender correctamente heridos en sus centros.

Palabras clave: earthquake, triage, human casualties.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

La prevalencia de la depresión en una consulta de medicina de familia

Jiménez Cuadra E¹, Sánchez Bolaños L²

¹ Centro Salud El Centro Antequera

² Técnico de farmacia Hospital Antequera

Título: la prevalencia de la depresión en una consulta de medicina de familia.

Objetivos: Conocer la frecuencia de la depresión en una consulta de Medicina de Familia.

Diseño: Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método: Estudio descriptivo, transversal. Población de estudio: muestra de 30 pacientes que acudieron a la consulta de Medicina de Familia, durante todo el año 2010 y primeros cuatro meses de 2011, de 22 a 80 años. Criterios de selección: Padecían o se sospechaba algún trastorno mental. **MÉTODOS DE MEDICIÓN:** Métodos cualitativos usados: Escala de depresión de GOLBERG. El cuestionario cualitativo tiene 18 ítems. (1) **ANÁLISIS DE DATOS:** Los datos que se comparan, proceden de muestras de sujetos independientes de nuestra consulta, que se observaron durante el año 2010 y 4 meses de 2011. unos 30 sujetos de 22 a 80 años, entre hombres y mujeres. Método cualitativo usado: la es-

cala de GOLBERG. Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: Se observó que el porcentaje del 46%, eran hombres, de los cuales el 10% padecía demencia, y el 36% padece depresión.

El 54% eran mujeres, el 4% padece trastorno bipolar, y el 50% padece depresión.

Conclusiones: La depresión es la enfermedad crónica, que más se observa, en Medicina de Familia, y sobre todo en mujeres; seguida en frecuencia de los hombres, que también la padecen crónicamente, pero en número inferior a las mujeres.

Palabras clave: depresión, paciente, medicina de familia.

Bibliografía:

1. Golberg, D.P., Hillier, V.F.: Ascaled version of the General Health Questionnaire *Psicologica*, M.1979; 9(1):139-45.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Existe abuso en el tratamiento de la osteoporosis en un centro de salud urbano?

Bretones Alcaraz JJ¹, Copado Campos LJ¹, García Martínez F¹, Abad-Vivas Pérez JJ¹; Fernández Lao I², Del Pino Berenguer M²

¹ Medicina FyC. CS Almería Centro. Almería

² Enfermería. CS Almería Centro. Almería

Título: ¿existe abuso en el tratamiento de la osteoporosis en un centro de salud urbano?

Objetivos: Conocer características de los pacientes. Analizar criterios clínicos-diagnósticos. Valorar adecuación tratamientos.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Ámbito: AP. Centro Salud urbano.

Población y muestra:

Criterios selección:

- Pacientes que, en 1T 2010, tenían prescrito tratamiento para osteoporosis.

- Pacientes con HC informatizada.

Número sujetos incluidos: 224 pacientes (proporción esperada 50%, confianza 95%, 10% perdidas).

Muestreo: tabla números aleatorios.

Intervenciones: recogida variable historia clínica (completar con entrevista telefónica).

Variables: Edad, Sexo, obesidad, AP fractura, AF fractura, tabaco, alcohol, tratamiento corticoides > 3 meses, artritis reumatoide, patología asociada a osteoporosis, artrosis, densitometría, tratamientos, tiempo tratamiento, indicación trata-

miento, adecuación tratamiento, causa de no adecuación.

Análisis estadístico: Descriptivo de variables cuantitativas con medias y DS, y variables cualitativas con frecuencias.

Resultados: n: 217. 98% mujeres, DS 9.7. 19,6% AP fractura, 2.8% AF fractura. 6,5% toman corticoides >3meses, 5% fumadoras. Artritis reumatoide 3,3%, artrosis 37%. 28% densitometría. Calcitonina (2.8%), Calcio (21.2%), Calcio con vitamina D (70.0%), Alendronato (50.7%), Risedronato (37.3%), Ibandronato (21.7%), Raloxifeno (11.1%), Ranelato de estroncio (6.9%) y Parathormona (0.9%).

Según FR, 38% deberían tratarse, pero solo serían correctamente tratados el 17.5%. La no adecuación fue: 40% por duración, 48% por edad y el resto por no asociación calcio-antirresortivos.

Conclusiones:

El paciente con tratamiento es mujer de 68 años, cuya patología de base más frecuente es artrosis y algo más de un tercio tienen FR para osteoporosis. La densitometría realizada solo en 28% de casos. Solo en un 17.5% de los casos, existe adecuación en el tratamiento.

Palabras clave: tratamiento, osteoporosis, antirresortivos, densitometría, abuso de tratamiento.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Actividades preventivas en atención primaria: la prescripción de ejercicio físico

Jiménez Aranda L¹, Lopera León C², Gavilán Plaza JM³

¹ Doctora en medicina. Especialista en medicina familiar y comunitaria. Lucena (Córdoba)

² Diplomada en enfermería

³ Licenciado en medicina. Lucena (Córdoba)

Título: actividades preventivas en atención primaria: la prescripción de ejercicio físico.

Objetivos: Valorar los hábitos de prescripción de ejercicio físico de los profesionales sanitarios en su práctica diaria y en patologías tan concretas como hipertensión, diabetes, cardiópatas, obesos y osteoarticular.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Distrito Sanitario.

Material y Métodos: Centros de Salud del Distrito Sanitario incluyendo a todos los médicos y enfermeras que ejercen su profesión en el mismo, que lleven más de seis meses desempeñando su trabajo con el mismo cupo. Se excluyen pediatras y profesionales de urgencias. Tamaño muestral: (N=316). Se elaboró un cuestionario autoadministrado que recogió las siguientes variables: categoría profesional, centro de salud, porcentaje de pacientes a los que recomienda realizar ejercicio físico, tipo, intensidad, frecuencia y duración, recomendación en diabetes, hipertensión, obesidad,

cardiacas y osteoarticulares. Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS. Versión 15.0. Se realizó un análisis descriptivo para todas las variables. Las variables de tipo cualitativo fueron descritas con frecuencias y porcentajes para cada una de sus categorías.

Resultados: El 40% de los encuestados refiere que recomienda realizar ejercicio físico a todos sus pacientes, el 99,4% aconsejan ejercicio aeróbico, el 35% siete días de la semana, el 99,4%, el 98,3%, el 90,6%, 61,7% y el 53,9% son los porcentajes encontrados de prescripción de ejercicio físico en Diabetes, Obesidad, hipertensión, osteoarticular y cardiópatas respectivamente.

Conclusiones: Menos de la mitad de los profesionales de Atención Primaria aconsejan realizar ejercicio físico a sus pacientes en su consulta diaria encontrando además un porcentaje bajo de indicación de ejercicio físico en hipertensión, cardiopatía o patología osteoarticular.

Palabras clave: Physical activity, Exercises, Prescription.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Uso de antirreabsortivos en AP

Bretones Alcaraz JJ¹, García Martínez F¹, Copado Campos LJ¹, Abad-Vivas Pérez JJ¹, Del Pino Berenguer M², Fernández Lao I²

¹ Medicina FyC. CS Almería Centro. Almería

² Enfermería. CS Almería Centro. Almería

Título: uso de antirreabsortivos en AP.

Objetivos: Conocer características pacientes. Analizar tratamientos y duración. Valorar adecuación tratamientos.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Ámbito: AP, Centro Salud urbano.

Material y Método:

Criterios selección:

- Pacientes que 1T 2010, recibían tratamiento con antirreabsortivos.

- Pacientes con historia clínica informatizada.

N=194 pacientes (proporción esperada 50% NC 95%, 10% pérdidas).

Muestreo: tabla de números aleatorios.

Intervenciones: variables recogidas en historias clínicas digitales, (información complementada con entrevista telefónica).

Variables: Edad, Sexo, obesidad, AP fractura, AF fractura, tabaco, alcohol, tratamiento con corticoides > 3 meses, artritis reumatoide, patología concomitante asociada a osteoporosis, Artrosis, densitometría, tratamientos, tiempo tratamien-

to. Indicación tratamiento, adecuación, causa no adecuación.

Análisis estadístico: Descriptivo de variables cuantitativas con medias y DS y variables cualitativas con frecuencias.

Resultados: n: 194. 100% mujeres, edad media 68a. DS 9.7. 21% AP fractura, 3% AF fractura. 7% toman corticoides >3 meses, 5% eran fumadoras. Artritis reumatoide 4%. Artrosis 37%. densitometría 29%. Tratamientos usados: Alendronato (56%), risendronato (41%), Ibandronato (24%). Tiempo medio uso: 45 meses (alendronato), 35 meses (risendronato) y 20 meses (ibandronato).

Según factores de riesgo el 41% deberían tratarse, pero solo se considera correctamente tratados el 19%. La no adecuación fue en 45% la duración, 43% por edad y el resto por no asociación de calcio con antirreabsortivos.

Conclusiones: Paciente en tratamiento con antirreabsortivos: mujer 68a, (patología base más frecuente: artrosis), 1.5 AP fractura. Más del 40% tienen FR para osteoporosis. Densitometría, solo en 29% de casos. Tratamiento más usado: alendronato (tiempo medio de 45 meses).

Sólo se consideran correctamente tratadas un 19% de las pacientes.

Palabras clave: tratamiento, osteoporosis, antirreabsortivos, densitometría, abuso de tratamiento.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Web y foros virtuales como herramienta de comunicación en una unidad de gestión clínica

Pérez Romera FJ, Garzón Prados PM^a, Robles Martín J, González Urbano M, Antón Bueso AJ, Fernández de la Hoz LM^a

UGC Gran Capitán (Granada)

Título: web y foros virtuales como herramienta de comunicación en una unidad de gestión clínica.

Objetivos: Valorar el uso de nuevas tecnologías para la comunicación (web y foros virtuales) en un equipo de atención primaria.

Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria urbana.

Material y Método: Estadísticas básicas (Programa estadístico SPSS 15.0) del total de mensajes en foros virtuales para grupos de trabajo en la Web de una Unidad de Gestión Clínica (UGC), desde su creación en enero de 2009.

Resultados: Actualmente hay activos 14 foros virtuales, a los que pueden acceder vía Internet a un área restringida y mediante usuario y contraseña 78 profesionales.

Desde su puesta en marcha, se han generado 1280 mensajes (1000 con documentos adjuntos

-78.12%-). La media total de mensajes/día es de 1.93 y de mensajes con documento adjunto/día de 1.5.

Los foros más utilizados son: Foro Abierto (538), Foro Acreditación UGC (352) y Foro Formación de Médicos (190), que son aquellos a los que pueden acceder un mayor número de usuarios.

Conclusiones: La introducción de nuevas tecnologías en una unidad con elevado número de profesionales ha supuesto un avance en la comunicación, de modo que la creación de la web y foros virtuales se ha convertido en una herramienta de innovación y mejora para los grupos de trabajo y para la dinámica del equipo, sobre todo en los diferentes procesos de acreditación realizados.

El número de entradas, mensajes y documentos adjuntos demuestran que la comunicación que proporcionan es ágil, efectiva y transparente, con el valor añadido de ser multilateral y de fácil acceso vía internet desde cualquier ordenador.

Palabras clave: Desarrollo Tecnológico, Comunicación, Atención Primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Analizar la prevalencia de pacientes emigrantes en una consulta de medicina de familia

Jiménez Cuadra E, González Torres M, Barrera Polo C

Medicina de Familia. Antequera (Málaga)

Título: analizar la prevalencia de pacientes emigrantes en una consulta de medicina de familia.

Objetivos: Hacer un análisis de la prevalencia de pacientes emigrantes en una consulta del ASNM. Cómo debemos adaptar nuestros planes terapéuticos, al contexto cultural de las personas, y a su situación actual, de manera que el abordaje terapéutico sea complementario, y no entre en conflicto con sus intereses.

Diseño: Es un estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano. Con una muestra de pacientes que acuden a la consulta durante seis meses del año 2010, de edad entre 20 y 60 años.

Material y Método: método estadístico de Excel, de diagrama de barras. Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas. Se observa el porcen-

taje de los emigrantes, hombres y mujeres en totalidad a la muestra. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: Se observó que el porcentaje 35% de la muestra, eran emigrantes, y de ellos el 8% eran hombres, y el 28% eran mujeres. Sobre todo la mayoría eran jóvenes.

Conclusiones: La prevalencia de emigrantes observados en una consulta de ASNM, son sobre todo mujeres, el 28% y el 8% son hombres y en edad de trabajar. Según la legislación vigente, se permite a los emigrantes el acceso a la asistencia sanitaria, bajo requisito de empadronamiento. Es preciso adaptar nuestros planes terapéuticos al contexto cultural de las personas.

Palabras clave: Emigrante, paciente, medicina familia.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación de la exploración del pie en pacientes con diabetes mellitus en atención primaria

Leal Salido R¹, Cano Vázquez E², Palacios del Valle E³, Crespo Domínguez H², Corral Formoso J⁴, Ruiz Ruiz FJ⁴

¹ MIR 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Jerez (Cádiz)

² MIR 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Jerez (Cádiz)

³ MIR 3er año Medicina Familiar y Comunitaria. Jerez (Cádiz)

⁴ Medicina Familiar y Comunitaria. Jerez (Cádiz)

Título: evaluación de la exploración del pie en pacientes con diabetes mellitus en atención primaria.

Objetivos: Analizar la exploración del pie en pacientes diabéticos y determinar factores asociados al desarrollo de pie diabético.

Diseño: Estudio descriptivo transversal realizado de enero a abril de 2011.

Emplazamiento: Atención primaria. Medio urbano.

Material y Método: Mediante muestreo aleatorio simple se incluyeron a 420 pacientes diabéticos en los que se recogieron datos clínicos, analíticos y sociales. Análisis estadístico con la media y su desviación estándar para variables cuantitativas y con porcentajes para variables cualitativas. Se utilizó análisis multivariante y regresión logística binaria para relacionar las variables con el desarrollo de pie patológico. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: La edad media fue $64,5 \pm 9,2$ años, siendo el 61% mujeres y el 39% varones. El 85,5%

presentaba hipertensión arterial, el 82,3% dislipemia, el 31,4% tenían antecedente de enfermedad cardiovascular y el 9,8% enfermedad vascular periférica. Un 12,3% presentaba retinopatía, un 11,2% nefropatía y el 1,4% antecedente de úlcera o amputación. La sensibilidad al monofilamento fue patológica en el 8,6%. Los niveles medios de hemoglobina glicosilada (HbA1c) fueron $7,6 \pm 0,8$. El porcentaje de pie patológico fue del 16,1%, el cual estuvo relacionado significativamente con edad mayor de 70 años ($p < 0,001$), niveles de HbA1c mayores de 8,2 ($p < 0,001$), nefropatía diabética ($p < 0,05$) y sensibilidad al monofilamento patológica ($p < 0,01$).

Conclusiones: Los factores de riesgo para el desarrollo del pie diabético serían edad mayor de 70 años, con nefropatía, niveles de HbA1c mayores del 8,2 % y alteraciones en la exploración del monofilamento. Se deben establecer medidas de prevención del desarrollo del pie diabético en personas de mayor riesgo.

Palabras clave: pie diabético, prevención, atención primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación del perfil de los avisos domiciliarios realizados por un dispositivo de cuidados críticos y urgencias

López Torres G¹, Rodríguez Delgado E², Ortiz Martín EJ³, García Moreno S⁴, Hernández Pérez de la Blanda M⁵M⁶, De los Ríos Álvarez AM⁶

1 MF. CS Cartuja y DCCU. Granada

2 Diplomada en enfermería. Hospital Sta. Ana (Motril) y DCCU. Granada

3 Técnico transporte sanitario. DCCU. Granada

4 Diplomada en enfermería. Hospital Virgen de las Nieves y DCCU. Granada

5 MIR Medicina familiar y Comunitaria. CS Almanjáyar. Granada

6 Médico de familia y atención comunitaria. CS Cartuja. Granada

Título: Evaluación del perfil de los avisos domiciliarios realizados por un dispositivo de cuidados críticos y urgencias.

Objetivos: Evaluación del perfil demográfico, patología atendida y tratamiento administrado durante la realización de la labor asistencial de un dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU). Este dispositivo de urgencias presta asistencia a domicilio las 24 horas los 365 días del año, a una población total de 116.938 habitantes (datos 2010).

Diseño: Estudio retrospectivo observacional.

Emplazamiento: Dispositivo de cuidados críticos y urgencias ubicado en Centro de Salud urbano.

Material y Método: Realizamos revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en domicilio por DCCU los primeros seis meses del 2010. Tamaño muestral: 1.961 pacientes. Recogemos: edad, género, prioridad, patología atendida y plan de actuación. Tratamiento. Análisis estadístico con SSPS, cruce de variables mediante test Chi-cuadrado de Pearson.

Resultados: Del total de los 1.961 pacientes atendidos 1.088(55'5%) eran mujeres y 873(44'5%) varones; edad media de 65'38 años. El 52'8% eran= 71 años. Como principales patologías encontramos: Respiratoria (17'8%), Psiquiátrica (15'2%), Digestiva (12'3%), Neurológica (11'9%), Cardiológica. Vascular (10'6%) y Traumatológica (6'9%). El 79'9% se coordinaron como urgencias no demorables (prioridades 2), el 69'7% se resolvieron in situ (control posterior por atención primaria) y el 30'1% precisaron traslado hospitalario. La mayoría (56'2%) de las emergencias (prioridades 1), suponen traslado hospitalario a cargo de nuestra unidad tratándose de patologías: cardiológica. Vascular (21'9%), neurológica (20'5%) y respiratoria (17'8%).

Conclusiones: Nuestra unidad atiende principalmente urgencias no demorables, resolviéndose la mayoría de ellas in situ, evitando la masificación de las urgencias hospitalarias. Desarrollamos una importante labor de continuidad asistencial, en estrecha relación con atención primaria, y prestamos cobertura en conjunto con los servicios del 061 a las emergencias.

Palabras clave: emergency, primary care, patient.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Función familiar en consultas de pediatría de dos UGC urbanas

García Simino A¹, Morales Mármol M³A², León Arévalo I³, Pedregal González M⁴, Vázquez Silva M¹F⁵, Gómez Gómez E²

¹ MIR Medicina familiar y Comunitaria. UGC Los Rosales. Huelva

² MIR Medicina familiar y Comunitaria UGC Adoratrices. Huelva

³ MIR Medicina familiar y Comunitaria UGC El Torrejón. Huelva

⁴ Médico especialista en Medicina familiar y Comunitaria. UD Medicina Familiar y Comunitaria. Huelva

⁵ Médico especialista en Pediatría. UGC Los Rosales. Huelva

Título: función familiar en consultas de pediatría de dos UGC urbanas.

Objetivos:

- Determinar función familiar en dos zonas básicas de salud.
- Determinar la relación respecto a edad, situación laboral, convivientes en la unidad familiar, estado civil y sexo.

Diseño: Observacional descriptivo.

Emplazamiento: Dos Unidades de Gestión Clínica urbanas.

Material y Método: 151 encuestados seleccionados de forma consecutiva en dos UGC, mediante cuestionario Apgar familiar, previo consentimiento informado. Variables: sexo, edad, estado civil, situación laboral y convivientes de la unidad familiar.

Se utilizó Media y Desviación Típica (DT) para variables cuantitativas. Porcentajes para cualitativas, y para comparar las variables cualitativas se utilizó el método de Chi cuadrado comprobándose las condiciones de aplicación.

Resultados: La media de edad = 35 años (DT 6,36) El 83.4% son mujeres. El 76.2% están casados. Un 55.6% no trabajan.

El 91.4% es familia normofuncional (NF).

No se aprecian diferencias estadísticamente significativas de NF entre las dos UGC ($p=0.280$).

Entre los que trabajan el 11.9% es familia disfuncional (DF), entre los que no el 6% es DF ($p=0.192$).

Para resto de variables no hay diferencias estadísticamente significativas entre ser NF o DF.

A pesar de no cumplirse las condiciones de aplicación de Chi cuadrado para estado civil (FME=0.69), se observa que entre los casados el 96.5% es NF, solteros 78.6% y divorciados 62.5% ($p<0.001$).

Conclusiones:

- La mayoría de familias son NORMOFUNCIONALES, no encontrándose relación entre pertenecer a una UGC u otra.

- Aunque se encontró doble DF entre los que trabajan, no hay diferencias estadísticamente significativas, así como para el resto de variables.

- Se observa mayor disfuncionalidad en divorciados y solteros a pesar de no cumplirse las condiciones de aplicación.

Palabras clave: Apgar family test, Family dysfunction, function.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Quién quiere dejar de fumar?

Pérez Durillo FT¹, Pardo Moreno RM², Pérez Durillo J³

¹ Licenciado en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Bailén. Jaén

² Diplomada en Trabajo Social. CS de Bailén. Jaén

³ Diplomada Universitaria en Enfermería. Diputación Provincial de Jaén.

Título: ¿Quién quiere dejar de fumar?

Objetivos: Conocer el perfil de los pacientes que acceden a formar parte de una terapia grupal para deshabituación tabáquica.

Diseño: Estudio descriptivo.

Emplazamiento: Centro de Salud rural.

Material y Método: Pacientes que acceden a formar parte de una terapia grupal para dejar de fumar. Se registraron edad, sexo, consumo de tabaco, edad de inicio, intentos previos para dejar de fumar, puntuación del test Fagerström y asistencia a sesiones.

Resultados: Accedieron a participar 21 pacientes (90,9% mujeres). La edad media fue de 41,9 ±10,0 años. El consumo medio fue 23,9±12,3 cigarrillos/día (75% fumaba más de un paquete/día). La edad media de inicio del consumo tabáquico fue 18,50±3,5 años. El 75% de los pa-

cientes refería que fumaba alguien más en su domicilio. 3 de cada 4 pacientes habían intentado previamente dejar de fumar y de éstos el 33% no utilizaron ningún tratamiento específico. Más del 40% de los pacientes tenían un grado de dependencia física moderado según el test de Fagerström. El principal motivo para dejar de fumar (91,7%) era por salud siendo en el 8,3% de los casos por motivos económicos.

Conclusiones: Se observa una baja adhesión de los pacientes a las sesiones grupales que de forma predominante están compuestas por mujeres. Habrá que analizar los motivos de la baja adhesión a la terapia grupal. Tras las 5 sesiones dejaron de fumar 2 pacientes (16,7% de los pacientes que acudieron a las sesiones). Resaltar el papel de la Atención Primaria de Salud en la promoción de la salud como la prevención y el tratamiento del tabaquismo.

Palabras clave: Tabaco, Psicoterapia de grupo, Atención Primaria de Salud.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

VARIABLES INFLUYENTES EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE MAYOR CON PATOLOGÍA CRÓNICA

Jiménez Lozano M^aL¹, Arévalo López P², Restoy Bernabé AA²

¹ Medicina de Familia. Distrito Poniente. Almería

² Medicina de Familia. Almería

Título: Variables influyentes en la calidad de vida del paciente mayor con patología crónica.

Objetivos: Estudio de variables influyentes en la calidad de vida (CV) del paciente mayor con patologías crónicas.

Evaluar la CV de las personas mayores (PM) con problemas de salud crónica.

Identificar las dimensiones del apoyo social en personas mayores con problemas de salud crónicos.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Material y Método: De abril a septiembre de 2009, en consultas de Atención Primaria se atendieron 189 PM con enfermedades crónicas, se seleccionaron al azar 75. Variables utilizadas: edad, sexo, patologías crónicas, grado de dependencia para actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (I. Barthel), apoyo social (C. Mos)

relacionándolos con la calidad de vida (Cuestionario WHOQOL-BREF).

Resultados: La edad media fue de 78 años, el 63 % mujeres. Todos tenían polipatologías. Dependencia leve en 82%. El tamaño de la red social era de 3 personas. El apoyo social global por debajo de la media. El 56% de los pacientes refieren una calidad de vida normal.

No relación entre la calidad de vida y el tipo de patología. El mayor grado de dependencia influye de forma negativa sobre el bienestar. Los pacientes con un tamaño de red social alto y con apoyo emocional y de interacción social positiva refieren una mayor calidad de vida.

Conclusiones: La calidad de vida de las personas mayores con patologías crónicas se afecta cuanto mayor es el grado de dependencia para realizar ABVD y menor es la red social y la percepción de apoyo emocional y de interacción social positiva. ES necesario crear planes de apoyo socio-sanitario que garanticen su calidad de vida.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Calidad de registro en la historia clínica de los factores de riesgo de fractura de cadera

Macías Corredera M¹, Lechuga Varona M^aT¹, Cosano Cañadas JE²

¹ CS Santa Rosa Córdoba

² CS Lucano. Córdoba

Título: calidad de registro en la historia clínica de los factores de riesgo de fractura de cadera.

Objetivos: Determinar la calidad del registro de factores de riesgo de fractura de cadera en la historia clínica del individuo para una adecuada identificación y actitud diagnóstica y/o terapéutica.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: Pacientes ingresados a cargo del servicio de Traumatología del Hospital de referencia en los dos primeros meses de 2009.

Material y Método: 70 pacientes con fractura de cadera. A través de la aplicación de Diraya para Atención primaria se obtuvo la siguiente información: realización de escala Downton, realización de densitometría ósea (DXA), Índice Masa Corporal (IMC), antecedentes ingesta de alcohol y tabaco, Antecedentes personales (AP) de fractura y Antecedentes familiares (AF) de fractura de cadera.

Resultados: No datos relativos a IMC, AP de fractura, AF de fractura de cadera, realización de DXA, ni ingesta de alcohol o tabaco en ninguna de las historias clínicas analizadas. En cuanto a la valoración del riesgo de caídas, 1'53% tenía realizada escala Downton y de ellos el 100% pertenecía al grupo de ancianos considerados de alto riesgo.

Conclusiones: El registro en la historia clínica de factores de riesgo y/o escalas de fractura en los ancianos fracturados en los 2 primeros meses de 2009 es casi inexistente en nuestra provincia. Llama la atención que el grupo fracturado tenía características de riesgo y, a pesar de ello, no se había realizado un correcto abordaje. La calidad del registro es el punto de partida para realizar un correcto abordaje.

Proponemos estandarizar la recogida de datos de osteoporosis en, al menos, mujeres postmenopáusicas y las escalas de caídas y fracturas en > 65 años en nuestra población.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Existe un correcto planteamiento en la prevención de fracturas en los pacientes con fractura de cadera?

Macías Corredera M^{a1}, Lechuga Varona M^{aT1}, Cosano Cañadas JE², López Sorroche E³

¹ CS Santa Rosa. Córdoba

² CS Lucano. Córdoba

³ Cirugía ortopédica y traumatología. Hospital universitario Reina Sofía. Córdoba

Título: ¿existe un correcto planteamiento en la prevención de fracturas en los pacientes con fractura de cadera?

Objetivos: Conocer la prevalencia de fractura de cadera en nuestra provincia, identificando el perfil del paciente que se fractura y las diferentes actuaciones preventivas realizadas en términos de diagnóstico y tratamiento.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: pacientes ingresados a cargo del servicio de Traumatología del hospital de referencia.

Material y Método: 70 pacientes con fractura de cadera, mayores de 50 años, durante los 2 primeros meses de 2009.

A través de la historia de salud digital y desde los seis meses previos a la fractura, se recogió la siguiente información: realización de densitometría ósea (DXA); ingesta de calcio y vitamina D;

tratamiento antirreabsortivo, problemas activos del usuario, medicación de riesgo.

Resultados: El 16% de la muestra estaba diagnosticada de osteoporosis. 99% consumía medicación de riesgo. No hubo constancia de la realización de DXA en ninguna de las historias clínicas revisadas. 20% de los diagnosticados de osteoporosis estaba en tratamiento antirreabsortivo y de ellos el 50% tomaban suplementos adecuados de calcio y vitamina D. El 85'7% de la muestra no tomaban suplementos adecuados de calcio y vitamina D.

Conclusiones: El perfil de pacientes que se fracturaron es similar al encontrado en otros estudios. Se está infradiagnosticando e infratratando a la población susceptible de fractura de cadera en nuestra provincia a pesar de ser una población que tenemos identificada como de riesgo. Proponemos unificar criterios de actuación en al menos nuestros Centros de salud, siguiendo las directrices de PPAPS. Así, recogeremos determinados parámetros para valoración de osteoporosis para decidir la realización de densitometrías y/o tratamiento farmacológico.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Analgesia con óxido nitroso en reducción de la luxación glenohumeral

García Paine JP¹, Paz Galiana J² Hidalgo Natera AC³, Salido Mota M⁴

¹ MIR 3er año Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Hospital Carlos Haya. Málaga

² MIR 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Hospital Carlos Haya. Málaga

³ Licenciado en Medicina y Cirugía. Alergología. Málaga

⁴ Licenciado en Medicina y Cirugía. Médico de Familia. Málaga

Título: analgesia con óxido nitroso en reducción de la luxación glenohumeral.

Objetivos: Evaluar la eficacia del óxido nitroso (ON) como analgésico en la reducción de luxaciones glenohumorales.

Diseño: Descriptivo, realizado entre enero de 2009 y marzo de 2011.

Emplazamiento: Sala de traumatología de un servicio de urgencias hospitalario.

Material y Método: Pacientes con luxación glenohumeral atendidos consecutivamente. Excluimos aquellos con contraindicaciones. Recogimos edad, sexo, antecedentes, patología traumática sufrida, analgesia o sedación previa a la administración del ON, tiempo total de inhalación, medicación de rescate y eficacia en el control del dolor mediante escala analógica visual (EVA) en el inicio, a los 3 y 5 minutos y al alta. Administramos ON al 50% con oxígeno mediante mascarilla-reservorio, previa obtención del consentimiento informado. Monitorizamos nivel de consciencia, frecuencia cardíaca y pulsioximetría.

Resultados: Incluimos 30 pacientes, 17 varones, edad media 50.87 años (\pm 23.93). 12 pacientes (40%) recibieron previamente medicación sedoanalgésica, y 18 pacientes (60%) solo ON. 2 pacientes precisaron medicación de rescate. El tiempo medio de aplicación del ON fue 7.4 minutos. 2 pacientes no completaron el procedimiento por fracaso en la reducción.

El dolor descendió en aquellos que solo recibieron ON una media de 3,8 puntos (2,35-5,42; IC95%) en la EVA a los 3 minutos, 5,0 puntos (3,30-6,69; IC 95%) a los 5 minutos y de 6,0 puntos (4,54-7,45; IC 95%) desde inicio al fin del procedimiento. Tratamos los datos con el programa SPSS. Alcanzamos significación estadística ($p < 0'01$).

Conclusiones: El Óxido Nitroso serviría como analgésico en la reducción de la luxación glenohumeral, incluso como fármaco único, pero necesitaríamos una muestra mayor para afianzar nuestra conclusión.

Palabras clave: Óxido nitroso, luxación, analgesia.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Cambios en la sospecha de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes urbanos (2007-2011)

Pérez Milena A¹, Cueto Camarero M¹, Martínez Fernández M², Guzmán Ruiz M³, Estrella Santos P³, Delgado Mediano C³

¹ Médico de Familia. CS El Valle. Jaén

² Profesora de Música. Jefatura de Estudios. IES Jabalcuz. Jaén

³ MIR Medicina de Familia. CS El Valle. Jaén

Título: cambios en la sospecha de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes urbanos (2007-2011).

Objetivos: Valorar la prevalencia de sospecha de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes en dos años diferentes y su distribución según edad y sexo.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Instituto de educación secundaria obligatoria (ESO) de zona urbana.

Material y método: Se pasa una encuesta autoadministrada que recoge edad, sexo y cuestionario Eating Attitude Test de 26 ítems (EAT26) al alumnado de ESO y Bachillerato, en los años 2007 y 2011.

Resultados: Participan 716 adolescentes (52% en 2007) con un total de 98% de cuestionarios válidos. Edad media 14,5 años ($\pm 0,1$), 53% mujeres. El valor medio del EAT26 es de 8,6($\pm 0,5$) puntos.

Un 12%($\pm 1,4$) de los cuestionarios son positivos, más en 2011 (14,3% $\pm 1,1$) que en 2007 (7% $\pm 1,5$) ($p < 0,05$ test X²). La edad media de sospecha de TCA se incrementa de 2007 (13,5 años $\pm 0,2$) a 2011 (15,0 $\pm 0,2$) ($p < 0,05$ t Student): mientras que en 2007 la franja etaria con mayor prevalencia es la de 12-13 años (14%vs6%), en 2011 predomina entre 16-17 años (17%vs8%). Las mujeres doblan en porcentaje los casos de EAT26 positivos frente a los hombres (16%vs8%) ($p < 0,01$ test X²).

Conclusiones: La sospecha de TCA entre la población adolescente es similar a la población general, siendo mayor entre mujeres y experimentando incrementos en el segundo año. La presencia de EAT26 varía según la edad, pasando de ser más frecuente en las primeras etapas en 2007 a las últimas en 2011. Es preciso incorporar las vivencias y creencias de los adolescentes a los programas de educación sanitaria sobre este problema de salud.

Palabras clave: Eating disorders, adolescence, prevention.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Hábitos de sexualidad, tabaco y alcohol de los adolescentes de un instituto de enseñanza secundaria

Morán Criado M¹, Valverde Bolívar FJ²

¹ *Enfermera de Familia. CS Virgen de la Capilla, Jaén*

² *Medico de Familia. Unidad Docente MFyC, Jaén*

Título: Hábitos de sexualidad, tabaco y alcohol de los adolescentes de un instituto de enseñanza secundaria.

Objetivos: explorar los hábitos sobre tabaco, alcohol y sexualidad de los alumnos de un instituto de enseñanza secundaria (IES).

Diseño: descriptivo transversal mediante encuesta.

Emplazamiento: IES.

Material y Método: alumnos de bachillerato y enseñanza secundaria obligatoria (ESO) pertenecientes a un IES (n=158). Edad, sexo, nivel educativo. Aspectos sobre sexualidad, tabaco y alcohol.

Análisis descriptivo (media, desviación típica y frecuencias). Análisis bivariante (chi² y t student) para conocer si había diferencias por sexo y edad.

Resultados: edad media 19 años (DT1) rango 11 a 19 años, 56% mujeres, 53% bachillerato y 47% ESO.

La primera relación sexual la tienen a los 15 años (DT1), sin diferencias entre sexos. Un 8% (12/

77) nunca toma precauciones, la información sobre sexualidad la reciben de amigos (42%), padres (25%) y colegio (23 %), sin diferencias por sexo. El preservativo es el anticonceptivo más usado 95%.

Un 35% no bebe alcohol, un 63% bebe 1o2 veces/semana, comenzando a los 13 años (DT4). La probabilidad de tener relaciones es 5 veces mayor en los que beben (IC95%:2,5-12,4). Un 72% no fuma, un 14 % fuma más de 10 cigarros al día, comenzando 14 años (DT2) y por la influencia de los amigos 43%. Un 14% (23/158) han probado otras drogas (1 cocaína y 17 marihuana).

Conclusiones: El tabaco, alcohol y otras drogas están presentes en nuestros adolescentes a edades tempranas, como las relaciones sexuales. Éstas en ocasiones se realizan sin protección y aumentan con el consumo de alcohol. Los amigos/as son la principal fuente de información e influencia.

Palabras clave: adolescente, trastorno por uso de tabaco, consumo de bebidas alcoholicas, sexualidad.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Es rentable la realización sistemática de la medición del índice tobillo-brazo (ITB) en prevención primaria?

Padial Serrano M^aD, González Pastor JA, Linares de Castro P, Sanchez Gutiérrez M^aI, Cristauro Greco A, Vivar Figueroa F

Médicos de Familia. CS El Cónsul. Málaga

Título: ¿Es rentable la realización sistemática de la medición del índice tobillo-brazo (ITB) en prevención primaria?

Objetivos: Evaluar la prevalencia de ITB patológico en nuestro medio, en función del Riesgo Cardiovascular (RCV). Estudiar variables socio-demográficas y sanitarias asociadas al mismo.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro Salud Urbano, zona de expansión (15143 habitantes).

Material y Método: Individuos mayores de 40 años, con al menos un factor de riesgo cardiovascular, captados en las consultas médicas y de enfermería. Determinación de ITB y riesgo cardiovascular mediante tablas SCORE para poblaciones de bajo riesgo. Resto de variables obtenidas de historia clínica. Análisis descriptivo de los datos.

Resultados: Se estudiaron 80 individuos, edades entre 40 y 78 años. Media de 56,6 años. El

53,8% eran mujeres, 32,5% fumadores, 56,3% hipertensos y 28% padecían dislipemia. De la muestra, el 81% con sobrepeso u obesidad. El 50% obtuvo un SCORE de riesgo medio (2-4% a 10 años), el 17,5% elevado. Solo el 3,8% de la población presentaba ITB patológico, no asociado a riesgo SCORE; en todos los casos se trataba de mayores de 50 años y mujeres; dos tercios de ellos eran obesos y fumadores.

Conclusiones: La prevalencia de ITB patológico es menor que en la bibliografía consultada. La población adscrita al centro tiene una media de edad de 40 años; son en general una población joven, con escasa prevalencia de factores de RCV, lo que nos impide extrapolar nuestros resultados, aunque nos orienta hacia la baja rentabilidad diagnóstica de la prueba ITB en este medio. Por tanto, las indicaciones del ITB en nuestro entorno deben ser cuidadosamente valoradas, atendiendo a recomendaciones de otros estudios más concluyentes.

Palabras clave: Índice Tobillo-brazo, Riesgo cardiovascular, Atención Primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Nutrición enteral domiciliaria en pacientes con disfagia por enfermedad neurológica portadores de gastrostomía endoscópica percutánea

Muñoz Jiménez B, Aparicio Mora M, García Gutiérrez M^ªC, Valverde Bolívar FJ

Medicina de Familia. Jaén

Título: Nutrición enteral domiciliaria en pacientes con disfagia por enfermedad neurológica portadores de gastrostomía endoscópica percutánea.

Objetivos: Describir las características y evolución de los pacientes con nutrición enteral domiciliaria (NED) portadores de gastrostomías endoscópicas percutáneas (PEG).

Diseño: Cohorte histórica.

Emplazamiento: Una zona básica de salud y su hospital de referencia.

Material y Método: Pacientes con disfagia secundaria a patología neurológica que precisaron nutrición artificial durante al menos 2 meses mediante PEG. Se excluyeron las gastrostomías quirúrgicas y radioscópicas. El periodo de inclusión fue desde julio 2007-marzo 2011, resultando un total de 33 pacientes. Las variables recogidas a través de las historias clínicas informatizadas del hospital de referencia fueron edad, sexo, origen de la

disfagia, complicaciones del estomago y consultas por urgencias. Se realizaron controles al primer y sexto mes de evolución. Se hizo un análisis descriptivo de los datos.

Resultados: El 64% fueron mujeres, con una edad media de 79 años (DT9). El origen más frecuente de la disfagia fue en un 37% por accidente cerebral vascular (ACV), seguido en un 30% por deterioro cognitivo. Hubo 6 complicaciones del estomago al inicio, 5 al mes y 13 al sexto mes de seguimiento. Siendo las más frecuentes al inicio, las infecciones (4/6), y al sexto mes las salidas accidentales del estomago (8/13). Las visitas a urgencias fueron 8,5 y 10 veces sucesivamente.

Conclusiones: El perfil del paciente con nutrición por PEG es una mujer de edad avanzada, con disfagia por ACV. Las complicaciones del estómago y las visitas a urgencias van aumentando con la evolución del proceso.

Palabras clave: Nutrición enteral, calidad de vida, trastorno de deglución.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Intervención básica sobre alimentación básica en adolescentes

Melgares Ruiz RM¹, Rodríguez López E², Muñoz Nadales M^aM³, Fernández Ramos PP⁴, López Hernández P³, Jiménez Aguilera A⁴

¹ Médico de Familia y Comunitaria. CS de Torrox. Málaga

² Médico de Familia y Comunitaria. CS de Torre del Mar. Málaga

³ Médico de Familia y Comunitaria. CS de Nerja. Málaga

⁴ Médico de Familia y Comunitaria. CS de Vélez Málaga. Málaga

Título: Intervención básica sobre alimentación básica en adolescentes.

Objetivos: Evaluar las conductas alimenticias de los adolescentes así como sus conocimientos sobre hábitos de alimentación saludable, comparando un IES de zona rural con un IES de zona urbana.

Diseño: Estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: 2 Institutos de Educación secundaria, 1 rural y otro urbano.

Material y Método: 150 adolescentes de 2 IES. 75 pertenecientes al IES rural y 75 pertenecientes al IES urbano. Variables: Ambiente rural/urbano, nivel de conocimientos sobre alimentación saludable y sexo. Método: Cuestionario modificado de hábitos alimentarios de la población escolar 2007 de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Análisis estadístico: SPSS 7.0.

Resultados: De los adolescentes pertenecientes al medio rural el 10% presentaron un nivel de conocimientos sobre alimentación saludable ALTO, el 25% MEDIO y un 65% BAJO. De los adolescentes pertenecientes al medio urbano el 10% presentaron un nivel de conocimientos ALTO, el 30% MEDIO y el 60% BAJO. El 60% de la muestra corresponde a chicas de las cuales el 10% presentaron nivel de conocimiento ALTO, el 30% MEDIO y el 60% BAJO. El 40% de la muestra corresponde a chicos, presentando el 5% nivel de conocimientos ALTO, el 20% MEDIO y el 75% BAJO.

Conclusiones: No hemos encontrado diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable entre adolescentes del medio rural y urbano, aunque si entre ambos sexos. En general de conocimiento es bajo, por lo que debemos fomentar la información y asesoramiento sobre hábitos alimenticios saludables en nuestros adolescentes.

Palabras clave: salud, alimentación, adolescentes.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Valoración de la autoinmunidad serológica en el diagnóstico y tratamiento de la diabetes

Medina Medina O¹, Marín Parrilla V¹, Medina Corpas M^aJ², Valverde Bolívar FJ³

1 Médica de Familia. Jaén

2 Análisis Clínicos. Jaén

3 Médico de Familia. UDMFyC Jaén

Título: Valoración de la autoinmunidad serológica en el diagnóstico y tratamiento de la diabetes.

Objetivos: Principal: Determinar el porcentaje de pacientes con Diabetes Mellitus tipo Latent autoimmune diabetes of adult (LADA) en dos Centros de Salud.

-Secundarios: Conocer el perfil de los pacientes diabéticos. Determinar los factores asociados al mal control metabólico.

Diseño: Descriptivo trasversal.

Emplazamiento: dos Centros de Salud.

Material y Método: pacientes diabéticos tipo 2 en tratamiento con antiabéticos orales, diagnosticados con más de 25 años. Prevalencia 10%, error en la estimación 5% y confianza 99%. Muestreo aleatorio simple.

Variables: Edad, sexo, niveles de anticuerpos contra la glutamato descarboxilasa

(anti-GAD), niveles de anticuerpos antiinsulina (antiIA2), hemoglobina glicosilada (HbA1c), colesterol total, colesterol de baja densidad, microalbuminuria.

Método de medición: Historia digital Diraya y entrevista personal

Se realizó análisis descriptivo de los datos, análisis bivariante (Ji cuadrado y T-Student) y regresión logística multivariante para conocer las variables que influyen en el buen control de diabetes.

Resultados: muestra final 141 pacientes. 64% varones, edad media 52 años (DT6.1). Anticuerpos AntiGAD 4/141 (2,8%), Anticuerpos antiIA2 4/141 (2,8%), HbA1c 6.9 (DT1,2), colesterol total 203.1 mg/dl (DT 47.39), colesterol baja densidad 121 mg/dl (DT 43), triglicéridos 160 mg/dl (DT 72), microalbuminuria 9.9 mg/l (DT 12.8). Ninguna de las variables analizadas se asocian estadísticamente a mal control glucémico.

Conclusiones: El porcentaje de pacientes con diabetes tipo lada es del 5%.

El perfil del paciente es un varón de 52 años y buen control metabólico.

En nuestra muestra no se encontró ningún factor asociado al mal control metabólico.

Palabras clave: diabetes mellitus tipo 2, inmunidad humoral, factores de riesgo.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Valoración de la tolerancia del DIU en mujeres de un centro de salud urbano

Molina Romero C, Ortiz Leal FJ, Abab Sánchez A, Krag Jiménez M, Mayo Cabeza R, Alarcón Hidalgo M^aA

Médicos de familia. CS Fuengirola Oeste. Fuengirola (Málaga)

Título: Valoración de la tolerancia del DIU en mujeres de un centro de salud urbano.

Objetivos: Valorar la tolerancia y los efectos secundarios más frecuentes en las mujeres a las que se le coloca un DIU en consulta de planificación familiar de nuestro centro de salud.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano (zona turística y de costa).

Material y Método: Revisión de todas las historias clínicas de las mujeres a las que hemos insertado DIU.

Los datos los obtenemos de los consentimientos informados que las pacientes firman antes de la inserción del DIU. Posteriormente consultamos la tolerancia y efectos secundarios recogidos en la historia clínica de salud digital de esas pacientes.

Resultados: En el periodo registrado se colocaron 112 DIUs. La mayoría de las pacientes refieren tolerancia buena o muy buena. Los efectos secundarios más frecuentes fueron: aumento de sangrado menstrual 50(44,64%); dismenorrea 25 (22,32%); dispareunia 4 (3,57%) de las cuales en dos fue necesario la extracción; descenso de DIU 3 (2,67%); expulsión 2 (1,78%); embarazo 1 (0,89%). No hubo ningún caso de enfermedad pélvica inflamatoria.

Conclusiones: El DIU es un método anticonceptivo seguro con escasos efectos secundarios, la mayoría leves, y debe ofertarse al mayor número posible de mujeres, por lo que la inserción y revisión de este método en consultas de atención primaria mejora la accesibilidad y el seguimiento de estas pacientes.

Palabras clave: Intrauterine device, women's health, adverse effects.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Proceso asistencial diabetes. Retinografías. Valoración de asistencias

Sampedro Abascal C¹, Camacho Ibáñez JL², González Rodríguez A³, Velardo Hernández A², Cabezas Saura PB¹, De la Casa Ponce M³

1 Médico de Familia, CS Alcosa "Mercedes Navarro", Sevilla

2 CS Alcosa "Mercedes Navarro", Sevilla

3 Residente de MFyC. CS Alcosa "Mercedes Navarro", Sevilla

Título: Proceso asistencial diabetes. Retinografías. Valoración de asistencias.

Objetivos: Determinar el grado de adherencia para la realización de retinografía en los pacientes con Diabetes tipo 2.

Causas que han determinado la falta de asistencia a la realización de la retinografía programada.

Diseño: Estudio transversal descriptivo durante 6 meses de pacientes citados para realizarse una retinografía y no acudieron.

Emplazamiento: El estudio se ha realizado en un Centro de Salud Urbano.

Material y Método: 220 pacientes diagnosticados de DM2 que han sido derivados para retinografía digital y no han acudido.

Periodo evaluado: Desde Enero a Junio del 2010.

Contacto personal o por teléfono con los interesados y se constata el motivo de la no asistencia.

Variables: retinografías solicitadas, número de pruebas no realizadas y análisis de los motivos de la no asistencia al estudio.

Resultados: Se remiten a estudio 220 pacientes de los que se realiza la valoración a 189 (85,91%), no acudiendo a la cita 33 pacientes (14,86%).

Retinografías realizadas: 88,36% son normales, el 8,47% son patológicas y en un 3,17% no han podido ser valoradas.

Se valoraron las causas de la ausencia a la cita: Olvido (24,24%), enfermedad (18,18%). Existe un número apreciable de casos que no se ha podido localizar por diversos motivos.

Conclusiones: Se detecta un alto cumplimiento de los pacientes en su cita para la realización de retinografías.

Promoción de medidas recordatorias para minimizar el efecto olvido en las citas.

Insistir en el cribado ocular ajustado al Proceso Asistencial para una mejora del diagnóstico precoz de la RD.

Palabras Clave: Diabetes, Retinografías, Atención Primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Cumplen nuestros pacientes 12 horas de ayuno antes de realizarse un análisis de sangre?

Picossi García S1, Soriano Ruiz I2, Vélez Clares B3, Moreno Roman EV3, Díaz Samos RM³, Suárez Cadenas R3

¹ Médico de familia. UGC de Huétor Tájar, Granada

² Enfermera. UGC de Huétor Tájar, Granada

³ MIR 4º año MFyC. UGC de Huétor Tájar, Granada

Título: ¿Cumplen nuestros pacientes 12 horas de ayuno antes de realizarse un análisis de sangre?

Objetivos:

1. Conocer la proporción de usuarios de nuestra zona que cumplen 12 horas de ayuno antes de hacerse un análisis de sangre.
2. Conocer las variables asociadas a dicho cumplimiento.
3. Conocer si nuestros pacientes están informados de la norma de ayuno 12 horas.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Una Zona Básica de Salud Rural.

Material y Método: Se obtuvo una muestra consecutiva de 184 usuarios de 6 cupos médicos.

Se realizó un cuestionario relativo a las variables a estudiar: cumplimiento, horas de ayuno,

edad, género e indicación de ayuno por parte de los profesionales.

Resultados: Tiempo medio de ayuno: 10.94 horas. I.C al 95 % (10.73, 11.14).

Proporción de usuarios que ayunan al menos 12 horas: 14.1%. I.C. al 95% (9.1, 19,1).

El cumplimiento se asoció con la edad ($\beta=0.015$, $p=0,007$), a más edad más cumplimiento y no se asoció con el género.

Se le indicó ayuno al 34.8% de los usuarios. I.C al 95% (27.9, 41.68). Sólo a 2 usuarios de la muestra se les indicó que le ayuno debía ser de 12 horas.

Conclusiones: Solo el 14.1% de los usuarios de nuestra zona cumplen 12 horas de ayuno para realizarse análisis de sangre. El cumplimiento se asoció con la edad, y no con el género. Los usuarios no están suficientemente informados de la norma de ayunar 12 horas.

Palabras Clave: ayuno, análisis, toma de muestras.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia del consumo de ansiolíticos en población joven y factores asociados

Felipe Gutiérrez J¹, Sánchez Fernández E², Valladares Jiménez C², Jiménez Alférez M^aA², de Lara López L², Rodríguez Gómez F²

¹ MFyC. CS La Merced, Cádiz

² MFyC. Cádiz

Título: Prevalencia del consumo de ansiolíticos en población joven y factores asociados.

Objetivos: Estimar la prevalencia del consumo de ansiolíticos en la población joven, determinar la asociación de tratamiento antidepresivo y valorar la repercusión laboral.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: Pacientes de edades comprendidas entre 17 y 40 años, ambos inclusive. Revisión manual de las historias clínicas de salud. Análisis de datos mediante SPSS v.15.0.

Resultados: Se revisan 242 historias, de las cuales un 16.1% corresponden a pacientes consumidores de ansiolíticos, con mayor frecuencia mujeres, siendo en todos los casos benzodiacepina el fármaco utilizado. Se asocia tratamiento antidepresivo en el 51% de las ocasiones. El motivo de prescripción más frecuente es ansiedad. Las bajas laborales se extienden principalmente por patología osteo-muscular.

Conclusiones: La prescripción de ansiolíticos es menor a la estimada (20%) y fundamentalmente se realiza por trastorno mental, aunque la repercusión a nivel laboral se debe más frecuentemente a patología osteomuscular.

Palabras Clave: Primary Care, Ansiolitics, Mental Health.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Dónde deseo morir?

Pedrosa Arias M¹, Salcedo Castro E², Jiménez Jiménez S³, EL Moga J², Warletta I³, Rosua Amo M^aS²

¹ Médica de Familia CS La zubia, Granada

² MIR 4º año Medicina de Familia. CS La Zubia, Granada

³ MIR 2º año Medicina de familia. CS La Zubia, Granada

Título: ¿Dónde deseo morir?

Objetivos: Conocer preferencias sobre lugar fallecimiento entre usuarios de atención primaria. Explorar potencial relación con factores sociodemográficos y experiencia familiar de cáncer.

Diseño: Descriptivo.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Material y Método: 182 usuarios a demanda de consultorio rural (93) y CS barrio marginal urbano (89).

Mediciones: Encuesta personalizada (Fernández Díaz).

Análisis: univariante y bivariante.

Resultados: Mujeres 70%, edad media 49.4, sin estudios 26%, estudios superiores 12%. Tenían familiar con cáncer 62%, residían en barrio marginal urbano 51% y zona rural el 49%.

La voluntad de fallecer en domicilio la declaró el 73% de encuestados; 84% entre residentes de barrio marginal y 77% los de zona rural ($p=0,013$). La preferencia por domicilio fue significativamente ($p=0,011$) más frecuente entre quienes no habían tenido familiar con cáncer (92%) frente a los que sí (74%). No se observó preferencias difirieran por edad o sexo del encuestado, sí por nivel educativo; de modo que morir en domicilio fue opción preferente entre el 91% de los de estudios superiores, 72% de los de estudios primarios y 66% de los de sin estudios ($p=0,10$).

Conclusiones: Nuestra población prefiere pasar últimos días en domicilio sin diferencias relevante en zona rural o marginal. Merece reflexión el hecho de que la experiencia en entorno familiar de un paciente oncológico se relacione con mayor preferencia por morir en hospital.

Palabras Clave: Sedación, Cáncer, Terminal.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Derivaciones desde atención primaria a dermatología

Fidalgo Duarte I¹, Barros Rubio C², Linares Barrios M³, Casas Ciria I⁴, Rosano Duarte M⁴L⁴, Pery Bohorquez M⁴T⁴

¹ Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto-Puntales, Cádiz

² Técnico de salud del distrito Bahía de Cádiz-La Janda, Cádiz

³ Dermatología y Venereología, Cádiz

⁴ Medicina Familiar y Comunitaria Cádiz

Título: Derivaciones desde atención primaria (AP) a dermatología.

Objetivos: Conocer los motivos de consulta más frecuentes a Dermatología desde Atención Primaria (AP) y analizar la calidad de las derivaciones desde los centros de salud a Dermatología atendidas desde el 1 mayo al 31 de mayo de 2011.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Consulta de dermatología en centro periférico de especialidades.

Material y Método: Población: 432 pacientes derivados desde AP y atendidos en Dermatología durante el mes de Mayo.

Muestra: 233 pacientes (calculada para una confianza del 95%, una precisión del 5% y una prevalencia esperada del 50%) seleccionada por muestreo consecutivo en la consulta de dermatología, se excluyen las revisiones.

Variables: Presencia de descripción de las lesiones dermatológicas, emisión de juicio clínico y administración de tratamiento previo en la soli-

cidad de derivación, juicio clínico dermatológico, concordancia en diagnóstico.

Análisis de datos: Paquete estadístico SPSS V.15.

Resultados: Describen las lesiones en 38,6% (IC95%:32,1-45) frente al 61,3% (IC95%:54,9-67,8) que no. Los Médicos de AP emiten juicio clínico en el 23,1% (IC95%:17,5-28,8). Motivos de consulta más frecuentes: nevus en un 8,3% (IC95%:4-12,7), acné en un 4,4% (IC95%:1,1-7,7) y dermatitis en un 3,9% (IC95%:0,7-7,0). Tratamiento previo un 22,7% (IC95%:17,1-28,3). Diagnósticos dermatológicos más frecuentes: nevus melanocítico 6,3% (IC95%:2,9-9,8), queratosis actínica 6,3% (IC95%:2,9-9,8) y queratosis seborreica 5,9% (IC95%:2,5-9,2). Existe concordancia diagnóstica entre MAP y Dermatología en el 33,4% (IC95%:27,2-39,7)

Conclusiones: Las derivaciones desde AP presentan información incompleta. Se necesitaría mejorar la formación de los Médico de AP en cuanto a Dermatología.

Palabras Clave: Primary Health Care, Dermatology, Family Practice.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

El teléfono como herramienta para consultas no presenciales. Accesible y resolutivo

Montesinos Guerrero M^aC¹, Caurcel Gómez R¹, Castro Martínez FJ¹, González Fábrega A¹, Melguizo Jiménez M¹, Del Ojo García F²

¹ Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjáyar, Granada

² Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartuja, Granada

Título: El teléfono como herramienta para consultas no presenciales. Accesible y resolutivo.

Objetivos: Evaluar perfil de usuario, impacto y resultados del uso telefónico por parte de pacientes en consulta de Medicina de Familia (MFyC).

Diseño: Descriptivo.

Emplazamiento: Consulta de MFyC. Atención Primaria.

Material y Método:

Población: Pacientes de cupo médico que utilizan teléfono para contacto con Médico de Familia.

Metodología: Registro exhaustivo de llamadas telefónicas entrantes a consulta, sin filtros y con accesibilidad completa durante 4 meses consecutivos (2010-2011).

VARIABLES: Llamadas, pacientes (edad, sexo, condición de inmovilizados), resolución (completa, atención en Centro de Salud (CS), atención domiciliaria) y motivo de llamada (clínica, gestión

administrativa, solicitud de cita, consejo médico, resultados de pruebas).

Resultados: Se registran 155 llamadas entrantes. Corresponden a 2.2 llamadas/día para una media de 32 consultas presenciales/día. 78 pacientes (5 % del total del cupo médico), con una edad media de 50.1 años, 56 mujeres (77%) y 17 inmovilizados (22 %). Del total de llamadas 7 (4%) requirieron atención en CS, 26 (16 %) atención domiciliaria y el resto 122 (79 %) fueron resueltas telefónicamente. La distribución de motivos de llamada fue: clínica 104 (67%), gestión administrativa 29, resultados de pruebas 9, consejo 9 y solicitud de cita 4.

Conclusiones: La capacidad resolutiva del uso telefónico es elevada siempre que la accesibilidad sea elevada. Es posible gestionar gran número de consultas no presenciales a través del teléfono. El perfil del usuario que más se beneficia es el paciente inmovilizado. El apoyo al autocuidado y la responsabilización de pacientes pasa también por el uso intensivo de tecnologías que no obliquen al tradicional contacto presencial.

Palabras Clave: Telephone, Consultation, Primary health care.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Infradiagnóstico de la EPOC en atención primaria

Jiménez Aguilera A¹, Fernández Ramos PP¹, López Hernández P², Melgares Ruiz RM^{a3}, Rodríguez López E⁴, Muñoz Nadales M^aMar²

¹ Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez-Sur, Málaga

² Medicina Familiar y Comunitaria. CS Nerja, Málaga

³ Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrox, Málaga

⁴ Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torre del Mar. Málaga

Título: Infradiagnóstico de la EPOC en atención primaria.

Objetivos: Estimar el infradiagnostico de la EPOC en el Centro de Salud de Atención Primaria.

Diseño: Estudio transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: Primera visita: cuestionario del protocolo de estudio. Segunda visita: espirometría con prueba broncodilatadora.

112 pacientes seleccionados mediante muestreo aleatorio k=8, (confianza del 95%; precisión de 2%)

Criterios de inclusión: ambos sexos, 40- 69 años, inscritos en el Centro de Salud de Vélez-Sur.

Criterios de Exclusión: EPOC, Asma, no fumador, sin comorbilidades, errores en registro de Diraya, cambio de la zona básica, inmovilizados, éxitus.

Análisis descriptivo y bivalente. Variable principal: Espirometría FEV1/FCV <0,70 post-

broncodilatador. Variables independientes: edad, sexo, estado civil, IMC, nivel de estudios, residencia, hábito tabáquico, comorbilidades, tratamiento prescrito, exposición a tóxicos, síntomas de EPOC, profesión.

Resultados: Edad predominante 40-50 años (44.6%). 34.8% tiene estudios superiores. 38.4%, 35.7% fumadores y 25.9% exfumadores; 53.6% no expuesto a tóxicos; 52.7% presenta alguno de los síntomas respiratorios relacionados con EPOC. Patrones espirométricos: 27.7% normal, 6.3% patrón obstructivo, 14.3% restrictivo, 2.7% combinado, no válido 49.1%.

Conclusiones: De los 112 pacientes catalogados como sanos hemos diagnosticado como nuevos EPOC a 7 de ellos estimando así la prevalencia en 6.2% que comparada con la existente en el centro de salud Urbano (6%) no observamos diferencias en cuanto a infradiagnostico. A pesar de obtener resultados estadísticamente significativos, no son concluyentes dado el tamaño muestral reducido y el tiempo insuficiente para realizar el estudio de similares características.

Palabras Clave: Copd, Underdiagnosis, Primary Care.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Análisis de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento insulínico en pacientes diabéticos tipo 2

Muñoz Nadales M^aM¹, Melgares Ruiz RM^{a2}, Rodríguez López E³, Fernández Ramos P⁴, López Hernández P¹, Jiménez Aguilera A⁴

¹ MFyC. CS Nerja. Málaga

² MFyC. CS de Torrox. Málaga

³ MFyC. Centro de Salud Torre del Mar. Málaga

⁴ MFyC Centro de Salud de Vélez-Sur Málaga

Título: Análisis de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento insulínico en pacientes diabéticos tipo 2.

Objetivos: Analizar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento insulínico en DM tipo 2.

Diseño: observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano y Centro de Salud Rural.

Material y Método: Sujetos: 100 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 insulino dependientes incluidos en el proceso de diabetes del programa informático Diraya y que cumplan los criterios de inclusión.

Los pacientes serán seleccionados mediante muestreo aleatorio sistemático de dos centros de salud de la provincia de Málaga, uno urbano (Nerja) y otro rural (Torrox) pertenecientes al área sanitaria Axarquía.

Análisis estadístico multivariante realizado con el programa SPSS.

Resultados: Porcentaje de cumplidores según Test de Haynes-Sackett, Morisky Green y Test de batalla: 85.2%. Edad: 65 ±10 años. Sexo: 67.9% hombres. Nivel sociocultural: 86.4% bajo. Medio al que pertenecen: 61.7% urbano. Hb A1: 37% > 9. N° de envases consumidos: 48.1% de 2 a 4. Tipo de dispositivo empleado: 93.8% plumas. Años de evolución de la enfermedad: 42% entre 10 y 20. Asociación de ADOs: 87.7% sí. Relación médico paciente: 1.2% poco satisfechos. Educación diabetológica: 46.9% escasa.

Conclusiones: La adherencia a la insulina en pacientes diabéticos sigue siendo hoy uno de los puntos clave a mejorar para asegurar un buen control de dicha enfermedad. A pesar de la grave repercusión que dicha enfermedad conlleva a largo plazo, los pacientes continúan sin tener un adecuado conocimiento acerca de su enfermedad. El cumplimiento está estrictamente relacionado con un adecuado control metabólico sin embargo no hemos podido encontrar asociación estadísticamente significativa entre cumplimiento y variables biopsicosociales.

Palabras Clave: Incumplimiento, Insulina, Diabetes Mellitus.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

El efecto de fumar cigarrillos en los diabéticos tipo 2

Oliva Moreno CM^a, Téllez Joya FI, Laserna Rodríguez N, Fernández Crespo M^aT

Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Algeciras Norte. Algeciras (Cádiz)

Título: el efecto de fumar cigarrillos en los diabéticos tipo 2.

Objetivos:

- 1.-Explorar la relación entre el hábito de fumar y el filtrado glomerular.
- 2.-Pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Diseño: Estudio de cohortes, multicéntrico.

Emplazamiento: Centro urbano de salud de atención primaria.

Material y Método:

Variables:

- 1.-Personal: edad, duración de la diabetes, la hipertensión arterial, dislipidemia, retinopatía, baja e-TFG y síndrome metabólico.
- 2.-Bioquímica: Los triglicéridos, colesterol total, HDL, GHb, ACR, e-TFG, micro y macroalbuminuria. Antropometría: BMI, circunferencia de la cintura.
- 3.-Tratamiento: Solo dieta, OHA, insulina + - OHA.
- 4.-Estudiar temas: muestreo aleatorio sistemático en los diabéticos tipo 2, mayores de 18 años,

que deseen participar en el estudio y firmar el consentimiento informado.

Tamaño muestral: estimamos una menor incidencia de fumar TFG en 20,9% y 12% en no fumadores. Con un nivel de confianza de 95%, la proporción de Vírgenes / expuestos a 1 y una potencia de 90%, con corrección de Yates, necesitaremos 386 expuestos y 386 sin impresionar. Agregar una pérdida de 20%, por lo que nuestro tamaño sería 927 pacientes.

Resultados: Datos figurarán como media o mediana (rango). Se compara las diferencias de medias de variables normalmente distribuidas por una prueba de t de Student.

En un análisis de regresión logística multivariante, queríamos explorar el efecto de variables independientes (estado de fumar, síndrome metabólico, duración de enfermedad,...) en la variable dependiente binaria (presencia/ausencia de baja e-TFG) y se expresará como odds ratio (95% CI).

Para estos análisis, tenemos como variables sesgadas distribuidas (ACR y triglicéridos).

Conclusiones: La importancia del hábito de fumar en la función renal en pacientes diabéticos tipo 2.

Palabras Clave: Effect, Cigarette Smoking, Type 2 Diabetics.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Efectividad de una intervención motivacional antitabaco no farmacológica en adolescentes desde atención primaria

Pérez Milena A¹, Navarrete Guillén AB¹, Mesa Gallardo I², Martínez Pérez R³, Leal Helmling FJ⁴, Pérez Fuentes C¹

¹ Médico de Familia. CS El Valle. Jaén

² Médica de Familia. Distrito Sanitario de Huelva

³ Médica de Familia. CS Bollullos del Condado. Huelva

⁴ Médico de Familia. CS Jódar. Jaén

Título: Efectividad de una intervención motivacional antitabaco no farmacológica en adolescentes desde atención primaria.

Objetivos: Determinar la efectividad de una intervención antitabaco motivacional no farmacológica en adolescentes para conseguir el cese del consumo.

Diseño: Estudio experimental aleatorizado multicéntrico.

Emplazamiento: Cinco institutos de educación secundaria (dos urbanos y tres rurales).

Material y Método: Se realizan intervenciones individuales antitabaco en los institutos a adolescentes fumadores (<20 años) que desean dejar de fumar (exclusión: uso de fármacos antitabaco, enfermedad psiquiátrica grave, embarazo). Se incorporan elementos motivacionales en las entrevistas. En el grupo intervención hay cuatro sesiones individuales con reducción progresiva del consumo. En el grupo control hay sesión única con cese inmediato del consumo. Se recogen variables personales, sociofamiliares, consumo de tóxicos, coximetría inicial/final y consentimiento informado.

Resultados: Análisis por intención de tratar. 86 adolescentes (38 grupo intervención), 61% mujeres, edad 15,1 años [\pm EEM0,96], consumo alcohol 59% [\pm EEP8,4] y drogas 8% [\pm 4,9]. Dependencia baja a la nicotina (Fagerström 2,8 \pm 2,3) y buena motivación (Richmond 7,5 \pm 1,6). No hay diferencias en función familiar (Apgar-familiar normal 54% \pm 8,6) ni apoyo social (DUKE-UNC normal 96% \pm 4,0). La mitad de los adolescentes dejan de fumar al mes de la intervención, siendo más efectiva la intervención del grupo intervención (58% \pm 4,5) frente al grupo control (44% \pm 4,5; $p=0,099$ test X^2), aunque sólo un tercio de ambos grupos mantienen el cese del consumo a los seis meses.

Conclusiones: Una intervención motivacional antitabaco es eficaz para conseguir el cese del consumo en adolescentes fumadores, sobre todo con una reducción progresiva del consumo. Es preciso aumentar muestra y valorar la efectividad a medio-largo plazo de esta intervención.

Palabras Clave: Adolescente. Tabaco. Intervención motivacional. Intervención antitabaco.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Cooximetrías en adolescentes

García Paine JP¹, Garrido Canning C², Paz Galiana J³, Xia Ye SY⁴, Infantes Ramos R⁴, Calleja Cartón L³

¹ MIR 3er año MFyC. CS El Palo. Málaga

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

³ MIR 2º año MFyC. CS El Palo. Málaga; ⁴ Residente 4º año MFyC. CS El Palo. Málaga

Título: Cooximetrías en adolescentes.

Objetivos: Valorar la participación, el hábito tabáquico y los niveles de CO mediante cooximetría en adolescentes que participan en una actividad divulgativa.

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: 3 institutos de la zona urbana de un centro de salud.

Material y Método: Muestra no aleatoria de adolescentes que se realizan cooximetría en el Día Mundial Sin Tabaco en mesas informativas realizadas por profesionales del centro de salud en su centro educativo. Se analizan las variables edad, sexo, consumo de tabaco y en caso afirmativo número de cigarros al día que consumen y valor de la cooximetría realizada.

Resultados: Participaron 132 adolescentes alumnos de secundaria y bachillerato, edad media fue de 15.57 años + (0.178) de los cuales el 56.8% fueron hombres y el 43.2% mujeres.

El 44.7% son fumadores con un consumo medio de 8.32 cigarros al día. Nivel medio CO fue de 6.32 partes por millón (ppm) en los fumadores y de 2.15 ppm en los no fumadores siendo esta diferencia estadísticamente significativa. El 19.7 % de los adolescentes tenían CO ≥ 6 ppm (49.15 % de los fumadores y 5.4 % de los no fumadores). Un 12.12 % de adolescentes tienen valores ≥ 10 ppm, un 4.5 % con valores ≥ 15 ppm y un 2.27 % con valores ≥ 20 ppm. No existen diferencias significativas entre los valores medios de cooximetrías entre hombres (6.03 ppm) y mujeres (6.60 ppm). No existen diferencias significativas entre las cooximetrías, según las edades, entre los fumadores.

Conclusiones: Los adolescentes participan en las actividades divulgativas siendo fumadores el 44% de ellos y presentando valores significativamente mayores de CO los fumadores.

Palabras Clave: Tabaco (tobacco), Cooximetría (cooximetry), Atención Primaria (primary health care).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Manejo de insulinización en pacientes

Terriza Fernández N, Serrano Rodríguez L

MFyC. CS de Estepa. Sevilla

Título: Manejo de insulinización en pacientes.

Objetivos:

- Objetivar los beneficios que se obtienen al hacer copartícipes del manejo de tratamiento insulínico de su diabetes mellitus.
- Diseñar estrategias de soporte para un correcto manejo de la terapia insulínica.

Diseño: Estudio observacional simple realizado en consulta diaria con pacientes diabéticos que iniciaban tratamiento insulínico.

Emplazamiento: Consulta de atención primaria en CS rural.

Material y Método: Estudio observacional realizado en pacientes que iniciaban insulinización para control de patología diabética.

Mediante aleatorización simple se incluyeron a los pacientes en dos grupos, un primer grupo a

los que se proponía pauta inicial de insulina y se controlaban en consulta cada 2 semanas con perfiles glucémicos, y un segundo grupo al que se le instruía en el método de ajuste del tratamiento insulínico dependiendo de los perfiles pre y postpandriales de glucemia capilar y a los que se citaba cada 4 semanas.

Se incluyeron en el estudio 30 pacientes y se siguieron hasta optimización de tratamiento

Resultados: Se observó una disminución del tiempo para alcanzar cifras óptimas de glucemia en los pacientes incluidos en el segundo grupo sin encontrar diferencias significativas por edad, sexo ni nivel cultural.

Conclusiones: La implicación del paciente diabético en su enfermedad y tratamiento influye positivamente en la obtención de resultados beneficiosos para los pacientes independientemente de su sexo, edad o nivel socio-cultural

Palabras Clave: Diabetes- tratamiento insulínico.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Beneficios del método Pilates en el dolor de espalda

Porcuna Cazalla G

MFyC CS Huerta de la Reina. Córdoba

Título: Beneficios del método Pilates en el dolor de espalda.

Objetivos: Introducción: El método Pilates está comenzando a tomar fama mundial, entre sus múltiples beneficios se encuentra aliviar el dolor de espalda, controlar desórdenes alimenticios y los provocados por el estrés, aumentar la flexibilidad de los músculos y articulaciones, alargar y fortalecer el cuerpo, corregir la postura trabajando la coordinación, el equilibrio y la alineación, estimular el sistema circulatorio, ayudar a prevenir la osteoporosis, oxigenar la sangre, mejorar el sistema inmunitario desarrollando gran resistencia a enfermedades, dormir mejor, aumentar la fortaleza física y mental y la confianza en uno mismo...etc .Pero son todavía pocos los estudios que podemos encontrar en la literatura médica q corroboren estas afirmaciones.

Objetivos: Se intentó evaluar la contundencia en la recomendación médica de este tipo de ejercicio en concreto para el dolor de espalda. En ocasiones las recomendaciones médicas de ejercicio físico no están basadas en la evidencia científica.

Diseño: Es un estudio observacional, antes-después. Comparamos el estado basal de salud en términos de calidad de vida antes del programa y a los 3 meses de realizar ejercicios del método Pilates.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano - Pacientes que realizan actividades en el centro deportivo próximo.

Material y Método: Usamos una muestra de 40 pacientes entre 20-50 años con lumbalgia mecánica de más de 6 meses. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, profesión, nivel socio-

económico, diagnóstico de patología de raquis, situación de baja médica, medicación habitual y EVA de dolor. Se le aportará a los pacientes el cuestionario de Ronald-Morris para valoración de su discapacidad lumbar, antes y después de la realización de los ejercicios, como evaluación final añadiremos: su índice de satisfacción, saber si continuarán con los ejercicios y si han percibido mejora en su estado de ánimo.

Resultados: La proporción mujer/hombre era 80%/20%. Casi un 50 % eran amas de casa y con edad comprendida entre 40-50 años. En el 80% pertenecían a un nivel socio-económico medio y podían permitirse el coste de las clases Sólo un 40% realizaba actividad física no regularmente. La mitad de los pacientes (52%) presentaba lumbalgia como diagnóstico principal. La media del EVA al comienzo del tratamiento era del 5,7 y a los 3 meses de 4,6. La mejoría de calidad de vida de los pacientes según el cuestionario de Ronald-Morris, fue estadísticamente significativo con un valor de $p < 0,05$.

Conclusiones: Un programa de ejercicios del Método Pilates produce una mejora significativa de la discapacidad lumbar, la calidad de vida y el estado de ánimo de los pacientes tras 3 meses de entrenamiento. Dados los resultados obtenidos podríamos llegar a la siguiente conclusión: el beneficio es evidente y podemos recomendarlo a los pacientes que creamos pueda serle útil desde la consulta de atención primaria.

Aspectos éticos-legales: el consentimiento informado era criterio de inclusión.

Palabras Clave: pilates-training, back pain, low back pain.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Percepciones de los estudiantes de medicina sobre la especialidad de medicina de familia

Romero Ruperto F¹, Martínez de la Iglesia J², Vida Pérez M¹, Aguado Taberné C³, Salido Morales I⁴, Espejo Espejo J³

¹ Residente de Familia. CS Lucano. Córdoba

² Médico De Familia. CS Lucano. Córdoba

³ Médico de Familia. CS Sta. Rosa. Córdoba

⁴ Residente de Familia. CS Sta. Rosa. Córdoba

Título: Percepciones de los estudiantes de medicina sobre la especialidad de medicina de familia.

Objetivos: Conocer la opinión de estudiantes sobre la especialidad de medicina de familia (MF).

Diseño: Cumplimentación de un cuestionario.

Emplazamiento: Facultad de medicina de Andalucía.

Material y Método: Población diana: estudiantes de 1º, 3º y 5º. Se analizan los resultados de una facultad andaluza. Las respuestas se expresaron en una escala de 1 a 6 (1 el valor más negativo para la pregunta y 6 el más positivo).

Resultados: De 449 alumnos se analizan 322 encuestas (tasa de respuesta 71,7%), el 71% mujeres. La MF la consideran de un estatus social elevado con una media de 3,5, tiene una función social imprescindible (5,1) y les resulta atractiva

(3,2). A la pregunta de la necesidad de que MF sea una asignatura obligatoria la media es de 4,8. Las áreas que la MF más puede contribuir a la formación son la comunicación médico-paciente (media 5,2), la atención de problemas frecuentes (5,1) y la atención a lo largo de la vida (5,0). La satisfacción con la rotación actual en MF se sitúa en una media de 4,7. De las especialidades clínicas la MF es la tercera menos interesante para trabajar (2,9) y el grado de satisfacción sería mediocre si tuviera que ejercerla (3,6).

Conclusiones: A pesar de reconocer la necesidad de la existencia de la especialidad y que se incorpore a su formación, los estudiantes siguen teniendo poco interés por ejercer esta especialidad.

Los resultados de este trabajo forman parte de un proyecto de investigación a nivel nacional (FIS PI070975).

Palabras Clave: Medicina de Familia. Estudiantes de Medicina.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Estudio del uso de implante anticonceptivo subcutáneo dentro del programa de planificación familiar en un centro de salud

Rodríguez Navarro JL¹, García de Arboleya de la Quintana F², Alcántara Zarzuela M¹, Crelgo Alonso L¹, Martos Guardado Rocio¹, Abdel-lah M¹

¹ MFyC. CS Cartuja, Granada

² URG Hospital del Motril (Granada)

Título: Estudio del uso de implante anticonceptivo subcutáneo dentro del programa de planificación familiar en un centro de salud.

Objetivos: perfil de usuarias de Implante anticonceptivo subcutáneo (IAS) como método anticonceptivo durante 2010.

Diseño: Estudio descriptivo Transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano en una zona con necesidades de transformación social.

Material y Método: datos de todas las usuarias incluidas en Programa de Planificación Familiar (PPF) portadoras de IAS: edad, tiempo en PPF, tiempo con IAS, métodos anticonceptivos previos, nº de hijos, nº de interrupciones de embarazo (IVE) y uso de anticoncepción de urgencia (AU) previo a la inserción de IAS. Análisis mediante el test Chi-cuadrado el test exacto de Fisher test t de Student.

Resultados: 1139 mujeres incluidas en PPF 282 (24.76%) IAS, edad media de 30 (+/- 7.38) años. El tiempo medio en PPF 46.22 (+/-22.64) meses. El nº medio de visitas al PPF 4.57 (+/-2.4). El tiempo medio con IAS es de 19.20 (+/- 11,6) meses. Las mujeres entre 26-35 años son las que mantienen IAS por más tiempo (p=0.034). El número de embarazos previos es 1.91 (+/- 0.67), de IVE 1.90(+/-0.30) y de AU 1.96(+/-000.18).

Conclusiones: Las mujeres utilizan IAS de forma mayoritaria entre 25 y 35 años como método estable. Previamente han tenido 1 ó 2 hijos, han recurrido a IVE y han usado AU en 1 ó 2 ocasiones. El IAS se mantiene en el tiempo, por lo que se considera una alternativa de anticoncepción eficaz que evita embarazo no deseado, IVE y AU.

Palabras Clave: planificación familiar, implante subcutáneo, variables.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Análisis de los principales motivos de retirada anticipada del implante anticonceptivo subcutáneo

Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma-Palmilla. Málaga

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: análisis de los principales motivos de retirada anticipada del implante anticonceptivo subcutáneo.

Objetivos: Analizar la asociación existente entre la aparición de efectos secundarios de Implanon y la anticipación en su retirada.

Diseño: Estudio clínico descriptivo transversal, llevado a cabo a lo largo de 3 años (desde el 13 de Mayo de 2008 hasta el 31 de Mayo de 2011), en el que analizaremos la asociación existente entre la aparición de efectos secundarios del método anticonceptivo Implanon y su retirada precoz. Como retirada anticipada entendemos aquella que se realiza antes de los 32 meses de tratamiento.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano. Correlación con datos epidemiológicos de la zona.

Material y Método: Mujeres de 14-45 años con inserción previa del implante subdérmico desde el 13 de Mayo de 2008 hasta el 31 de Mayo de 2011.

Total: 229 mujeres.

Seguimiento durante tres años a través de visitas en consulta.

Test paramétrico utilizado: Chi-cuadrado, llevando a cabo después una regresión logística

múltiple. Nivel de significación estadística establecido: 95%.

Análisis estadístico descriptivo transversal.

Resultados: Seguimiento completo: 228 mujeres. Edad media: 26,11. Nulíparas: 7%. Tasa de continuidad: al año 83.4 %; 69.4 % a los 2 años; a los 32 meses 66.4%.

Retirada anticipada: 76%; 80.3% por efectos secundarios: irregularidad del patrón menstrual 37.7%, amenorrea 27.8%, aumento de peso 21.3% o cefalea 6.5%. Entre los otros motivos causantes de retirada precoz, el más frecuente fue el deseo de embarazo, con un 46.6%.

Conclusiones: Mantenimiento hasta final del tratamiento: 66.4 %

7 solicitan renovación de método.

Tasa de continuidad al año: 83.4 %

Retirada anticipada: 33.6 %; 80.3% por efectos secundarios; 37.7% por irregularidad del patrón menstrual.

Palabras Clave: Implanon, Side Effect, Adhesion, Contraception.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Efecto de la prescripción de sal y AINEs en pacientes con hipertensión arterial en tratamiento

Fernández Gutiérrez B¹, Díaz Montilla E², Mérida Quiñones F³, Aguilar Heredia Y³, Romero Muñoz E⁴, Moreno Moran F²

¹ Residente MFyC. CS Axarquía Oeste. Málaga

² Residente MFyC. Benamargosa. Málaga

³ Médico MFyC. Benamargosa. Málaga

⁴ Médico MFyC. Málaga

Título: Efecto de la prescripción de sal y AINEs en pacientes con hipertensión arterial en tratamiento.

Objetivos: Investigar el consumo inducido de sal y AINEs mediante prescripción facultativa en los pacientes hipertensos en tratamiento.

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud y consultorios pertenecientes a la Zona Básica Rural.

Material y Método: Selección aleatoria simple de listado de pacientes con tratamiento antihipertensivo de la base de datos de farmacia del Área.

Tamaño muestral: 187 pacientes, incluyendo las pérdidas. Tras consentimiento, se consultan las variables en Diraya. Se realiza ajustándose a la ley de protección de datos del paciente y a las normas de buena práctica clínica.

Variables estudiadas: Tensión arterial sistólica media (TASm); Medicación antihipertensiva (Diuréticos, IECAs, ARA-II, B-Bloqueantes, Cal-

cio antagonistas, Otros); Edad; Sexo; Prescripción de medicamento con sal; Prescripción de AINEs.

Resultados: Análisis mediante SPSS. De 187 pacientes, están tratados con un fármaco antihipertensivo el 40,9%, con dos 39,7%, con tres 16,7% y con cuatro 2,7%. Toman diuréticos 57,5%. El 50% son hombres, y 58,6% mayores de 70 años. La TASm es mayor de 140mmHg en 57%.

Toman medicamentos con sal 42,5% y AINEs 53,8%.

El 64,5% que toman medicación con sal y el 63,3% que toman AINEs tienen una TASm >140mmHg.

El 71,42% que están tratados con diuréticos y medicación con sal, presentan TASm >140mmHg.

Conclusiones: Debido a la prescripción tan extendida de fármacos con sal y AINEs en pacientes hipertensos, se plantea la necesidad de un mayor control desde atención primaria.

Palabras Clave: Anti-Hypertensive; Salt; Non-Steroid Antiinflammatories.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Expectativas y satisfacción de los pacientes respecto a la primera consulta psicológica en su centro de salud

Fernández Gutiérrez B¹, Vega Vega P², Muñoz Morente M², Aguilar Heredia Y³, Díaz Montilla E³, Moreno Moran F⁴

¹ Residente MFyC. CS Axarquía Oeste. Málaga

² Psicólogo. Vélez Málaga. Málaga

³ Médico MFyC. Benamargosa. Málaga

⁴ Residente MFyC. Benamargosa. Málaga

Título: expectativas y satisfacción de los pacientes respecto a la primera consulta psicológica en su centro de salud.

Objetivos: Investigar sobre la satisfacción de los pacientes que acuden a primera consulta de psicología en su centro de salud en comparación con la unidad de referencia.

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centros de Salud rurales y urbanos y Unidad de Salud Mental.

Material y Método: Se incluyen los pacientes de primera consulta de psicología en centros de atención primaria y en la Unidad de Salud Mental durante 6 meses. Se ofrece un cuestionario de satisfacción autoadministrado que recoge personal administrativo. Se ha ajustado a la ley de protección de datos. Variables estudiadas: Grado de satisfacción, edad, sexo, estado civil, situación laboral, origen de la derivación, tiempo transcurrido, necesidad de nueva consulta, recomendación a otras personas.

Resultados: Mediante SPSS obtenemos: De 147 pacientes, el ámbito es salud mental en 63,9%. 61,2% son mujeres. El estado civil es soltero en 61,2%, estudiante 40,8%, activos 27,9% y en paro 12,2%. 23,8% tomaban psicofármacos. La iniciativa es propia en 70,1% y en recomendaciones, del médico en 41,6%. Al 86,4% le gustaría que fuese en su centro de salud.

98% están contentos. 68,7% le ha ayudado mucho. 64,6% necesitan nueva cita. 95,9% lo recomendaría.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes que acuden a la unidad de Salud Mental preferirían tener la primera consulta en su centro de salud. A la vista de estos resultados, se plantea el abordaje global del paciente que requiere consulta psicológica, donde la importancia no es sólo de los profesionales, la administración y la familia, sino también, de su propio entorno.

Palabras Clave: User's Satisfaction, Psychological Procedure, Mental Health Center.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Fenómeno de bata blanca en centro de salud urbano

Jiménez Muñoz L¹, López Zurera M^aA², López Torres I³, Cea Morón E⁴

¹ MFyC. CS de Rute. Córdoba

² MFyC. Consultorio de El Rubio. Sevilla

³ ATS. DCCU CS Priego de Córdoba. Córdoba

⁴ MFyC. CS Priego de Córdoba. Córdoba

Título: Fenómeno de bata blanca en centro de salud urbano.

Objetivos: Evaluar la utilidad de la automedida de la Tensión Arterial (TA) analizando el fenómeno de bata blanca en nuestra zona.

Diseño: Estudio observacional descriptivo de corte transversal, durante 2010.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Material y Método: criterios de selección:

-Inclusión: Pacientes de 18 a 85 años, cuyas dos últimas cifras en el año 2009 sean mayor ó igual a 140/90, con ó sin tratamiento hipertensivo.

-Exclusión: Menores de 18 ó mayores de 85 años; los que rechazan la automedida y los que realicen incorrectamente el AMPA.

Tamaño muestral: 120 pacientes.

Variables:

-TSA (0) y T ASD (0): medidas de TA tomadas en consulta.

-TSA (1) y T ASD (1): primera medida TA tomada en su domicilio entre las 10:00-12:00.

-TAS (2) y T ASD (2): segunda medida entre 16:00 y las 18:00.

-TSA (3) y T ASD (3): tercera medida entre las 20:00 y las 22:00.

-MEDIA TSA: media de las 3 cifras de TSA tomadas por el paciente.

-MEDIA TAD: media de las 3 cifras TAD tomadas por el paciente.

-BATA TAS: fenómeno bata blanca según la TAS media.

-BATA TAD: fenómeno bata blanca según la TAD media.

Método: Registro en 4 ocasiones de TA con oscilómetro OMROM.

Resultados: Fenómeno de bata blanca el 52.5% frente al 47.5% que realmente sí son hipertensos.

Conclusiones: Con AMPA se detectan hipertensos de bata blanca, que sin este método, serían diagnosticados de hipertensos con las consecuencias sanitarias como económicas que ello conllevaría.

Palabras Clave: Hipertensión Arterial, Fenómeno de Bata Blanca, AMPA.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Principales motivos de consulta en la asistencia de urgencias de un centro de salud en función de la estación del año

Granados López B¹, Páez Sánchez L¹, Sánchez Fernández E², Serrano Muñoz M³, Lupiani Giménez S³

¹ MIR MFyC. CS La Merced. Cádiz.

² MFyC. Distrito Sanitario Bahía Cádiz-La Janda. Cádiz

³ MFyC. CS La Merced. Cádiz.

Título: Principales motivos de consulta en la asistencia de urgencias de un centro de salud en función de la estación del año.

Objetivos: Conocer el perfil de paciente que solicita atención de urgencias en nuestra área de salud.

Analizar los principales motivos de consulta registrados y la variabilidad entre las estaciones del año.

Diseño: Estudio transversal.

Emplazamiento: Centro de salud de una ciudad costera.

Material y Método: Población total: 1136 pacientes.

Se seleccionan aleatoriamente diez días de un mes representativo de cada estación del año y se realiza una revisión de las historias clínicas de pacientes que acuden a consulta de urgencias.

Análisis de datos: Mediante el programa SPSS v17.0.

Resultados: La clínica respiratoria (14,8%) es la más frecuente. En verano se registran mayor

número de urgencias (33,7%), consultando principalmente por molestias osteomusculares y lesiones en piel o mucosas. El invierno (27,2%) ocupa el segundo lugar, con mayor frecuencia de síntomas respiratorios. En otoño (22%) los motivos de consulta más prevalentes son osteomusculares y respiratorios. La menor demanda se da en primavera (17,1%) predominando las lesiones de piel o mucosas.

Las mujeres consultan más que los hombres (61,3% vs 38,7%), siendo el rango de edad que mayor asistencia demanda el comprendido entre 36 y 50 años. La edad media de la población es 43,7 años.

Conclusiones: El perfil demográfico de pacientes que acuden a urgencias de centro de salud es mujer de 43,7 años de edad media.

Hay mayor demanda asistencial en verano aunque la clínica respiratoria, más prevalente en invierno y otoño, encabeza los motivos de asistencia en urgencias, lo que podría deberse al aumento de población durante la estación estival.

Palabras Clave: Primary Care Emergencies, Primary Care Center, Medical Assistance.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Diferencias en la cumplimentación terapéutica entre la población española e inmigrante en infecciones agudas de vías altas

Villalba Álvarez JL¹, Domínguez Zorrero I¹, Cordero Méndez F¹, Vázquez Risquete E¹, Romo Salas M², Aragón de la Corte J¹

¹ Médico de Familia. UGC Moguer. Huelva

² MIR de Familia. CS Moguer. Huelva

Título: Diferencias en la cumplimentación terapéutica entre la población española e inmigrante en infecciones agudas de vías altas.

Objetivos: Demostrar que existe diferenciación en cuanto a la cumplimentación terapéutica entre la población española y la población inmigrante de nuestra zona y valorar si existe repercusión clínica en función del grado de cumplimiento en cada grupo.

Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: ZBS semirural con importante presencia de inmigración agrícola.

Material y Método: Se incluirá en el estudio paciente mayor de 14 años que acuda a consulta durante un periodo de 2 meses. Se realizará mediante 2 entrevistas. Las entrevistas se llevarán a cabo por el investigador principal y/o el personal formado para dicho estudio.

Resultados: 74% nativos 26% inmigrantes 59% mujeres. La población nativa es un 30% más cumplidora que la inmigrante ($p < 0.05$) (IC24-

36+-2). La cumplimentación no varía ($p > 0.05$) por la posología 12/24h sobre 8h para ambos grupos. Ni por la mayor presencia de síntomas clínicos.

Conclusiones: La población nativa es un 30% más cumplidora que la inmigrante. Aun así más de un 25% de la población española no cumple el tratamiento. La cumplimentación en función de la posología de tratamiento, no se haya diferencias estadísticas significativas, lo cual contrasta con la bibliografía consultada.

Estos datos requerirían de un nuevo estudio para demostrar si ambos grupos siempre se comportan igual o si es debido al escaso tamaño muestral. Igualmente se comprueba que la mejoría clínica no guarda relación con la correcta cumplimentación del tratamiento, lo cual lleva a plantearnos si la duración de los mismos es óptima para la curación y si sería posible acortar los mismos sin repercutir en un aumento de las resistencias bacterianas.

Palabras Clave: Cumplimentación. Inmigrante. Infección Respiratoria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Eficacia intervención multicomponente en el cumplimiento del proceso asistencial integrado diabetes mellitus

Lasterra Sanchez M^aM, Mampel Díaz JC

Medicina de Familia. UGC San Benito. Jerez de la Frontera (Cádiz)

Título: Eficacia intervención multicomponente en el cumplimiento del proceso asistencial integrado diabetes mellitus.

Objetivos:

1º-Evaluar la efectividad de una actuación multicomponente sobre los resultados obtenidos en indicadores de calidad del Proceso Asistencial Diabetes Mellitus (PAI-DM).

2º-Valorar si la Variable, estar o no el PAI-DM incluido en los objetivos clínicos de la unidad (UGC), repercute en su cumplimiento.

Diseño: Estudio seguimiento después de una intervención multicomponente de los indicadores de calidad del PAI-DM. Datos obtenidos de DIABACO.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Material y Método: Tras una encuesta en el equipo sobre déficits sentidos en el manejo del paciente diabético y análisis, se realiza una intervención a médicos y enfermeros que incluye:

-Formación en Educación para la salud individual y Grupal en diabéticos.

-Manejo de Antidiabéticos Orales e Insulinización para médicos y enfermeros.

-Talleres: Pie diabético, Doppler. Uso del Retinógrafo. Lectura de retinografías.

-Sesiones actualización Proceso asistencial, incluyendo registro en Diraya.

Resultados:

2008-Objetivo de la UGC: Tras la intervención, tuvimos incrementos HbA1c:+26,71%, HbA1c< 8%:+18,91%, Exploración Pies:+23,86%, Fondo ojo:+4,12%.

2009-No objetivo de la UGC: Decrementos HbA1c:-8,49%, HbA1c<8:-10.48%, Exploración pies:-23.35%, Fondo Ojo:-7,59%.

2010-Objetivo de la UGC: Incrementos HbA1c:+25.18%, HbA1c< 8%:+27.14%, Exploración Pies:+25.51%, Fondo ojo:+2.79%.

Conclusiones:

1.- La intervención mejoro los resultados en la consecución de objetivos asistenciales. Excepto en la Retinografía. No tenemos implantada la actividad en nuestra cartera de servicios.

2.-El no estar incluido el PAI DM en los Objetivos Clínicos de la UGC, repercute de forma negativa, en el control de nuestros pacientes, y/o en el correcto registro de los datos en Diraya.

Palabras Clave: Diabetes Objetivos Calidad.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Perfil del paciente con intento de autolisis atendidos por el dispositivo de cuidados críticos y urgencias en los años 2009-2010

Rodríguez Martínez M^aP¹, Jiménez Gutiérrez V², Marín Manta AM^{a2}, Fernández del Barrio M^aM², Cabello Orozco C³, Foncubierta Boj G³

¹ Médico de Familia. DCCU. Jerez de la Frontera (Cádiz)

² Médico de Familia. Jerez de la Frontera (Cádiz)

³ MIR MFyC. Jerez de la Frontera (Cádiz)

Título: Perfil del paciente con intento de autolisis atendidos por el dispositivo de cuidados críticos y urgencias en los años 2009-2010.

Objetivos: Analizar las posibles modificaciones del perfil de los pacientes atendidos por intento de autolisis por los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) en el medio extrahospitalario durante los años 2009 -2010.

Diseño: Estudio descriptivo del perfil de los pacientes atendidos por los DCCU por intento de autolisis.

Emplazamiento: Urgencias extrahospitalarias.

Material y Método: Selección de las historias de los pacientes que presentaron intento de autolisis durante los años 2009 y 2010 y análisis estadístico de las variables edad, sexo, agente causal, traslado y tratamiento con SPSS 17.

Resultados: El número de pacientes atendidos por intento de autolisis representaron el 1,52% del total, en ambos años. En 2009 existe un mayor porcentaje de mujeres hasta diciembre donde se invierten, existiendo diferencia estadística

significativa entre las variables año y sexo, en varones del 36,3% en 2009 al 56,4% en 2010. El 90% se trasladaron a Centros Hospitalarios. En las restantes variables se observa modificaciones en la tendencia sin significación estadística. La ingesta de fármacos supone más del 80% con predominio de benzodiazepinas. En 2009 el 62,1% de los hombres eran menores de 40 años mientras que en el 2010 tan solo el 43,4%. Por el contrario en las mujeres los porcentajes se mantienen siendo más del 55% menores de 40 años en ambos periodos.

Conclusiones: Existe un incremento significativo en el número de autolisis en varones.

Perfil predominante en 2009: mujer menor de 40 años

Perfil predominante en 2010: hombre mayor de 40 años.

El principal mecanismo de autolisis son las Benzodiazepinas.

Palabras Clave: Urgencias extrahospitalarias, epidemiología, comportamiento autolesivo.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Qué derivamos a atención especializada desde atención primaria?

Cancio González F, González Álvarez M^aT

Médicos de Familia. CS Mentidero. Cádiz

Título: ¿Qué derivamos a atención especializada desde atención primaria?

Objetivos: Análisis del patrón de derivación desde Atención Primaria a Atención Especializada.

Diseño: Estudio Descriptivo, observacional.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: Derivaciones realizadas (286) a Atención Especializada de dos cupos médicos.

Población: 2.661 habitantes (15,8% de población adscrita al Centro de Salud) evaluadas desde 1 Enero 2011 a 31 Mayo 2011.

Variables estudiadas:

-Sociodemográficas: Distribución por sexo y edad.

-Características de la solicitud: Tipo, Finalidad, Cumplimentación, grado de Congruencia.

-Especialidades y patologías más solicitadas.

Criterios de exclusión: Menores de 13 años.

-Patologías más derivadas, de forma general y por sexo.

Criterios de exclusión: Menores de 13 años.

Resultados: Tasa global de derivación: 4,5%.

Tasa de derivación atendida: 96%.

Edad media derivada: 50,9 años.

Sexo más derivado: Absoluto (Mujer: 50%). Relativo (varón: 5,2%).

Rango etario más derivado: Absoluto (61-65 años: 12%). Relativo (13-19 años: 5,1%).

Tipo de visita: 1^a Derivación: 89%.

Tipo de finalidad: Continuidad de tratamiento: 47%.

Tipo de cumplimentación: Anamnesis, Exploración y Pruebas: 42%.

Congruencia diagnóstica: 87%.

Especialidad más solicitada: Traumatología.

Patologías más derivadas: Ansiedad, Cataratas.

Patologías distintas derivadas: 153.

Conclusiones: Aplicación Diraya facilita la cumplimentación de las derivaciones. La Tasa Global de derivación concuerda con estudios de calidad. Media de edad de mujer derivada mayor que en varón: la longevidad lo justificaría. Se deriva más el sexo masculino, a personas jóvenes, a las especialidades quirúrgicas.

Patrón de derivación invariable en últimos años; concentración de derivaciones en pocas especialidades.

Ni la falta de formación ni la medicina "defensiva" influyen en la derivación.

No detecta falta de continuidad asistencial. Facilitarían planificar actividades de mejora.

Palabras clave: Demanda Derivada. Atención Primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Mejora de competencias profesionales del residente de familia en el rotatorio por el dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU)

Fernández del Barrio M^aM¹, Rodríguez Martínez M^aP², Jiménez Gutiérrez V², Marín Mantas AM^{a2}

¹ Médico de Familia. Distrito Sanitario AP Jerez Costa Noroeste. Jerez de la Frontera (Cádiz)

² Médico de Familia. Jerez de la Frontera (Cádiz)

Título: Mejora de competencias profesionales del residente de familia en el rotatorio por el dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU).

Objetivos: Incrementar las competencias del Médico Interno Residente de Familia (MIR) durante la rotación optativa por un Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU).

Diseño: Elaboración de un programa formativo integral.

Emplazamiento: Unidad Docente y DCCU.

Material y Método: Se elaboró un programa formativo incluyendo:

- Plan de acogida: Estructura funcional; objetivos; canales de comunicación y formación en Reanimación Cardiopulmonar (RCP).
- Programación consensuada con el residente.
- Sesiones clínicas tutorizadas en la Unidad.
- Sesiones clínicas en Centros de Salud sobre RCP.
- Talleres formativos de Técnicas de Soporte Vital Básico (SVB) en institutos.

Resultados:

- Centros de Salud: optimizando la atención en urgencias sanitarias y fomentando sesiones clínicas conjuntas.

• DCCU: mayor cohesión con el equipo.

• Institutos: adquirieron conocimientos adecuados en SVB.

• MIR: incrementaron conocimientos y habilidades para su labor en urgencias extrahospitalarias; optimizaron sus interacciones con el centro de salud y en promoción de salud comunitaria aumentando su satisfacción.

• Unidad Docente: inclusión del rotatorio por el DCCU como obligatorio en la formación MIR.

Conclusiones: Las competencias en urgencias extrahospitalarias y en promoción de la salud del MIR de familia se optimizan.

Es vital garantizar este logro mediante un programa formativo integral durante la rotación del MIR en el DCCU.

La implicación del MIR mejora su integración en Atención Primaria.

Participar en la educación comunitaria aumentó los conocimientos de la ciudadanía fomentando la interacción entre ambos.

La programación formativa adecuada aumentó la satisfacción del residente.

Palabras Clave: Urgencias extrahospitalarias, Docencia, Atención Primaria de Salud.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Efectividad de una intervención educativa multidisciplinar sobre la adecuación del control del INR en anticoagulados

Rodríguez Gómez F¹, de Lara Lopez L², Sánchez Fernández E², Felipe Gutiérrez J², Romero Garcia JA², Lafuente Molinero C²

¹ Médico de familia. CS La Laguna. Cádiz

² Médico de familia. Cádiz

Título: Efectividad de una intervención educativa multidisciplinar sobre la adecuación del control del INR en anticoagulados.

Objetivos: Evaluar la efectividad de una intervención multicomponente sobre la adecuación del control INR en pacientes anticoagulados.

Diseño: Estudio de intervención antes y después con grupo de control.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método: Estudio de evaluación antes-después tras intervención educativa multi-componente con grupo control, sobre una población de pacientes mayores de 14, en el período comprendido entre Mayo 2010 y Abril 2011. Una muestra de 136 pacientes, obtenida mediante muestreo aleatorio sistemático, se distribuyó en un grupo de estudio de 45 y 91 pacientes (dos controles por cada estudio), excluyéndose pacientes en controles hospitalarios o procedentes de otros centros.

Se recogieron variables: edad, sexo, lugar de control (autonomía), diagnóstico que justifica la anti

coagulación, otros diagnósticos susceptibles de anticoagulación, comorbilidad.

Para la comparación de variables independientes se realizó test de chi cuadrado (Pearson o Exacto de Fisher según distribución de la muestra) y se realizó análisis de regresión.

Resultados: En el centro de salud de La Laguna mejoran o siguen igual de adecuados el 73,3% frente al 55,3% del grupo control. En el análisis multivariante de regresión logística binaria, observamos que la probabilidad de mejoría o permanecer igual de adecuado frente a empeorar o continuar igual de inadecuado ($p=0,047$) es 2,2 veces mayor en el centro de salud La Laguna con una OR de 2,22 con un IC 95% (1,012-4,88).

Conclusiones: Este tipo de intervención puede ayudar a mejorar los controles de INR. Necesarios estudios posteriores para discriminar el peso de cada componente.

Palabras clave: Primary Care, Oral Anticoagulation, Associated Variables.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Características demográficas, sanitarias, laborales y económicas de los accidentes de tráfico

Luque Menacho L, Denche Gil P, Pedregal González M, Pardo Álvarez J

MF. Huelva

Título: Características demográficas, sanitarias, laborales y económicas de los accidentes de tráfico.

Objetivos: Conocer las características de los accidentes de tráfico: Patología, tipo de accidente, perfil demográfico y repercusión laboral y económica.

Diseño: Observacional descriptivo.

Emplazamiento: UGC urbano.

Material y Método: - 206 pacientes.

Variables: Edad, sexo, vehículo, tratamiento, tipo de lesiones, (IT) incapacidad temporal, 1º lugar de asistencia.

Análisis:

-Descriptivo: para variables cuantitativas se estimó la media y la desviación típica. Para las cualitativas, porcentajes.

-Inferencial: para comparar medias el test de la t para muestras independientes. Si las varianzas no eran iguales, el test de Welch. Y para variables cualitativas el test de la Ji Cuadrado.

Resultados: Edad media 34 años (DT 13.57).

El 53.4% de los accidentes se producen en el intervalo de edad de 22-41 años.

El 92.1% acuden al hospital para 1º asistencia sanitaria.

El 88.8 % sufrieron latigazo cervical.

El 11.7% solicitaron IT.

El parte de cobro a terceros en 2010 recaudó con respecto al año 2009 una diferencia de 33.144 euros.

Conclusiones: Mayor incidencia de accidentes en jóvenes.

- El primer lugar de asistencia el Hospital, siendo la patología más frecuente el latigazo cervical.

- La mayoría de los accidentados no requieren IT.

- La realización del parte a terceros supone una importante recaudación al SAS.

Palabras clave: Accidents, Traffic; Primary Health Care; Whiplash Injuries.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Comparativa de la frecuencia de solicitud de interrupciones voluntarias de embarazo (IVES) en el trienio anterior y posterior a la oferta de implanon® en un centro de salud urbano (CSU)

Guerrero Durán E, Domínguez Márquez AB, Martínez Chamorro AB, Villalta G, Toral J, Giménez Cid D

MFyC. CS Palma-Palmilla. Málaga

Título: Comparativa de la frecuencia de solicitud de interrupciones voluntarias de embarazo (IVES) en el trienio anterior y posterior a la oferta de implanon® en un centro de salud urbano (CSU).

Objetivos: Comparar el número de solicitud de IVEs en un CSU, antes y después de la introducción de Implanon®.

Diseño: Estudio clínico descriptivo transversal, que analiza la influencia de Implanon® en el número de solicitud de IVEs en nuestro CS.

Emplazamiento: CS Urbano.

Material y Método: 718 solicitudes de IVEs recogidas entre 5/2005 y 5/2011. Del registro de las solicitudes obtenemos una serie de datos, que presentamos como porcentajes o medias aritméticas. Para ello, realizamos un test paramétrico Chi-cuadrado, llevando a cabo después una regresión logística múltiple. El nivel de significación estadística que se establecerá para presentar los resultados será del 95%.

Resultados: Del total de solicitudes, 415 se llevaron a cabo en los 3 años previos a la oferta de Implanon® y 303 en los 3 años posteriores.

No encontramos diferencias significativas en las características de ambas poblaciones. Método anticonceptivo utilizado previo a la solicitud de IVE: 38.5% ninguno, 24.45% método de barrera y 38.5% métodos hormonales.

El principal motivo de solicitud fue económico (49.65%).

Conclusiones:

- Se ha objetivado una reducción absoluta de 112 solicitudes en el período de estudio.

- No podemos concluir que esta disminución se deba exclusivamente a la utilización de Implanon® debido a la aprobación de la libre dispensación de la píldora del día después a partir 9/2009.

-Debido a las características de nuestra población (Zona Necesitada de Transformación Social), donde los recursos económicos son limitados, siendo éste además el principal motivo de IVE, debemos estudiar cuánto ha podido influir este factor en dicho descenso.

Palabras clave: Implanon®, Voluntary Abortion, Levonorgestrel.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Influencia de la inercia terapéutica sobre el grado de control de la hipertensión arterial

Carpio Fernández J¹, Lietor Villajos N², Moraleda Barba S³, Ruiz Albacete AC⁴, Moreno Montesinos M², Fortis Ballesteros M⁵

¹ Médico de familia. SCCU. Complejo hospitalario Jaén

² Médico de familia. Jaén

³ Médico de familia. La Guardia (Jaén)

⁴ Médico de familia. La Carolina (Jaén)

⁵ MIR medicina familia. Jaén

Título: Influencia de la inercia terapéutica sobre el grado de control de la hipertensión arterial.

Objetivos: Estudiar la prevalencia y el grado de control de la población hipertensa que acude a su Centro de Salud, perteneciente a nuestra Zona Básica de Salud (ZBS) y referida al año 2008 y conocer la inercia terapéutica (IT) de los médicos de la zona estudiada junto al impacto sobre el grado de control de la hipertensión arterial (HTA).

Diseño: Cohortes retrospectivo.

Emplazamiento: Estudio multicéntrico que abarca toda nuestra ZBS.

Material y Método: Población de estudio 14081 pacientes incluidos en el programa de salud HTA de la historia digital Diraya. Muestra aleatorizada con intervalo de confianza de 95% de 334 pacientes. Se recogieron variables demográ-

ficas, registros de tensión arterial de la hoja de constantes e información sobre el tratamiento antihipertensivo de los pacientes. Se realizó análisis estadístico usando t de Student para medias y chi cuadrado.

Resultados: La muestra de 334 pacientes presenta un 61% de mujeres y 39% de hombres. Se obtiene un resultado del 71.8 % de IT sin encontrar diferencias significativas por centro y profesional. Posteriormente se estudiaron estas cifras relacionándolas con el número de antihipertensivos usados por paciente.

Conclusiones: Destaca la necesidad de captación de población hipertensa que haga disminuir la tasa de HTA oculta. Se encuentra una elevada de IT, factor determinante para el grado de control de la HTA.

Palabras clave: hipertensión arterial, inercia terapéutica.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Grado de implicación de los profesionales sanitarios de una UGC de la Sierra de Cádiz en un programa de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca en la población

Jurado Orellana JA¹, Pérez Abadía Juan², Barros Rubio, Carmen³

¹ Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zahara de la Sierra. Cádiz

² DUE. Zahara de la Sierra (Cádiz)

³ Medicina Familiar y Comunitaria. Cádiz

Título: Grado de implicación de los profesionales sanitarios de una UGC de la Sierra de Cádiz en un programa de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca en la población.

Objetivos: Conocer el grado de implicación de los profesionales para implantar un programa de Prevención Secundaria (PS) y Rehabilitación Cardiaca (RC).

Diseño: Estudio descriptivo transversal mediante cuestionario autoadministrado de elaboración propia.

Emplazamiento: Centro de Salud rural.

Material y Método: Se ha realizado un estudio Descriptivo Transversal utilizando un cuestionario de elaboración propia con 17 ítems, autoadministrado, anónimo, registrando datos demográficos y de actitud de los Profesionales Sanitarios hacia la implantación de un Programa de RC. Se han recogido 24 encuestas de 27 posibles. Se analizaron los datos con SPSS versión 15.0 para Windows y Epidat versión 3.1.

Resultados: Población joven, formación MIR un 90%, estable 58% estatutarios. Más del 67% ni han oído hablar, ni conocen los Programas de RC ni la existencia a nivel provincial de un Centro con Programas de RC, independientemente de la profesión y/o especialidad. No obstante cuando indagamos sobre la necesidad de abordarlo desde Atención Primaria, así como implantarlo en su UGC, un 75% y un 62,5% respectivamente consideran que Sí, aún sin conocer con exactitud de que trata el Programa. Apreciamos que están dispuestos a participar en un Programa innovador en Atención Primaria de manera casi incondicional encontrándonos un 25% dispuestos a participar en cualquier caso cuando nos referimos a hacerlo en jornada laboral o fuera de ella. Así como que el personal está ávido de recibir Formación en el tema.

Conclusiones: Se aprecia el interés de los profesionales en el tema, considerándose como muy apropiado este tipo de Programas en la Atención Primaria.

Palabras clave: Prevención Secundaria, Rehabilitación Cardíaca.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Adecuación de los parámetros de índice de masa corporal en la prevención secundaria de pacientes con cardiopatía isquémica

Rodríguez Jiménez B¹, Gómez de la Mata Galiana R², Retegui García de Quesada G², Domínguez Rodríguez E¹, Charneca Contioso M¹, Gómez Rodríguez P¹

¹ MIR Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios. Aljarafe (Sevilla)

² Cardiología. Hospital San Juan de Dios. Aljarafe (Sevilla)

Título: Adecuación de los parámetros de índice de masa corporal en la prevención secundaria de pacientes con cardiopatía isquémica.

Objetivos: Valorar en nuestros pacientes la correcta adecuación del índice de masa corporal (IMC) a las directrices actualmente existentes en las guías clínicas para la prevención secundaria de pacientes con cardiopatía.

Diseño: Se analizaron de forma consecutiva a todos los pacientes valorados en las consultas externas de cardiología con el diagnóstico de cardiopatía isquémica entre enero y septiembre de 2010. Se analizó el peso, talla y se calculó el índice de masa corporal (IMC).

Emplazamiento: Consultas externas de cardiología de Hospital Comarcal.

Material y Método: Análisis de peso y talla en los pacientes seleccionados para el cálculo del IMC. El análisis estadístico fue realizado con el

paquete SPSS 17.0 aplicando el método T-student para valorar las diferencias existentes en el grado de control entre sexos.

Resultados: Se analizaron 1168 pacientes (75.6% varones; edad media 65.75 años, DE 10.55). El valor medio de IMC fue 30.67 (DE 4.69). El análisis de subgrupos estableció un adecuado control sólo en el 9.8% de los pacientes (IMC 40: 3.8%). Se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre sexos, con un mejor control en varones respecto a las mujeres (30.28 versus 31.87 respectivamente, $p < 0.001$).

Conclusiones: Según el estudio realizado existe una escasa adecuación en nuestras consultas del control del índice de masa corporal a los parámetros que establecen las guías clínicas de prevención secundaria de pacientes con cardiopatía isquémica.

Palabras clave: Índice de masa corporal, cardiopatía isquémica, prevención secundaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Atención al paciente detenido

López Torres G¹, Ortiz Martín EJ², Rodríguez Delgado E³, Hernández Carmona A⁴, Osorio Martos C⁵, Guerrero Briz M⁶T⁶

¹ Médico de familia. CS Cartuja y DCCU. Granada

² Técnico en transporte sanitario. DCCU. Granada

³ Diplomada en enfermería. Hospital Santa Ana (Motril) y DCCU. Granada

⁴ Médico de familia. ZBS Peal de Becerro (Jaén)

⁵ Médico de familia. CS La Chana. Granada

⁶ Médico de familia. DCCU. Granada

Título: Atención al paciente detenido.

Objetivos: Evaluar los avisos realizados en una comisaría, por parte de un Dispositivo de Cuidados críticos y urgencias (DCCU).

Diseño: Descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: DCCU ubicado en centro de salud urbano. Avisos realizados a pacientes detenidos en comisaría.

Material y Método: Revisamos las historias de la asistencia realizada a pacientes detenidos, durante 8 meses del 2010. Tamaño muestral: 384 pacientes. Variables: edad, género, motivo de consulta, antecedentes personales (politoxicomanía, inclusión en programa de deshabituación con metadona), diagnóstico tras asistencia, tratamiento administrado y plan de actuación. Análisis mediante SPSS versión 17.0.

Resultados: Del total de pacientes 15'4% eran mujeres y 84'6% hombres. Edad media 43'4 años. Los principales motivos de consulta: ansiedad (37'2%), traumatismos (18'5%), insomnio (16'5%), solicitud de medicación y/o revisión del

tratamiento habitual (14'2%), cefalea (5'6%), algias (5%) y otros (3%) (Intoxicación etílica u otros tóxicos, dolor torácico, dolor abdominal, hipertensión). Un 43'1% reconocen algún tipo de toxicomanía y un 20'8% afirman estar dentro del programa de deshabituación con metadona. La mayoría se trataron in situ (92'3%), sólo un 7'7% se derivan al hospital. Principales diagnósticos: ansiedad (34'3%), administración de medicación (28'6%), no patología urgente o negativa a asistencia médica (21'3%), síndrome de abstinencia (6'1%), contusión (4'3%), cefalea (3%), otros (2'4%).

Conclusiones: La atención al paciente detenido supone una actividad frecuente de nuestra tarea como profesionales del DCCU. La mayoría de las patologías se resuelven in situ, tratándose de cuadros banales, en relación con problemas derivados del abandono al ser detenidos, del tratamiento que habitualmente realizan así como de la suspensión del consumo de tóxicos o del programa de deshabituación de metadona dentro del cual están incluidos.

Palabras clave: Emergency Arrested Patient Commissioner.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Uso del genograma para estudiar la estructura familiar en la población inmigrante

Rodríguez Navarro JL, del Ojo García F; García de Arboleya de la Quintana F, González Fábregas A, Montesinos Guerrero M^aC, Rodríguez Martín JM

MIR en MFyC. Granada

Título: Uso del genograma para estudiar la estructura familiar en la población inmigrante.

Objetivos: Evaluar la capacidad del genograma para identificar tipos de estructura familiar (EF).

Conocer las características de la EF de la población autóctona.

Identificar diferencias de EF entre autóctonos y inmigrantes.

Diseño: Diseño cuasiexperimental trasversal.

Emplazamiento: CS Urbano.

Material y Método: Se han realizado 164 genogramas en pacientes magrebíes y subsaharianos (autóctonos). Se hicieron 155 genogramas en autóctonos.

Dos médicos leyeron los 319 genogramas identificando la EF.

En los genogramas de ambos se estudio la estructura familiar y se comparo.

Resultados: En autóctonos, las F. nucleares son las más frecuentes (55,4 %), le siguen las personas sin familia (25 %) y los equivalentes fami-

liares (13,5 %). Las menos frecuentes son las familias monoparentales y las reconstituidas (0,64 %).

En los subtipos de F. nuclear, existe un predominio de los sin parientes próximos (93,8 %)

Al comparar la EF en autóctonos y inmigrantes, constatamos similitudes en las F nucleares (55 % autóctona, 69,5 % inmigrante), diferencias entre monoparentales (3,8 % autóctona, 12 % inmigrante) y entre reconstituidas (0,64 autóctonas y 5,48, inmigrantes), personas sin familia (25 % autóctona y 6,7 inmigrante) y equivalente familiar (13,5 % autóctona y 1,8 % inmigrante).

Conclusiones: El genograma es un instrumento útil para identificar la EF.

En autóctonos la F nuclear es la estructura más frecuente, le siguen las personas sin familia y los equivalentes familiares

Comparando la EF, destaca en los autóctonos el bajo número de monoparentales y reconstituidas y en los inmigrantes el alto porcentaje de FN con parientes próximos.

Palabras Clave: Genograma, Estructura Familiar, Inmigrantes.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

El diagnóstico en pacientes de alto riesgo de cáncer de colon

Bernal Bernal R¹, Padial Baone A², López Verde F³

¹ Médico de familia. Puerto Real (Cádiz)

² MIR medicina de familia. Puerto Real (Cádiz)

³ Médico de familia. Málaga

Título: El diagnóstico en pacientes de alto riesgo de cáncer de colon.

Objetivos: Analizar la población con riesgo elevado de padecer cáncer de colon.

Verificar si han sido sometidos a estudio colonoscópico.

Cuantificar el volumen de colonoscopias necesarias para el diagnóstico.

Diseño: Estudio transversal. Análisis descriptivo.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: Muestreo aleatorio de pacientes de 15-60 años que acuden a consultas de demanda clínica. Durante dos semanas, consecutivas y al azar, los médicos entrevistaron los pacientes contrastando la información con sus historias clínicas.

Resultados: Se estudian 229 pacientes. La edad media 42 años, desviación estándar 12. El 35% mayores de 50 años. El 40% fumaba. El 21% bebía de forma habitual. El 53% no hacía ejercicio

regularmente. El 30% presentaba un índice de masa corporal normal y el 40% sobrepeso. El 15% tenía hecha ya una colonoscopia. El 15% presentaba antecedentes familiares de cáncer de colon y el 5% tenía diagnosticada algún tipo de enfermedad intestinal (colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn). El 2% refirió antecedentes familiares de poliposis y el 9% presentaba antecedentes familiares de algún tumor relacionado con el síndrome de Lynch. Considerando la edad, el 35% precisaba colonoscopia. Si se consideran varios factores como antecedentes familiares y personales, la poliposis y el Síndrome de Lynch el 23% precisaría colonoscopia.

Conclusiones: Es necesario promocionar los factores higiénico-dietéticos para la prevención del cáncer de colon.

Habría que divulgar entre los profesionales el uso de la colonoscopia en pacientes de alto riesgo de cáncer de colon.

Habría que diseñar un estudio para calcular los recursos necesarios para atender una demanda elevada de colonoscopias.

Palabras Clave: Colon Cancer. Colonoscopy.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Tratamos de forma empírica adecuadamente las infecciones del tracto urinario (ITUS)?

Alarcón Manoja E¹, Coronilla Carbonell M²C²

1MFyC. CS de Zahara de los Atunes (Cádiz)

2MFyC. HU Puerta del Mar. Cádiz

Título: ¿Tratamos de forma empírica adecuadamente las infecciones del tracto urinario (ITUS)?

Objetivos: Conocer si realizamos un correcto tratamiento de la infección nosocomial más frecuente (infecciones de orina), y de la segunda causa de utilización de antibióticos empíricamente.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud Rural, durante el segundo semestre de 2010.

Material y Método: Hemos realizado un estudio descriptivo, en un centro de Salud Rural. De una población de 1400 habitantes, durante el segundo semestre de 2010, con los resultados obtenidos tras el análisis de un total de 89 Urocultivos, solicitados tras tratamiento empírico por síndrome miccional. Se han utilizado como criterios de inclusión el ser mayor de 65 años, y/o tener antecedente de ITUs previas.

Resultados: El 67,42% de los cultivos realizados fue negativo, el 11,2% estaban contaminados, y un 21,34% fue positivo (de los cuales el 100%

perteneían a mujeres). De los positivos, los gérmenes más frecuentes hallados fueron: E. coli en el 63,1%, Klebsiella pneumoniae en el 15,7%, Enterobacter aerogenes en el 15,7%, y Staphylococcus intermedius en el 5,3%.

En los cultivos en los que se aisló E. Coli, el 100% eran sensibles a gentamicina, el 91% eran sensibles a fosfomicina, cefuroxima, y norfloxacin, el 83,33% eran sensibles al cotrimoxazol, y el porcentaje más bajo de sensibilidad (66,66%), correspondió a la amoxicilina-clavulánico.

Conclusiones: La elección de amoxicilina-clavulánico como antimicrobiano, está sobreevaluada en el tratamiento de las infecciones del tracto urinario en nuestra población.

La prescripción correcta y el uso adecuado de antimicrobianos, representa el mejor recurso coste/efectividad en el tratamiento de las enfermedades infecciosas, ya que disminuye la morbimortalidad general.

Palabras clave: Urinary tract infections, Antibiotic, treatment.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Análisis de efectos adversos declarados en un área sanitaria

Escabias Machuca FJ, Moles González J, Jiménez López AM, Palacios Díaz JA, Ortega Casanova C

Hospital La Inmaculada. Huércal Overa (Almería)

Título: Análisis de efectos adversos declarados en un área sanitaria.

Objetivos: Un elemento primordial para elaborar estrategias adecuadas y evaluar su impacto en la seguridad es disponer de una información adecuada sobre los efectos adversos. Esto ayuda a conocer los riesgos que se afrontan, la capacidad de controlarlos, la probabilidad de que ocurran y su impacto. En base a todo esto el objetivo de nuestro estudio es analizar los eventos adversos declarados en nuestros centros.

Diseño: Se ha realizado un estudio descriptivo.

Emplazamiento: Estudio multicéntrico.

Material y Método: La población de estudio son las 143.000 personas que aparecen en BDU.

Resultados: En nuestra zona se han notificado 132 efectos adversos de los cuales un 83% han sido declarados por Atención Hospitalaria y un 17% por Atención Primaria. Los errores en la

identificación del paciente en atención hospitalaria y los acontecimientos indeseables asociados al equipamiento en Atención Primaria, son los eventos que ocurren con más frecuencia. Las áreas de mejora propuestas para disminuir estos eventos están en relación con la prescripción electrónica, petición de pruebas de forma digital y revisión de equipamientos.

Conclusiones: En nuestro Área, entre enero y junio de 2011 se han declarado 132 efectos adversos, de los cuales un 17% han sido notificados por Atención Primaria.

El error en la identificación de los pacientes y el fallo en la identificación de las pruebas diagnósticas son dos de los eventos que se notifican con más frecuencia en Atención Hospitalaria. En Atención Primaria los acontecimientos indeseables asociados al equipamiento son los responsables de la mayor parte de las declaraciones.

Palabras clave: Efectos adversos.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Abordamos correctamente la hipertensión en urgencias?

López Torres G¹, Martínez Sánchez M^aC², García Moreno S³, Ortiz Martín EJ⁴, Rodríguez Delgado E⁵, Cabrera Enríquez S⁶

¹ Médico de familia y atención comunitaria. CS Cartuja y DCCU. Granada

² Médico dispositivo cuidados críticos y urgencias (DCCU). Granada

³ Diplomada en enfermería. Hospital virgen de las nieves y DCCU. Granada

⁴ Técnico en transporte sanitario. Dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU). Granada

⁵ Diplomada en enfermería. Hospital Sta. Ana (Motril) y DCCU. Granada

⁶ Diplomada en enfermería. Dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU). Granada

Título: ¿Abordamos correctamente la hipertensión en urgencias?

Objetivos: Evaluación del manejo que se realiza de los pacientes que acuden a urgencias por cuadros de crisis hipertensivas.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: Dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU) de un centro de salud urbano.

Material y Método: Revisamos las historias clínicas de los pacientes que consultaron durante los primeros cuatro meses de 2011 por cifras tensionales elevadas. Tamaño muestral: 147 pacientes. Variables: Edad, género, motivo de consulta, diagnóstico previo de hipertensión arterial, realización de tratamiento antihipertensivo previo, pruebas complementarias en urgencias, tratamiento administrado y plan de actuación. Análisis estadístico SPSS 17.0.

Resultados: De los 147 pacientes, 61% eran mujeres y 39% hombres. Edad media 62'3 años. Principales motivos de consulta al llegar a urgencias: Cefalea (33'4%), mareo (25'7%), determinación ambulatoria de cifras tensionales elevadas

(21'3%), síncope (11%), dolor torácico (9'4%), disnea (5'2%), otros síntomas (14%). El 70'2% estaban diagnosticados previamente de hipertensión arterial. Realizan tratamiento antihipertensivo actualmente el 67'4%, el resto (32'6%) no realizan tratamiento (control previo adecuado, o abandono). Sólo en un 14'6% de casos se realiza electrocardiograma (consultaron por dolor torácico, disnea o síncope). La mayoría requieren tratamiento farmacológico (81%), administrándose vía oral o sublingual (66'7%), sólo un 33'3% vía parenteral. Un 83'6% al alta se derivan para control en Atención Primaria, sólo un 16'4% se derivan al hospital (emergencia hipertensiva, crisis hipertensiva refractaria al tratamiento, no mejoría clínica o alteración electrocardiograma).

Conclusiones: Un porcentaje importante de los casos no estaban diagnosticados previamente de hipertensión, acudiendo alarmados por cifras tensionales elevadas tomadas de forma ambulatoria. Sólo en un número minoritario de los pacientes realizamos electrocardiograma. La mayoría se resuelven in situ, derivándose al hospital los casos de emergencias hipertensivas, o crisis hipertensivas refractarias al tratamiento.

Palabras Clave: Hypertension, emergency, hypertensive crisis.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Control de diabetes mellitus. Despistaje lesión órgano diana

López Montes A¹, Padial Reyes I², Arrillaga Ocampo I², García García AL³, Paniagua A², González Reinaldo E³

¹ Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Lagunas. Mijas (Málaga)

² Medicina Familiar y Comunitaria. Mijas (Málaga)

³ MIR Medicina Familiar y Comunitaria. Mijas (Málaga)

Título: Control de diabetes mellitus. Despistaje lesión órgano diana.

Objetivos: Estudiar control, seguimiento y tratamiento pacientes incluidos dentro proceso diabetes.

Diseño: Estudio descriptivo transversal de pacientes diagnosticados e incluidos en proceso diabetes.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método: Analizamos control, seguimiento y tratamiento así como coexistencia de otros factores de riesgo. Investigamos presencia lesión de órgano diana. Calidad de registros en programa DIRAYA.

Resultados: 60 pacientes diagnosticados e incluidos en proceso diabetes; 32 (53,3%) varones y 28 (46,7%) mujeres, edad media $61,67 \pm 12$. Tiempo evolución diabetes $5,75 \pm 4$ años. Control con HbA1c < 7 50% (N: 30), 13 (21,6%) HbA1c entre 7-8 y > 8 el 18,4%. En 70% se buscó lesión ocular con retinopatía patológica en 6 pacientes (10%), nor-

mal en 58,3%; lesión a nivel renal, despistaje en 78,3%, nefropatía en 4 pacientes (6,7%), teniendo una función renal normal el 71,7% (43 pacientes); ninguno presentó lesión a nivel neuropático. Tratamiento: Antidiabéticos orales 52 pacientes (86,7%), metformina 80%; el 25 % con insulina y con dobleterapia, el 21,7%. Antiagregantes 37 (61,7%). Más del 60% estaban con antihipertensivos y/o antidislipémicos; son fumadores 10 pacientes. Registro en programa DIRAYA tan solo 27 pacientes (45%) presentaba registro de nivel de HbA1c, siendo el porcentaje muy inferior en cuanto a LOD.

Conclusiones: Destacar el adecuado control de los pacientes diabéticos con respecto a otros estudios publicados.

Resaltar la coexistencia de diabetes con otros factores de riesgo.

Necesidad de aumentar el registro en el programa informático, así como la búsqueda de factores de riesgo como la obesidad.

Palabras clave: Diabetes mellitus, glycosylated hemoglobin control, DIRAYA.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Porcentaje de trastornos mentales y tratamientos más utilizados en una residencia de ancianos

Manzano Guzmán AI¹, Jiménez Pertiñez B¹, Reche Navarro C², Ribes Bautista AI², Agredano Torquemada G², Valverde Bolívar FJ³

¹ MIR 4º año. CS San Felipe. Jaén

² Médico de Familia. CS San Felipe. Jaén

³ Médico de Familia. UDMFyC Jaén

Título: Porcentaje de trastornos mentales y tratamientos más utilizados en una residencia de ancianos.

Objetivos: Principal: Conocer el porcentaje de los trastornos mentales en una residencia de ancianos.

Secundario: Conocer los tratamientos más utilizados en los trastornos mentales en una residencia de ancianos.

Diseño: Descriptivo trasversal.

Emplazamiento: Residencia de ancianos dependiente de un centro de salud.

Material y Método: Se incluirán a todos los pacientes ingresados en una residencia de ancianos (n=129).

Variables independientes: Sexo y edad. Variables dependientes: Diagnóstico y tratamiento.

Método de medición: Historia digital Diraya.

Análisis estadístico: Se efectuó un análisis descriptivo de los datos. Para calcular la significación estadística según edad y sexo se realizó un análisis bivariante mediante la T Student para

datos independientes y la prueba de Chi-cuadrado (p 0,05).

Resultados: El 72% fueron mujeres con una edad media 83 años (DT 6,7).

El 31% de la muestra tenía demencia, depresión en un 23%, ansiedad 18% y Parkinson un 12%. Otros diagnósticos 16%.

Los tratamientos más utilizados fueron las benzodiacepinas en un 52% (lormetazepam 26%, lorazepam 14%, alprazolam 6%, bromazepam 6%).

Los antidepresivos en un 27% (escitalopram 8%, trazodona y sertralina 5%, paroxetina y citalopram 2%). Otros hipnóticos como zopiclona, zolpidem en un 9%. Otros tratamientos 12%. No hubo diferencias estadísticamente significativas por sexos ni edad.

Conclusiones: El porcentaje de enfermedades mentales en la residencia fue del 86%, siendo la demencia la enfermedad más frecuente. Los tratamientos más utilizados fueron los ansiolíticos y los antidepresivos.

Palabras clave: Atención primaria de salud, anciano, trastornos mentales.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación del riesgo cardiovascular en pacientes con trastorno mental grave en atención primaria

Olmo Navas M¹M¹, Túnez Rodríguez L², Ger Martos M², Alcaraz Sánchez C², Galdeano Rodríguez N², Dueñas Alcalá R³

¹ Médico de familia. CS Alcazaba. Almería

² DUE. Almería

³ Médico de familia. Almería

Título: Evaluación del riesgo cardiovascular en pacientes con trastorno mental grave en atención primaria.

Objetivos: Estudiar los factores de riesgo cardiovascular (RCV) en pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG).

Diseño: Estudio descriptivo transversal retrospectivo.

Emplazamiento: 2 centros de salud urbanos de una zona de transformación social.

Material y Método: Población: Pacientes con TMG en tratamiento con antipsicóticos (N=40). Variables: Edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), SCORE, tabaco, cuestionario dieta mediterránea (DM) y cuestionario internacional actividad física (IPAQ). Programa estadístico SPSS. 17. Estudio descriptivo de variables edad, sexo e IMC y su relación con cada variable de hábitos saludables (tabaco, ejercicio y dieta mediterránea). Para analizar el RCV se han aplicado tablas de frecuencias.

Resultados: 27 varones y 13 mujeres. Mejor adherencia a la DM en hombres, (76%-50%). Los hombres fuman más que las mujeres (46% -76%). El 85% de los pacientes realizan poco o ningún ejercicio físico. No existe diferencia respecto al RCV (SCORE) entre mujeres y hombres. A mayor edad mayor RCV, el 70% de pacientes >55 años presentan RCV alto.

Conclusiones:

- Gran dificultad para recoger datos del paciente con TMG.
- Estos pacientes tienen hábitos poco saludables que aumentan su RCV.
- No diferencias significativas de RCV entre hombres y mujeres.
- Es preciso diseñar programas específicos para trabajar con estos pacientes y poder educarles en hábitos de vida saludables.

Palabras clave: Mental disorder, cardiovascular risk factor, primary care.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Técnicas de inhalación en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Estudio TECEPOC

Barnestein Fonseca P¹, Porcel Martín E², Leiva Fernández J³, García Ruiz A⁴, Prados Torres D⁵, Leiva Fernández F⁵

¹ Técnico de apoyo a la investigación. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. Málaga

² Médico. Residente de Medicina de Familia. Málaga

³ Médico. Médico de Familia. Vélez Sur. Málaga

⁴ Médico. Profesor Titular UMA. Málaga

⁵ Médico. Medicina de Familia. Málaga

Título: Técnicas de inhalación en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Estudio TECEPOC.

Objetivos: Uso de dispositivos de inhalación en pacientes con EPOC. Errores más frecuentes.

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: 5 centros de salud de atención primaria.

Material y Método: Sujetos de estudio: 245 pacientes diagnosticados de EPOC, tratamiento inhalado, consentimiento informado. Variables: Uso de dispositivos de inhalación, realización técnica de inhalación correcta, errores más frecuentes. Pico de flujo inhalatorio. Edad, sexo, estado funcional (espirometría), tratamiento EPOC, patrón y severidad EPOC. EuroQL-5D. Índice de disnea basal (IDB).

Análisis estadístico: Media y mediana, frecuencias absolutas y relativas de cada categoría. Intervalos de confianza al 95%.

Resultados: El 95,9% hombres, media edad 69.39 años (IC 95%= 68.39 – 70.5 años), FEV1 53.47 (IC

95%=50.87-56.07), patrón: Mixto 67.8%. Severidad: 12.9% Leve, 42.5% Moderado y 44.6% Grave. Tratamiento: Beta2 88,3%, corticoides-inhalados 73.8, anticolinérgico 70.5%, xantinas 8.2, mucolíticos 14.8 y 2% corticoides-orales. IDB: grado 2 disnea en todas las escalas.

Técnicas de inhalación: 81.2% había recibido instrucción, enfermería del neumólogo (51.5%) y médico de familia (41.2%); consistió en una explicación sin dispositivo (63.6%). 68.2% usa Handihaler, 51.8% Turbuhaler, 31% Accuhaler y 24.5% Cartucho presurizado. El 87.3% no realizó una técnica correcta: 87.4% con Handihaler, 89% con Turbuhaler, 80.3% con Accuhaler y 93 % con Cartucho presurizado. Errores más frecuentes en Handihaler, Accuhaler y Turbuhaler son expulsar aire antes de la inhalación y aguantar la respiración tras ésta. En Cartucho los dos anteriores y empezar a inspirar lentamente antes de disparar.

Conclusiones: Un alto porcentaje de la población con EPOC utiliza de manera incorrecta los dispositivos de inhalación.

Palabras clave: EPOC, técnicas de Inhalación.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Cumplimiento de criterios de prescripción antibiótica en otitis media aguda no complicada

Díaz Aguilar CM^{a1}, Cano Yuste AM^{a1}, Puertas Puertas C², del Campo Molina E¹

¹ Médico de Familia. Hospital de Montilla, Córdoba

² Médico de Familia. CS Fuensanta, Córdoba

Título: cumplimiento de criterios de prescripción antibiótica en otitis media aguda no complicada.

Objetivos:

-Describir incidencia de otitis media aguda (OMA).

-Evaluar su correcta indicación y prescripción de antibioterapia.

Diseño: Analizamos la correcta indicación y prescripción antibiótica según el Proceso Asistencial OMA 2003.

Emplazamiento: Servicio de urgencias hospital comarcal.

Material y Método: Estudio descriptivo con 70 pacientes diagnosticados de OMA entre Enero-Febrero 2011. Las variables: edad (<2 años, 2-14 años y >14 años), duración de síntomas o signos de OMA (<48 horas ó >48 horas), instauración de antibioterapia y antibiótico prescrito. Se ex-

cluyeron pacientes con OMA complicada. Se realiza la recopilación de pacientes a través del portal clínico y el buscador Bumuhé.

Resultados: Todos los pacientes han sido tratados con antibiótico. De los 18 niños < 2años, el 100% con correcta indicación; de los 28 niños entre 2-14 años, el 57.2% cumplían criterios y de los 24 pacientes >14 años, sólo el 45.5% eran subsidiarios de antibioterapia. En un 50% ha sido usada amoxicilina clavulánico, en un 14.7% amoxicilina, en el 11.8. % cefixima, en el 11.8% cefuroxima y en el 11.7% ciprofloxacino.

Conclusiones: El uso de antibióticos es excesivo, distanciándonos de los criterios descritos en el Proceso Asistencial de OMA y en el Consenso Nacional. No empleamos el antibiótico recomendado como 1ª elección, la amoxicilina, por su baja tasa de resistencias frente a los patógenos más frecuentes como son *S. pneumoniae* y *H. influenzae*.

Palabras clave: otitis media, antibioterapia, resistencia.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Abordaje de la disfunción eréctil en atención primaria, ¿dónde está?

Raya Berral L¹, Morales García A¹, Molina Díaz R², Reyes-García Bermúdez EM^{a1}, Rodríguez Fajardo A¹, García de Arboleya de la Quintana F³

¹ MIR Medicina de Familia. CS Zaidín Sur. Granada

² Médico de Familia. Cs Zaidín Sur. Granada

³ MIR Medicina de Familia. CS Almanjáyar. Granada

Título: Abordaje de la disfunción eréctil en atención primaria, ¿dónde está?

Objetivos: Evaluar prevalencia, diagnóstico y registro de equivalencias diagnósticas a Disfunción Eréctil (DE) en Atención Primaria (AP).

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: Se buscaron en las Historias Clínicas de la población masculina de 13014 mayores de 16 años de nuestra ZBS, los diagnósticos equivalentes a DE como trastorno psicosexual, excitación sexual inhibida, disfunción psicosexual, impotencia y fracaso en la respuesta genital.

La búsqueda se realizó en Diraya por códigos CIE9 y por motivo de consulta. El estudio es punto de partida para otro multicéntrico que abordará asociación de DE, Disfunción Endotelial y Riesgo Vascular.

Resultados: En la búsqueda se detectaron 73 diagnósticos equivalentes a DE: Trastorno Psicosexual 10, Excitación Sexual Inhibida 40, Dis-

función Psicosexual 11, Impotencia 11 y Fracaso en la Respuesta Genital 1.

Estos datos suponen una prevalencia diagnóstica de 0,56%, alejada de la establecida en las guías actuales: 5-20% en "Guidelines on Male Sexual Dysfunction" de 2010 y 39% en varones entre 18 y 75 años en "British Society for Sexual Medicine Guidelines on the Management of Erectile Dysfunction", 2010.

Conclusiones: A pesar de que la Salud Sexual es un importante indicador de calidad de vida, los equivalentes a DE están claramente infradiagnosticados en AP.

La CIE 9 no refleja el término "disfunción eréctil"

Es complicada la homogenización de códigos debido al cruce de términos diagnósticos asociados

Consideramos necesario promocionar el estudio, diagnóstico y registro de patologías relacionadas con salud sexual en AP.

Palabras clave: Erectile Dysfunction, Endotelial Dysfunction, Sexual disease.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Desarrollo de un plan formativo para implantar el programa "consejo dietético en atención primaria" en un distrito sanitario

Rodríguez Martínez M^aP¹, Raposo Flórez C², Fernández del Barrio M^aM³, Ruiz Fernández M⁴, Jiménez Gutiérrez V³

¹ Médico de Familia. DCCU. Jerez de la Frontera (Cádiz)

² Enfermera. EBAP. Jerez de la Frontera (Cádiz)

³ Médico de Familia. Jerez de la Frontera (Cádiz)

⁴ Socióloga. Técnico de Salud. Jerez de la Frontera (Cádiz)

Título: Desarrollo de un plan formativo para implantar el programa "consejo dietético en atención primaria" en un distrito sanitario.

Objetivos: Desarrollar una estrategia formativa para implantar el Programa Consejo Dietético (CD) de la Consejería de Salud en las Unidades de Gestión Clínica (UGC) de un Distrito Sanitario.

Diseño: Se establecen tres unidades formativas acreditadas por la Agencia de Calidad Sanitaria que garantizan la formación de los profesionales sanitarios que tienen como objetivo de su Acuerdo de Gestión el CD.

Emplazamiento: Se desarrolla en todas las UGC que conforman el Distrito.

Material y Método: Se establecieron tres unidades formativas acreditadas, impartidas por formadores de la Red de CD. La primera "CD en Atención Primaria" destinada a Directores y Coordinadores de Cuidados, se impartió de for-

ma centralizada en la unidad de formación del Distrito; La segunda "CD Intensivo" destinada a todos los profesionales sanitarios de las UGC desarrollada de forma descentralizada en cada una de las UGC; La tercera "CD Intensivo grupal" donde se formaron los referentes de cada UGC, responsables de la actividad grupal y posterior seguimiento, impartida esta última de forma centralizada en el Distrito.

Resultados: El diseño de la formación ha permitido en el 2010 implantar el CD intensivo en el 80% de las UGC durante un mínimo de 6 meses, y completar la formación del 20% de las restantes en el 2011.

Conclusiones: La estrategia diseñada para implantar el CD en Atención primaria ha superado las expectativas iniciales consiguiendo que a fecha actual se realice la actividad en el 100% de las UGC.

Palabras Clave: Docencia, Dietética, Promoción de Salud.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Importancia de la planificación familiar en un centro de salud

García Parra M¹, Lloris Moraleja M³C¹, Moreno López C¹, Castillo Martínez M³D¹, Gómez Ortega GJ², Rovira JA²

¹ Unidad Docente MFyC. Distrito Almería

² CS Nueva Andalucía Distrito Almería

Título: Importancia de la planificación familiar en un centro de salud.

Objetivos: Describir el perfil reproductivo de las mujeres que solicitan la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Conocer el tipo de método anticonceptivo (MA) previo y posterior al aborto.

Diseño: Descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método: Población de estudio: Todas las mujeres pertenecientes a un Distrito Sanitario (DS) nacional.

Criterios de selección: 370 mujeres de un DS eligiendo aleatoriamente 3 de cada 5 de las que acudían a Planificación Familiar (PF) post IVE de un Centro de Salud entre 2007 y 2010, excluyendo mujeres con informes incompletos.

Variables: Edad, número de hijos, número de abortos previos, MA utilizados pre y post IVE.

Análisis estadístico: Los datos recogidos se introdujeron en una base de datos ACCESS y fueron tratados a través de hoja de cálculo EXCEL 2007.

Resultados: Edad media de las solicitantes es 25.96 años, el 4.1% eran >40 años y el 12.08% <18 años. Con una media de 1.5 hijos, teniendo el 36.54% más de un hijo. Sin IVE anteriores el 59,23%, con un IVE previo el 33,88% y con dos o más IVE el 9.09%. Las mujeres que utilizaban MA previo al IVE fueron un 33,5%, las que no utilizaban ningún MA el 66.95%. Tras consulta de PF el 97.28% salieron con un MA elegido de forma personal.

Conclusiones: El perfil de las solicitantes es una mujer entre 20-30 años con más de un hijo y un aborto previo. La mayoría no utilizaban MA previo al embarazo, eligiendo las mujeres casi en su totalidad un MA seguro tras la consulta post-IVE.

Palabras clave: Anticoncepción, planificación, aborto.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Cobertura de la vacunación contra el HPV y relación con factores sociales

Morales Prieto C¹, Martos Bares I¹, Juárez Jiménez M^aV¹, Simao Aiex L¹, Endrino Serrano M^aE², Pérez Milena A³

¹ MIR Medicina de Familia. CS El Valle. Jaén

² Enfermera de Familia. CS El Valle. Jaén

³ Médico de Familia. CS El Valle. Jaén

Título: Cobertura de la vacunación contra el HPV y relación con factores sociales.

Objetivos: Estimar la cobertura de la vacuna contra el virus del papiloma humano y valorar las diferencias existentes con la población que vive en zonas necesitadas de transformación social (ZNTS).

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Zona de salud urbana, con un 60% de ZNTS.

Material y Método: Acceso a los programas de vacunación a través de las historias clínicas y recogida del número de dosis de vacunación, la fecha de vacunación y el domicilio de residencia para conocer si se encuentra en ZNTS.

Resultados: 246 niñas nacidas en 1994 (97), 1995 (80) y 1996 (89). Iniciaron la vacunación un 54%,

2^a dosis un 52% y completaron la vacunación un 31% ($p < 0,05$ Chi-cuadrado). En la ZNTS la cobertura vacunal es inferior un 21% en la 1^a dosis, un 22% en la 2^a y un 25% en la 3^a ($p < 0,05$ Chi-cuadrado). Por años, la vacunación se distribuye de la siguiente forma: En 1994 inician un 70% y completan un 41%, en 1995 inician un 41% y terminan un 36% y en 1996 empiezan un 34% y finalizan un 9% ($p < 0,05$ Chi-cuadrado). Estas diferencias también se encuentran comparando años y ZNTS, con una disminución progresiva a lo largo del tiempo del inicio de la vacunación y de la administración de las tres dosis completas.

Conclusiones: Existen importantes diferencias en la cobertura de la vacunación contra el HPV en ZNTS. La población vacunada ha disminuido también de forma constante desde el primer año de inicio de la vacunación.

Palabras clave: Cobertura, vacunación, papiloma virus, riesgo social.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Auditoria del registro de antecedentes personales en la historia clínica digital DIRAYA

Montijano Carpio MA¹, Ramírez Picó A¹, Ruiz Ortega P², Morales Prieto C¹, Delgado Mediano CM¹, Extremera García E¹

¹ MIR Medicina de Familia. CS El Valle. Jaén

² Médico de Familia. CS El Valle. Jaén

Título: Auditoria del registro de antecedentes personales en la historia clínica digital DIRAYA.

Objetivos: Valorar la calidad del registro en la historia digital de salud de antecedentes, alergias y hábitos de vida.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: Auditoría de historias clínicas recogiendo el adecuado registro de la hoja de problemas, alergias medicamentosas, ejercicio físico, dieta y consumo de tabaco, alcohol y drogas. Se realiza un muestreo aleatorio simple incluyendo al menos 30 pacientes por médico.

Resultados: Se auditan 12 médicos y 315 pacientes (39,2 años \pm EEM 1,3 y 52% son hombres). El 70% de las hojas de problemas están correctamente registrados. Se ha realizado un 69% de registros de alergias medicamentosas, un 17% de tipo

de dieta, un 18% de la actividad física, un 33% del consumo de tabaco, 23% alcohol y 15% drogas. Las mujeres tienen un mejor registro en Alergias (77% y 59%, $p < 0.001$ Chi-cuadrado) y consumo de drogas (19% y 8%, $p < 0.001$ Chi-cuadrado) y posiblemente en dieta (19% y 11%, $p < 0.06$ Chi-cuadrado), ejercicio (19% y 12%, $p < 0.06$ Chi-cuadrado) y consumo de tabaco (33% y 24%, $p < 0.10$ Chi-cuadrado). En pediatría sólo hay registro de hojas de problemas y alergias medicamentosas. La calidad de los registros varía en función de los médicos de familia ($p < 0.05$ Chi-cuadrado), no existiendo registro en algunos cupos de consumo de drogas, dieta y ejercicio.

Conclusiones: La calidad del registro en antecedentes/alergias es aceptable mientras que el resto son mejorables. Es mejor en mujeres posiblemente debido a mayor frecuentación. Hay que mejorar y homogeneizar la calidad del registro.

Palabras clave: Quality control, medical audit, medical records.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Calidad de registro en la historia clínica informatizada de atención primaria

Rodríguez Fajardo AM¹, de los Reyes-García Bermúdez EM¹, Raya Berral L¹, Gastón Morata JL², Thomas Carazo M^aE², Molina Díaz R²

¹ MIR 4º año MFyC. CS Zaidín Sur. Granada

² FEA MFyC. CS Zaidín Sur. Granada

Título: Calidad de registro en la historia clínica informatizada de atención primaria.

Objetivos: Evaluar calidad del registro en la Historia Clínica informatizada (HCI).

Diseño: Auditoría interna.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Material y Método: Población: 300 HCI de 20 cupos médicos por muestreo sistemático (confianza 95%, precisión 6%, porcentaje esperado 50%) de los citados en la semana del muestreo; excluyéndose cuando no acudieron, primer contacto con su médico o consultas administrativas en el último semestre.

Mediciones: Conjunto mínimo de datos clínicos (CMDC) en hojas de seguimiento (HS); codificación diagnóstica CIE-9; actualización de hoja de problemas (HP); registro de alergias (RA); hoja de enfermería (HE).

Análisis: Calidad y priorización de mejoras estimadas mediante porcentaje de cumplimientos y diagrama de Pareto.

Resultados: El promedio semestral de HS por HCI fue 2,76 (829 HS). El CMDC estaba completo en el 6% (motivo de consulta, anamnesis, exploración, juicio clínico y plan de actuación), incrementándose al 32% excluyendo plan de actuación. La codificación CIE-9 fue del 72,7% y HP actualizada en 16,7% HC (diagnósticos aceptados e inclusión de nuevos) 179 nuevos diagnósticos en 2279 HS (52% incluidos). Alergias registradas en 77% (un tercio por principio activo). Sólo el 13% de HE tiene registro óptimo.

El 60% de defectos de calidad lo computa: Actualización de HP y HE.

Conclusiones: La calidad del registro es aceptable en codificación diagnóstica y registro de alergias y deficitaria en HP y CMDC, a pesar de la alta cumplimentación (>95%) de motivo de consulta y juicio clínico, campos obligatorios del sistema informático, subrayando la relevancia del diseño del sistema en la práctica profesional.

Palabras clave: Medical audit, medical records, primary health care.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Práctica de consejo dietético y creencias del profesional sobre oportunidad en atención primaria

Jiménez Lorente CP¹, Ventura Ventura M^aM², Contreras Ruiz I¹, Jiménez Pérez-Higueras M^a², de la Torre Marín A², Fernández Fernández C³

¹ Médico de familia. CS Saidín Sur. UD MFyC. Granada

² MIR MFyC.da. UD MFyC. Granada

³ Enfermera de cuidados. CS Zaidín Sur. Granada

Título: Práctica de consejo dietético y creencias del profesional sobre oportunidad en atención primaria.

Objetivos: Conocer la práctica del consejo dietético (CD) y creencias del profesional sobre su oportunidad en atención primaria (AP).

Diseño: Descriptivo.

Emplazamiento: Atención Primaria. Multicéntrico (3 Centros salud (CS) y 1 Unidad Docente de MFyC).

Material y Método: 105 profesionales. Nc 95% precisión 9% % esperado 50%.

Encuesta anónima respecto al CD: (1) práctica declarada, (2) creencias, (3) conocimientos y habilidades.

Análisis: Univariante y bivariante.

Resultados: 31,5% varones; edad media 44,1 años (EE: 1,17). El 96% cree que se debe realizar CD en AP; pero no lo realiza el 55% en población sana y el 9-14% en la de riesgo cardiovascu-

lar. El tipo de CD más frecuente (66%) es breve; sólo el 4% grupal y 33% sin normas. Solo el 50% aconseja sobre frutas y verduras. Las barreras para darlo fueron: Carga laboral (86.2%), falta de consenso (64%), desconocimiento (54%) y no utilidad (33%); el 73% opina que interesa poco a organismos de gestión. Ofrecer CD a diabéticos fue más frecuente en mujeres vs varones (90% vs 83% p=0,08), en CS docentes vs no docentes (67% vs 42% p=0,07) y según creencias del profesional (p<0.05). Dar recomendaciones adecuadas fue más frecuente (p=0,01) en mujeres (79%) vs varones (56%).

Conclusiones: Mayoritariamente los profesionales creen oportuno el CD en AP y declaran realizarlo en población con riesgo cardiovascular; aunque sólo la mitad lo practica en población sana. Las limitaciones para dar CD fueron: Carga laboral, falta de consenso y poco interés institucional. De forma preliminar, la docencia postgrado del CS parece relacionarse con la práctica de consejo; y el género del profesional con la calidad del consejo.

Palabras clave: Dietary advice, attitudes, beliefs, feasibility.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Práctica de consejo sobre ejercicio físico y creencias del profesional sobre oportunidad en atención primaria

Jiménez Lorente CP¹, Jiménez Pérez-Higueras M², Contreras Ruiz I¹, Casas Reyes P², Ventura Ventura M³M², Tomeno Estévez I³

¹ Médico de familia. CS Zaidín Sur. UD MFyC. Granada

² MIR MFyC. UD MFyC. Granada

³ Enfermera de cuidados. CS Zaidín Sur. Granada

Título: Práctica de consejo sobre ejercicio físico y creencias del profesional sobre oportunidad en atención primaria.

Objetivos: Conocer la práctica declarada por los profesionales sobre consejo de ejercicio físico (CEF), grado de preparación y creencias sobre su factibilidad en atención primaria (AP).

Diseño: Descriptivo.

Emplazamiento: Atención Primaria. Multicéntrico (3 Centros de Salud (CS) y 1 Unidad Docente de MFyC).

Material y Método: 105 profesionales. NC 95% precisión 9% % esperado 50%.

Encuesta anónima que explora respecto al CEF: (1) práctica declarada, (2) creencias, (3) conocimientos y habilidades.

Análisis: Univariante y bivariante.

Resultados: Varones 31,5% y edad media 44,1 años (EE: 1,17). El 88% cree que se debe realizar CEF en AP, sin diferencias por sexo ni edad. La modalidad de formación ha sido autodidacta para el 46%.

No realiza CEF el 56% de profesionales en población sana y el 16-22% en la de riesgo cardiovascular.

Las barreras para el CEF fueron: Carga de trabajo 85.8% y falta de preparación 83.3%; de hecho sólo el 24% dio recomendaciones adecuadas. Creen que a nivel institucional interesa poco la promoción de salud el 78%, que hay falta de consenso el 68.4% y dudas sobre su utilidad el 41.2%. Los profesionales que declaran escaso conocimiento ofrecen menos consejo a sus pacientes (p<5%).

Conclusiones: Los profesionales creen oportuno el CEF en cartera de servicios de AP y es frecuentemente realizado en población con riesgo cardiovascular; aunque su calidad es mayoritariamente inadecuada.

Las limitaciones más compartidas para CEF fueron: Carga laboral, falta de preparación y consenso, poco interés institucional y dudas en utilidad. Preliminarmente el grado de preparación percibida se relaciona con la práctica de consejo.

Palabras clave: Advice on exercise, attitudes, beliefs, feasibility.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación de las medidas de atención diferenciada a portadoras de la tarjeta + cuidado

Gutiérrez Sequera JL¹, Poyato Luque I², Paniagua Urbano D³, Cosano Santiago JM³

¹ Córdoba

² Enfermera

³ Médico de Familia

Título: Evaluación de las medidas de atención diferenciada a portadoras de la tarjeta + cuidado.

Objetivos:

- Evaluar el proyecto desde la perspectiva del ciudadano.

- Detectar oportunidades de mejora en la implantación del proyecto.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Distrito Rural de Atención Primaria.

Material y Método: Estudio descriptivo en el que pretendemos medir la frecuencia de aparición de circuitos asistenciales diferenciados. Se utilizó entrevista telefónica a 35 pacientes incluidas

en el proyecto en el último año, 35 cuidadoras, de un total de 338. Posteriormente se extrajeron las frecuencias de cada respuesta, a fin de comprobar si las acciones contempladas en el Plan diseñado al efecto se estaban poniendo en marcha en los diferentes centros.

Resultados: Se hallaron frecuencias de implantación superiores al 70% en las medidas contenidas en el protocolo, excepto en la comunicación de resultados de laboratorio por teléfono, con un 5.9%. En cuanto a las medidas que corresponden al ámbito hospitalario, se identifican importantes oportunidades de mejora.

Conclusiones: Podemos considerar que la atención a las personas portadoras de la tarjeta+cuidado se realiza de forma diferenciada.

Palabras clave: Cuidadoras, accesibilidad, tarjeta+cuidado.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Semana sin humo en un centro de salud

Ortega Moreno M^ªI, Herrera Moreno C, Xia Ye SY, Paz Galiana J, Ruiz Álvarez C, Calleja Cartón L

MIR 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 11^a Semana sin humo en un centro de salud y centros educativos.

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano y dos consultorios rurales.

Material y Método:

Actividades: Concurso de dibujo. Mesas con realización de cooximetría en un Instituto de Enseñanza Secundaria de la zona y en el centro de salud. Contacto con profesorado/orientadores. Exposición de dibujos. Actividades educativas de médicos de familia con escolares en las aulas.

Resultados: 151 dibujos (71 de niños (47,1%) y 80 de niñas (52,9%)). Por niveles la distribución es la siguiente; 91 alumnos de primaria (60,26%) y 60 de la ESO (39,74%).

Participantes en la mesa del centro de salud: 19, edad media de 47.5 años (57,89% hombres y 42,11 % mujeres). El 78,94% son fumadores con un nivel medio CO de 15,3 partes por millón (ppm) y el 80 % >6ppm.

Conclusiones: La participación en la 11^a semana sin humo fue alta. La participación de alumnos de primaria fue mayor que de la ESO. En el centro de salud hubo mayor porcentaje de fumadores (78,94%) que en los institutos (44,7%); y con mayor nivel medio de CO (15,3ppm), frente a 6,32ppm en los adolescentes.

Palabras clave: Tabaco, cooximetría, atención primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Presencia de enfermedad y factores de riesgo cardiovascular en pacientes pluripatológicos

Porriúa Del Saz A¹, Bohórquez Colombo P², García Lozano M³J², Ruiz Ruiz R³, Cuberos Sánchez AC⁴, Ortiz Camúñez M³A²

¹ MIR MFyC. UGC La Candelaria. Sevilla

² Médico de familiar y comunitaria. UGC Camas. (Sevilla)

³ Médico de familiar y comunitaria. UGC La Candelaria. Sevilla

⁴ Enfermera. Unidad de investigación DSAP Aljarafe. Sevilla

Título: Presencia de enfermedad y factores de riesgo cardiovascular en pacientes pluripatológicos.

Objetivos: Conocer la prevalencia de los factores de riesgo vascular (FRV) y enfermedad vascular (EV) en los pacientes pluripatológicos (PP) y su relación con la mortalidad al año.

Diseño: Estudio transversal descriptivo.

Emplazamiento: Dos centros de salud urbanos y periurbanos.

Material y Método: Pacientes con criterio de PP (según "Proceso Pluripatológico" 2007 de Andalucía) (n=334). Variables: Edad, sexo, categorías clínicas como PP, FRV (HTA, Tabaquismo, CoLIT, LDLcol, IMC) y la presencia de enfermedad cardiovascular (IC, CI, IRC, DM, AVC y arteriopatía periférica) y mortalidad al año. La comparación entre grupos se realizó mediante el análisis comparativos (Chi-cuadrado y T de Student).

Resultados: Edad media: 75,3 ±6,1 años, varones 53,9% número categorías diagnósticas de PP: 2,4 ±0,7. Presencia de EV: Cardiológicas 64,8%: IC en el 20,7%, CI en el 30,8% y IC+CI 12%, AVC 20,1%, DM2 24,9%, arteriopatía periférica 12,9%, IRC 16,8%. Presencia de FRV: Dislipemia 55.1%, tabaquismo 11.1%, HTA: 39.2%, perímetro abdominal de riesgo: Mujeres 87.5% y hombres 87.2%, IMC con obesidad 26.5%. Mortalidad al año: 25.4%. Observamos diferencias significativas según (p<0.005) con respecto al IMC (más en mujeres) y al tabaquismo (más en hombres) y no para el resto de FRV y EV.

Conclusiones: Los FRCV y las enfermedades vasculares presentan gran protagonismo en la población de PPP multicéntrica reclutada. No existe relación entre mortalidad al año y perfil CV.

Palabras clave: Comorbilidad, agentes cardiovasculares, atención primaria de salud.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Análisis de la actividad de una unidad de fisioterapia en una unidad de gestión clínica

Estepa Torres A¹, Escobar Lozano A¹, Aguayo Martos M^aP², Pérez Durillo FT¹, Matut Vic CM³, Montoro Antón AI¹

¹ Licenciada en Medicina. Especialista en MFyC. CS de Bailén (Jaén)

² Licenciada en Fisioterapia. CS de Bailén (Jaén)

³ Diplomado en Enfermería. CS de Bailén (Jaén)

Título: Análisis de la actividad de una unidad de fisioterapia en una unidad de gestión clínica.

Objetivos: Describir las características de los pacientes que reciben tratamiento rehabilitador durante en una Unidad de Gestión Clínica.

Diseño: Estudio observacional y transversal (4 meses).

Emplazamiento: Centro de salud y consultorio rurales.

Material y Método: Pacientes remitidos para recibir tratamiento rehabilitador. Mediante revisión de fichas de Fisioterapia e Historia de Salud digital, se registraron edad, sexo, patología, tipo y duración de tratamiento rehabilitador, ausencias y número de revisiones por parte del médico prescriptor. Análisis estadístico mediante SPSS.

Resultados: Se han revisado 224 pacientes de los que el 59,8% eran mujeres. La edad media fue de 49,3 ±17,7 años sin existir diferencias estadís-

ticamente significativas entre sexos (48,4 ±18,4 en hombres vs 50,0 ±17,2 en mujeres). Se atendieron 43 pacientes por patología traumática siendo la patología en miembro inferior la más frecuente. La patología no traumática supone el 80,8% de los motivos de consulta siendo la patología vertebral la más frecuente (38,3%), seguida de la patología de extremidad superior (29,4%) e inferior (13,3%). El tratamiento rehabilitador más empleado es la electroterapia (81,3%). La duración media del tratamiento rehabilitador es de 13,6 ±5,9 días. El 27,1% de los pacientes tuvieron al menos una ausencia a las sesiones. El 48,6% de los pacientes no fue revisado tras el tratamiento rehabilitador.

Conclusiones: Existe un predominio de mujeres entre los pacientes atendidos. La patología más frecuente es de tipo no traumático y principalmente de miembro inferior. Destaca el elevado porcentaje de pacientes sin revisión tras el tratamiento.

Palabras clave: Rehabilitation, primary health care, electric stimulation therapy.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Gestos autolíticos en un servicio de urgencias extrahospitalarias

Foncubierta Boj G¹, Cabello Orozco C², Rodríguez Martínez P³

¹ MIR 3er año MFyC. CS San Benito. Jerez de la Frontera (Cádiz)

² MIR 3er año MFyC. CS La Granja-Dr. Manuel Blanco. Jerez de la Frontera (Cádiz)

³ Tutora urgencias extrahospitalarias de MFyC. DCCU Distrito Jerez-Costa Noroeste

Título: Gestos autolíticos en un servicio de urgencias extrahospitalarias.

Objetivos: Analizar el perfil de los enfermos atendidos por intento de autolisis en el medio extrahospitalario. Comparar dicho perfil con estudios previos.

Diseño: Estudio descriptivo.

Emplazamiento: Realizado en un servicio de Urgencias extrahospitalarias de enero a diciembre 2010.

Material y Método: Variables del estudio: Edad, sexo, método intento autolítico, tipo de traslado, distribución estacionaria. Datos analizados mediante el programa estadístico SPSS 15.

Resultados: En 2010 los DCCU atendieron al 2,9% de la población del área sanitaria de Jerez; el 1,52% fue por intentos de autolisis de los cuales un 56,6% fueron hombres, frente al 43,4% de mujeres. La edad media fue de 40.5 +/- 10 años superando las mujeres solo en el grupo menor de 20 años. El 82,3% fue por fármacos con un

61,7% por BZD. Un 93,6% fue trasladado al hospital (1,1 % por equipo de emergencias, el 87,2% por DCCU y un 5,3% sin equipo médico) frente al 6,4% que no.

La distribución estacionaria fue homogénea: Invierno 19,1%, primavera 27,6%, verano 25,5%, otoño 26,5%. Por meses solo fue superior el grupo de mujeres en mayo, septiembre y noviembre.

Conclusiones: El número de pacientes atendidos justifican la necesidad del presente estudio. El perfil predominante de los pacientes fueron hombres destacando a partir de los 40 años. El principal mecanismo de autolisis es similar al recogido en otros estudios destacando las BZD. La distribución estacionaria fue homogénea.

¿No todos los pacientes fueron trasladados al hospital? Se observa un cambio en el perfil del paciente con intento de autolisis que requiere profundizar.

Palabras clave: Suicidal attempts, emergency, family medicine.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Demanda domiciliaria en una unidad de gestión clínica: un intento de disminuir la demanda domiciliaria injustificada

Mora Jurado A, Gamarra Santacruz M^aV, González Gallego M^aC, Ortega Blanco JA, Calvo Lozano J, Guillén Rodríguez M

Medicina de familia. UGC Molino de la Vega. Huelva

Título: Demanda domiciliaria en una unidad de gestión clínica: Un intento de disminuir la demanda domiciliaria injustificada.

Objetivos: Analizar el perfil del paciente que demanda atención domiciliaria, las características de la atención que demanda y valorar la justificación o no del aviso y su relación con otras variables.

Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método: Pacientes mayores de 14 años que demandan atención domiciliaria de lunes a viernes de 8-15h. Se incluyeron todos los avisos de marzo a junio 2010: n=284. Variables: Sexo, edad, día de la semana, cupo médico, motivo para no acudir, domiciliación del paciente, juicio clínico y correlación entre éstas y la justificación o no del aviso. Encuesta telefónica a muestra de 30 pacientes. Análisis descriptivo de variables cuantitativas (media y desviación típica (DT)) y cualitativas (proporciones). Intervalos de

confianza 95%. Comparación de variables mediante test Chi-cuadrado.

Resultados: La mayoría eran mujeres (71,5%) de 75 años (DT 15,32), que alegaban no poder acudir al centro por síntomas que le imposibilitaban movilizarse (35%) y que demandaban atención por patología respiratoria baja (20,4%) u osteomuscular (16,2%). Un 39,7% de los avisos fueron considerados injustificados siendo las causas fundamentales el tratarse de posibles visitas programadas (44,7%) y enfermedades banales (30,1%). Se ha encontrado relación entre la justificación y el motivo alegado para no acudir y posiblemente con el cupo médico. Un porcentaje importante de pacientes (83,3%) piensa que su médico podría darle solución telefónica.

Conclusiones: Casi un 40% de los avisos fueron considerados injustificados, por lo que consideramos necesario iniciar medidas y cambios en la gestión de la demanda domiciliaria para reducirlos.

Palabras clave: House calls, primary health care, emergency medical services.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Polimedicados, estrategia para fomentar seguridad del paciente

Gavilán Pedrajas M^aT¹, Reyes Torres A¹, Cillero Rodríguez M^aM¹, Lechuga Varona M^aT²

¹ MIR 3er año MFyC. CS Sta. Rosa. Córdoba

² Medicina familiar y comunitaria. Córdoba

Título: Polimedicados, estrategia para fomentar seguridad del paciente.

Objetivos: Conocer prevalencia de pacientes mayores de 65 años polimedicados (PM) en tratamiento con más de diez fármacos en nuestra unidad de gestión clínica.

Analizar diferencias de prevalencia entre los diferentes cupos médicos.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de salud (CS) urbano.

Material y Método: MUESTRA: Pacientes mayores de 65 años de nuestra unidad clínica tratados con más de 10 fármacos, en un punto de corte, durante el periodo Octubre de 2009. VARIABLES: Cuantitativas; edad, número de patologías crónicas, número de fármacos. Cualitativas: Sexo. ANALISIS: Análisis de prevalencia.

Resultados: Prevalencia de PM en nuestra UGC: 10.83%.

Hay diferencias entre los diferentes cupos médicos siendo el de menor % PM (5.45%) y el de más (17.11%).

Existen diferencias entre la prevalencia de PM del CS (11.04%) y consultorio (8.8%).

Conclusiones: Existe un gran porcentaje de polifarmacia y grandes diferencias entre los facultativos.

Nos hemos marcado como criterio de calidad un porcentaje próximo al 7.5%.

Necesidad de implicar a la población.

Necesidad de implicar a los facultativos en la estrategia a seguir.

Palabras clave: Adverse effects, polypharmacy, patient safety.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Cumplimiento del protocolo de derivación de diarrea crónica en adultos consensuado entre atención primaria y su hospital de referencia

Domínguez Rodríguez E¹, Gómez de la Mata Galiana R², Rodríguez Jiménez B³, Pereira Delgado CM⁴, Luque Romero LG⁵

¹ MIR Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Espartinas (Sevilla)

² MIR Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Mairena del Aljarafe (Sevilla)

³ MIR Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Bormujos (Sevilla)

⁴ Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

⁵ Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

Título: Cumplimiento del protocolo de derivación de diarrea crónica en adultos consensuado entre atención primaria y su hospital de referencia.

Objetivos: Analizar grado de cumplimiento del protocolo de diarrea crónica en adultos (consensuado entre Atención Primaria y Hospital), en los pacientes derivados a Consultas externas de Medicina Interna durante el año 2010.

Diseño: Estudio observacional retrospectivo sobre las historias de los pacientes derivados a Medicina Interna con el diagnóstico de diarrea según protocolo de diarrea crónica del área.

Emplazamiento: Consultas externas Medicina Interna Hospitalaria.

Material y Método: Variables destacadas analizadas: Edad, sexo, motivo de consulta, distintos parámetros analíticos que deberían de haber sido solicitados previamente en atención primaria, criterios de derivación completos, orientación diagnóstica y diagnóstico final. Método de medición utilizado ha sido SPSS v.18.0. Se realizó

análisis descriptivo de la población y posteriormente análisis bivariante.

Resultados: Tamaño muestral 166. Varones 34.3%. Mujeres 65.7%, edad media 45.54 Rango 14-89, el 50% se encuentra por debajo de 43.5 años. Variables que deberían de llevar analizadas según protocolo: Alérgenos alimentarios 13.3%, analítica general 67.5%, VSG 10.8%, PCR 6.6%, TSH 37.4%, Coprocultivo 29.5%, Celiaquía 16.2%, IgA e IgG 8.4%, Cumplen criterios de derivación 27.6%, Llevaban orientación diagnóstica 10.8%. Diagnóstico final: Colopatía funcional 27.10%, Intolerancia Lactosa 22.28%, Autolimitada 10.84%, Neoplasia 3.01%, Celiaquía 3.61%, Fármacos 4.81%, EII 1.80%.

Conclusiones: Según el estudio realizado se observa un escaso cumplimiento del protocolo seleccionado en la mayoría de las variables estudiadas. Además en la mayoría de los casos, según el protocolo, se podría haber diagnosticado en Atención Primaria.

Palabras clave: Diarrea, protocolo de acuerdo, diagnóstico diferencial.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Cardiopatía isquémica: Relación entre tiempo de asistencia y género

Noguera Illescas M^aM¹, Albendin Garcia L², Ortiz Fuentes S³

¹ Médico DCCU. Distrito Granada

² Enfermero dispositivo de apoyo. Distrito Sanitario Granada

³ Unidad de enfermera cuidados intensivos Hospital Virgen de las Nieves. Granada

Título: Cardiopatía isquémica: Relación entre tiempo de asistencia y género.

Objetivos: Verificar si existen diferencias en función del género en la asistencia extrahospitalaria de la cardiopatía isquémica.

Diseño: Estudio descriptivo.

Emplazamiento: Dispositivo de cuidados críticos y urgencias.

Material y Método: Se ha realizado la recogida de datos de una muestra aleatoria de N=92 sujetos atendidos por el equipo de DCCU Urbano.

Los datos han sido analizados con el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados: Tras el análisis estadístico confirmamos que los pacientes varones acuden en la primera hora de la manifestación de los síntomas más que las mujeres siendo llamativo que a partir de la franja comprendida entre las 6 y 12 horas desde el inicio de los síntomas solo dos varo-

nes solicitaron asistencia, frente a 17 mujeres que si solicitaron asistencia pasadas las 6 primeras horas de la clínica.

El dolor torácico fue el motivo de la mayor demanda asistencial junto con la disnea si bien es destacable que cuando los síntomas eran malestar general el 68% de los pacientes que acudieron por este motivo eran varones.

Conclusiones: A los datos obtenidos en el este estudio coinciden con la bibliografía consultada, si bien esta es por lo general resultante de estudio en ámbito hospitalario.

La importancia de estos primeros datos la podemos cifrar en la necesidad de una revisión a la hora manejo de la demanda asistencial en pacientes de género femenino que podrían ser de origen coronario para evitar el retraso en esa asistencia y las consecuencias que de él se derivan.

Palabras clave: Género, tiempo, cardiopatía isquémica.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación de los indicadores de calidad del proceso asistencial de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en atención primaria

Serrano Guzmán C, Olea Carrasco M, Ibáñez Rivas J, Raya Rejón A, Calvo Real T, Lara Martín F

Médicos de familia. CS Rute (Córdoba)

Título: Evaluación de los indicadores de calidad del proceso asistencial de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en atención primaria.

Objetivos: Evaluar los indicadores de calidad del Proceso Asistencial Integrado de la EPOC.

Diseño: Estudio descriptivo transversal mediante una auditoría interna de 179 historias clínicas registradas en Diraya.

Emplazamiento: Centro de salud Rural.

Material y Método: Población de estudio: Se incluyeron todos los pacientes de 40 años, registrados en el proceso de EPOC hasta Diciembre del 2010, resultando un tamaño muestral de 179, con las siguientes variables: Edad, sexo, hábito tabáquico, espirometría, grado de gravedad, registro de vacunación antigripal y antineumocócica, reagudizaciones y seguimiento en consulta especializada. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa SPSS 15.0.

Resultados: Media de edad de 72 años (rango 40-94 años) con 77.3% varones y 22.7% mujeres. Prevalencia de EPOC en 40 años del 3%. No hay registro del hábito tabáquico en el 71,3% y el 17.5% son fumadores activos. Sólo al 42% se le realizó espirometría (EPOC leve 11.9%, moderado 19.3% y severo 10.8%). El 74.4% de los pacientes recibió vacunación antigripal y el 6.8% la antineumocócica. El 54% sigue revisiones en neumología.

Conclusiones: Existe un infradiagnóstico la EPOC, el estudio EPI-SCAN realizado en población de 40 a 80 años nuestra una prevalencia del 10.2%. Incrementar los registros de los indicadores de calidad, principalmente hábito tabáquico, espirometrías y grado de severidad, mejorando así la calidad de las historias clínicas. Fomentar la vacunación anual antigripal a todos los EPOC y antineumocócica a los mayores de 65 años y EPOC severos.

Palabras clave: EPOC, calidad, proceso asistencial.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Motivos de consulta en un DCCU en función del género y edad

Noguera Illescas M^aM¹, Albendin Garcia L², Campos González M^aJ²

¹ Médico DCCU. Distrito Granada

² Enfermero dispositivo de apoyo. Distrito Sanitario Granada

Título: Motivos de consulta en un DCCU en función del género y edad.

Objetivos: Analizar las variables de género, edad y motivo de consulta de los pacientes susceptibles de EKG en su domicilio.

Valorar si esos datos se ajustan a lo descrito en la bibliografía.

El objetivo del estudio es valorar la demanda domiciliaria en un DCCU.

Diseño: Estudio descriptivo.

Emplazamiento: DCCU distrito urbano.

Material y Método: N 497 historias recogidas de manera aleatoria.

Los datos fueron codificados y analizados mediante el paquete estadístico SPSS 15.0.

Resultados: La variable de género observamos como en los varones es de un 38.6%, mientras que en las mujeres alcanza 61.4% esto alude a la mayor longevidad del género femenino.

El motivo de consulta observamos que en un 15'1% consulta por malestar general, un 10'1% por mareo, un 13'9% por disnea, el 5'8% dolor abdominal, el 4'2% HTA, el 5% por pérdida de conciencia, el 3'2% ansiedad, y un número significativo de los casos de nuestra muestra que constituye el 42'7% por dolor torácico.

Conclusiones: Nuestros datos reflejan un predominio de asistencias a usuarios de género femenino con 61.4 %, datos que atribuimos a la mayor esperanza a de vida actual y por tanto la cronificación de ciertas patologías, siendo estos datos acordes con la bibliografía estudiada.

Palabras clave: Género, edad, actividad asistencial.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Adecuación de la prioridad asignada a los DCCU en asistencia domiciliaria

Noguera Illescas M^aM¹, Albendin García L², Martínez Molina S²

¹ Médico de DCCU. Distrito Granada

² Enfermero dispositivo de apoyo. Distrito Sanitario Granada

Título: Adecuación de la prioridad asignada a los DCCU en asistencia domiciliaria.

Objetivos: Analizar la evolución de la muestra desde sus orígenes hasta la actualidad en función de la prioridad asignada a la demanda asistencial por el CCUE (Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias), en base a los antecedentes cardíacos del paciente o procesos de nueva aparición susceptibles de realización de electrocardiograma en domicilio.

Diseño: Estudio descriptivo.

Emplazamiento: DCCU distrito urbano.

Material y Método: N:497 historias recogidas de manera aleatoria desde finales del año 2.004 hasta enero del 2011, los requisitos para ser incluidos en el grupo de estudio era que se atendieran en su domicilio y que por la clínica o antecedentes se les realizara un electro cardiograma.

Resultados: Con respecto a la prioridad asignada por el CCUE, encontramos que el 23'9% de las asistencias correspondían a una prioridad 1, es decir, emergencia médica. Al 64'4% se le asignó una prioridad 2, urgencias no demorables. Y sólo en un 11'7% de los casos fue asignada una prioridad 3, considerada como unas urgencias demorables.

Conclusiones: De los resultados expuestos podemos concluir que nuestra respuesta asistencial se corresponde, con prioridades 2 en un 64'4%, lo que se ajusta a las directrices del PAUE (Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias) en el ámbito de la asistencia sanitaria extrahospitalaria.

Sería conveniente analizar de forma exhaustiva los casos catalogados como prioridad 3 para justificar la realización de E.K.G. y si la prioridad asignada fue la correcta, lo que será motivo de otro estudio.

Palabras clave: DCCU, prioridad, EKG.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Atención del paciente cardiópata en el DCCU de un distrito urbano

Noguera Illescas M^aM¹, Albendin García L², Campos González M^aJ²

¹ Médico DCCU. Distrito Granada

² Enfermero dispositivo de apoyo. Distrito Sanitario Granada

Título: Atención del paciente cardiópata en el DCCU de un distrito urbano.

Objetivos: La realización de un estudio descriptivo de la patología cardiológica más frecuente entre la población que atiende el DCCU de un Distrito Urbano, tanto pacientes previamente diagnosticados, como aquellos en los que el primer diagnóstico se produce durante la asistencia domiciliaria por el D.C.C.U.

Diseño: Estudio descriptivo.

Emplazamiento: DCCU distrito urbano.

Material y Método: N: 497 historias recogidas de manera aleatoria, los requisitos para ser incluidos en el grupo de estudio era que se atendieran en su domicilio y que por la clínica o antecedentes se les tuviera que realizar un electrocardiograma.

Los datos fueron codificados y analizados mediante el paquete estadístico SPSS 15.0.

Resultados: De nuestra muestra inicial de N:497, en 221 casos existía patología cardiaca previa que representan el 44.5% de los casos. De estos 221 pacientes se confirmó un juicio clínico de urgencia cardiológica en 88 casos lo que significa un 43.7%, siendo la cardiopatía isquémica la patología más frecuente.

Los 276 casos restantes de nuestra muestra inicial no presentaban diagnóstico cardiológicos previos, y sin embargo en 64 casos un 23.3% el juicio clínico diagnóstico patología cardiaca, como motivo de la urgencia domiciliaria. En este caso también la cardiopatía isquémica fue el diagnóstico principal con un 59.3.

Conclusiones: El diagnóstico rápido y preciso de la cardiopatía isquémica aguda en el servicio de Urgencias es un problema asistencial de primera magnitud. Gran cantidad de pacientes que demandan asistencia en domicilio lo hacen por síntomas sugerentes de cardiopatía isquémica.

Palabras clave: DCCU, cardiopatía, EKG.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Reconsultas a los servicios de urgencias extrahospitalarios

Fernández Natera A¹, Carrasco Gutiérrez V², Salado Natera M^aT¹, Lucas Fernández C², Mayo Iglesias M³, López de Montes Begoña³

¹ MFyC. UGC DCCU Cádiz-San Fernando (Cádiz)

² MFyC. UGC DCCU Chiclana-La Janda (Cádiz)

³ DUE. UGC DCCU Cádiz-San Fernando (Cádiz)

Título: Reconsultas a los servicios de urgencias extrahospitalarios.

Objetivos: Conocer el porcentaje de reconsultas en los servicios de urgencias extrahospitalario y si hay diferencias entre las unidades según cuenten o no con personal específico.

Diseño: Estudio transversal, retrospectivo.

Emplazamiento: Estudio multicéntrico.

Material y Método: Se analizó los pacientes que han acudido a urgencias de 13 centros de atención primaria desde el 1 de enero hasta el 31 de Marzo de 2011, con un tamaño muestral de 39798 pacientes, utilizando las siguientes variables: Reconsultas dentro de las 72 horas, PAC (punto de atención continuada), UCCU (unidad de cuidados críticos y urgencias).

Resultados: De los 39798 pacientes el 67,85% fueron asistidos en los UCCU, y el 32,15% en los PAC. De los 13 centros, 5 UCCU y 8 PAC, el porcentaje de reconsultas dentro de las 72 horas siguientes a la primera asistencia fue de 4,71%. En los 5 UCCU el porcentaje fue de 4,116%, y en los 8 PAC de 5,3025%.

Conclusiones: Los resultados indican que los UCCU, que cuentan con personal específico para atender las urgencias, tienen una mayor presión asistencial, pero aún así el porcentaje de reconsultas es inferior a la de los PAC, formado por personal del propio centro de salud.

Palabras clave: Primary care, emergency, accessibility of health services.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Opinión de los profesionales de un centro de salud sobre la demanda domiciliaria injustificada generada en el mismo

Mora Jurado A, Rodríguez Rodríguez M, Ortega Losada M^aC, Ortega Blanco JA, Gil Cañete A, Mora Moreno F

Medicina de familia. UGC Molino de la Vega. Huelva

Título: Opinión de los profesionales de un centro de salud sobre la demanda domiciliaria injustificada generada en el mismo.

Objetivos: Conocer la opinión de los profesionales de un centro de salud acerca de la demanda domiciliaria injustificada generada en el mismo.

Diseño: Grupo focal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método: Se reunió a 11 profesionales del centro (médicos adjuntos, médicos internos residentes, enfermeros). Se confeccionó un guión en base a los resultados obtenidos en un estudio descriptivo sobre demanda domiciliaria realizado en el centro en meses anteriores. La duración fue de 40 minutos y se audiograbó. La transcripción fue literal.

Resultados: La mayoría presuponían el alto porcentaje de avisos injustificados que tiene el centro. No creen que las medidas propuestas pue-

dan disminuir la demanda: "Realizar cada uno nuestros avisos más bien es contraproducente", "el paciente se engancha". No piensan que el alto número de avisos injustificados sea un problema: "No tenemos un problema con los avisos", "existen en el centro otros problemas más importantes". Sólo 3 opiniones reflejaban un problema y mostraban receptividad para un cambio: "El problema real es que se están utilizando recursos de forma no eficiente", "si cada médico gestionara su demanda disminuirían los avisos", "no me importa que me interrumpan 5 minutos en consulta, me ayuda a gestionar mis avisos, la gente lo agradece, controlas mejor a esos pacientes y le quitas trabajo a los demás".

Conclusiones: la mayoría de profesionales presuponían que el porcentaje de avisos injustificados era elevado, no obstante, no se muestran receptivos a un cambio, considerando que el método actual es cómodo y no les supone un problema.

Palabras clave: House calls, primary health care, emergency medical services.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Estudio sobre práctica habitual en relación al diagnóstico precoz de cáncer de próstata y manejo del PSA en atención primaria (AP)

Serrano Medina A¹, García Flores AG¹, Valle Díaz de la Guardia F², Pérez Rivera R¹, Audi Alamiry W³, Madrid Gutiérrez M²

¹ MIR MFyC. CS Virgen Del Gavellar. Úbeda (Jaén)

² FEA. Urología. H. San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén)

³ Especialista MFyC. CS Virgen Del Gavellar. Úbeda (Jaén)

Título: Estudio sobre práctica habitual en relación al diagnóstico precoz de cáncer de próstata y manejo del PSA en atención primaria (AP).

Objetivos: Conocer la situación real del diagnóstico precoz del cáncer de próstata en la consulta de AP.

Diseño: Estudio multicéntrico.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método: Se ha realizado encuesta con respuesta múltiple sobre su práctica clínica habitual a 42 médicos de AP de centros de salud. Los temas tratados han sido solicitud y valoración de PSA, realización de tacto rectal, derivación a Urología y formación.

Resultados: Los médicos de AP suelen solicitar el PSA de forma rutinaria a pacientes >40 años con antecedentes familiares de cáncer de próstata o raza negra y a aquellos >50 años que lo soliciten

o sintomáticos. El 50% solicita también PSA libre de inicio. Ante un PSA elevado suelen considerar la edad del paciente, su medicación y valores anteriores. El 57% de los médicos repiten al menos una determinación. 36 de los 42 médicos encuestados realizan tacto rectal ante sintomatología sugerente. Un 75% de los médicos derivan al especialista teniendo en cuenta los factores que alteran el PSA y en caso de tacto rectal sospechoso. El 86% afirma conocer el Proceso Cáncer de Próstata del SAS aunque sus criterios no se adecúan al mismo según estos resultados. La mayoría de los encuestados consultan guías de AP y acuden a charlas de este tema para informarse.

Conclusiones: En nuestro medio, en líneas generales, se realiza un buen uso de los medios de los cuales se disponen en AP para el diagnóstico precoz de cáncer de próstata adecuándose a la evidencia actual.

Palabras clave: Antígeno prostático específico (PSA), cáncer de próstata, atención Primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Necesidades de atención de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en una consulta de atención primaria

Infantes Ramos R¹, Calleja Cartón L², García Paine JP³, Muñoz Cobos F⁴, Santa Cruz Talledo JM⁴, Gálvez Alcaraz L⁴

¹ MIR 4º año MFyC. CS El Palo. Málaga

² MIR 2º año MFyC. CS El Palo. Málaga

³ MIR 3er año MFyC. CS El Palo. Málaga

⁴ Médico de Familia. CS El Palo. Málaga

Título: Necesidades de atención de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en una consulta de atención primaria.

Objetivos: Describir las características de fenotipo, gravedad y hábito tabáquico de pacientes con Enfermedad pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) atendidos en una consulta de atención primaria a fin de determinar sus necesidades de atención.

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: Cupo de medicina de familia de un centro de salud urbano.

Material y Método: Pacientes incluidos en el programa de EPOC de un cupo de medicina de familia.

Variables: Edad, sexo, tratamiento broncodilatador, hábito tabáquico y número de reagudizaciones registradas que ha presentado en el último año.

Resultados: Se incluyen 78 pacientes. El 75,6% (59 pacientes) son varones. La edad media es de 63,19 años. El 52,6% de los pacientes (41) son fumadores. El 76,9% (60 pacientes) no han presentado reagudizaciones en el año de estudio, presentándose solamente en un 3,9% (3 pacientes) 3 o más reagudizaciones. El 34,61% se controlan con monoterapia y en el 14,1% son necesarios 3 o más fármacos. El fármaco más empleado es el bromuro tiotropio tanto en monoterapia como combinada. Al 83,3% se les ha realizado la espirometría en el último año. El 10,3% han presentado valores normales, siendo lo más frecuente con un 47,5% valores obstructivos a destacar que el 28,2% del total son patrones obstructivos ligeros.

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes con EPOC continúan fumando, 52,6% de casos son ligeros (incluido los normales) y sólo el 4% tiene fenotipo exacerbador. La intervención debería centrarse en la deshabituación tabáquica.

Palabras clave: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, atención primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Análisis de los pacientes que consultan por retención urinaria en el servicio de urgencias e implicaciones terapéuticas

Pérez Rivera R¹, García Flores AG¹, Serrano Medina A¹, Valle Díaz de la Guardia F², Rodríguez LA², Fernández Rodríguez A²

¹ MIR MFyC. CS Virgen Del Gavellar. Úbeda (Jaén)

² FEA. Urología. H. San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén)

Título: Análisis de los pacientes que consultan por retención urinaria en el servicio de urgencias e implicaciones terapéuticas.

Objetivos: Analizar la incidencia de retención aguda de orina (RAO) en nuestra zona y estudiar las características de estos pacientes.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: Urgencias atendidas en Hospital y Centro de Salud.

Material y Método: Se han revisado las historias clínicas de aquellos pacientes que han acudido presentando retención urinaria a nuestros servicios de urgencias entre Noviembre de 2010 y Abril de 2011. Se analiza edad del paciente, medicación, tiempo de tratamiento, número de episodios y tratamiento al alta.

Resultados: En total se han presentado 54 retenciones urinarias. El motivo de consulta fue la necesidad imperiosa de orinar en 42 casos, 10 dolor

abdominal y 2 malestar general-síncope. La edad media de los pacientes fue 73,1 años (56-92 años). El 50% se encontraba en tratamiento únicamente con tamsulosina desde hacía una media de 6,4 meses. 13 no tomaban tratamiento previo. 6 con inhibidores de la 5-alfareductasa y 8 con otros como fitoterapia o tratamiento para el cáncer de próstata. La media de episodios por paciente fue de 1,8. Al alta los pacientes sin tratamiento comienzan siempre con tamsulosina mientras que entre los ya tratados hay mucha variabilidad (AINE, antibióticos, inhibidores de la 5-alfareductasa).

Conclusiones: La mitad de los pacientes que acudieron por RAO estaban ya tratados con tamsulosina. Nuevas opciones como la terapia combinada (alfa-bloqueante+inhibidor de la 5-alfareductasa) parecen presentar un menor porcentaje de esta complicación (sólo 6 pacientes en nuestro trabajo) aunque son necesarios más estudios para confirmarlo.

Palabras clave: HBP, retención urinaria, urgencias urológicas.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Desigualdades de calidad en diabéticos tipo 2

Centro de Trabajo: MIR de cuarto año de UD MFYC Granada

MFyC. CS La Banda. Chiclana (Cádiz)

Título: Desigualdades de calidad en diabéticos tipo 2.

Objetivos: Evaluar calidad asistencial en diabetes (DM 2) y explorar desigualdades relacionadas con género y tratamiento.

Diseño: Auditoría Multicéntrica.

Emplazamiento: Atención primaria.

200 DM2 elegidos por muestreo sistemático de 2 consultorios y 3 centros salud (nc: 95%,50%. precisión 7%).

Material y Método: Se valoró en la Historia informatizada (2010): Monitorización glicémica (HbA1c), Tensional (TA), lípidica (LDL) y antropométrica (IMC); Realización de retinografía, microalbuminuria y monofilamento en pies; Resultados de control; Adecuación terapéutica.

Descriptivo y bivariante.

Resultados: 56% Mujeres, edad media: 68 años.55% Obesidad. Tratados con dieta el 14.5%, antidiabéticos orales 67.5% e insulina 17%

El control de HbA1c (<7gr/dl), Tensional (<140/80 mmHg) y LDL (<100 mg/dl) lo alcanzó el

50%, 51% y 43% de DM; sólo el 27% de HbA1c y tensional. No consta monitorización de Hba1C, TA, lípidos e IMC en 16%, 14% 15% y 35% de DM. Consta retinografía, microalbuminuria y monofilamento en 41%, 22% y 55%. El 73% de obesos tiene prescrita metformina.

En mujeres es mas frecuente alcanzar HbA1c<7 que en varones (61% vs 40% p=0,008); y entre varones lo fue no tener monitorización de Hba1C, TA,lípidos y pies (p<0,05). Los tratados con dieta tienen peor control y monitorización que los de fármacos (p<0,05). La línea de Lorenz (68% de defectos) marcó 6 criterios: cribado de microalbuminuria, retinografía, monofilamento; y control óptimo de LDL, TA y Hba1c.

Conclusiones: Consistente con la literatura la vigilancia de riñón, retina y pies; y el control de factores de riesgo cardiovascular se mantienen áreas de mejora en DM2.De forma preliminar se observan desigualdades de calidad por género; identificando a los diabéticos varones como población vulnerable a peor monitorización y logro de control glicérico; al igual que los no tratados con fármacos.

Palabras clave: Medical audit, diabetes, primary health care

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Seguimiento y control del embarazo: ¿Cuándo empieza y cuándo termina?

Ballesteros Molina C¹, García Hervás M²J¹, García Tirado M³C², Soler Gabarrón B³, Iriarte Aseginolaza I⁴

¹ MIR MFyC. CS Albaycín. Granada

² MFyC. UD MFyC de Granada

³ MFyC. CS Bailén (Jaén)

⁴ MFyC. CS Albaycín. Granada

Título: Seguimiento y control del embarazo: ¿Cuándo empieza y cuando termina?

Objetivos: Identificar accesibilidad y adhesión de gestantes al proceso de embarazo en una zona básica de salud.

Diseño: Auditor interno. Observacional, retrospectivo y longitudinal.

Emplazamiento: Atención primaria.

Material y Método: Totalidad de gestantes (n=107) entre mayo de 2009 y julio de 2010 con gestación a término (NC: 95%, precisión 9% y % esperado 80%). Se midió del proceso: (1) cobertura, (2) captación/adecuación en primera visita (<12 semanas de gestación), educación maternal y visita puerperal, (3) Adhesión/accesibilidad interna a sesiones de educación maternal (>=3) y a visitas-seguimiento (>=5), (4) cribado oportuno (36 semanas) de estreptococo B (EBG). Análisis Descriptivo y Pareto para priorizar mejoras.

Resultados: El 100% de gestantes están incluidas en proceso. El mayor cumplimiento se alcanzó en visita precoz (91,6% ±2,68) e inclusión en programa Educación Maternal (95,3%± 2,05) y visita puerperal (81,1% ±3,78). La adhesión a sesiones de educación maternal (mínimo de 3) sólo la alcanzó una de cada 5 mujeres (23,4% ±4,16), y recibir al menos 5 visitas de seguimiento el 71% ±4,39. El cribado de EBG consta en 72,9% ±4,296. El 78% de defectos de calidad lo computa adhesión a sesiones de Educación Maternal, visitas seguimiento y cribado del EBG.

Conclusiones: La cobertura y captación con el proceso de embarazo es muy alta; aunque mejorable la adhesión/accesibilidad a educación maternal. De manera consecuente, se elabora un ciclo de mejora con algunas propuestas encaminadas a mejorar el cumplimiento de estos indicadores que no alcanzan el porcentaje esperado.

Palabras clave: Pregnancy, quality assurance, health care.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Resultados de un programa de detección y eliminación de interacciones entre fármacos del área cardiovascular

Ortiz Arjona MA¹, Polonio Enríquez R², Ortiz Otero A³, Bohollo de Austria F², Cañadillas Prieto C⁴, Cuenca Bueno E⁴

¹ Experto en Seguridad del Medicamento. Coordinador GEMAF

² Médico FyC. UGC Aguilar. Investigador de GEMAF

³ Miembro GEMAF

⁴ DUE UGC Aguilar. Miembro GEMAF

Título: Resultados de un programa de detección y eliminación de interacciones entre fármacos del área cardiovascular.

Objetivos: Conocer los resultados de la implementación de un Programa de detección de Interacciones Fármaco-Fármaco (IFF) en pacientes con patología cardiovascular.

Diseño: Estudio de cohortes prospectivo.

Emplazamiento: Ámbito rural.

Material y Método: Seleccionamos la cohorte mediante programa informático BOT, el Programa DIRAYA, y la valoración de los grupos de mayor riesgo, quedando definida como mayores de 65 años, con patología cardiovascular y que toman 10 o más fármacos diferentes durante más de 6 meses al año. En total suponen 343 pacientes. La intervención consiste en la detección de las IFF y las propuestas de actuación en cada caso para evitarlas por parte de un experto, tomando el médico de referencia la decisión final. Tabulamos mediante Excel (MOE, 2003) y analizamos con SPSS (v. 15.0).

Resultados: Los 343 pacientes presentan 429 IFF. Al año el abandono de la cohorte por fallecimiento oscila entre 10 y el 12%, según patologías. Mientras que la eliminación de IFF por grupos farmacológicos varía entre el 29.7% de los IECAS y el 45.2% del acenocumarol, con un promedio del 37.6%. Existen diferencias significativas según patologías y grupos farmacológicos.

Conclusiones: Actuaciones destinadas a la eliminación de IFF muestran su efectividad, aunque en diferente medida según la naturaleza de las mismas. De otra parte, se comprueba como el grado de seguimiento de las recomendaciones es notablemente más alto en fármacos de difícil manejo, como el acenocumarol o la digoxina.

Aconsejamos seguimiento para valorar efectividad relativa de cada medida y la eficiencia total del programa.

Palabras clave: Interacción fármaco-fármaco, efectividad, estudio cohortes.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación del papel asistencial de un dispositivo de cuidados críticos y urgencias en la atención inicial extrahospitalaria al paciente con dolor torácico no filiado

López Torres G¹, Rodríguez Delgado E², Ortiz Martín EJ³, Guerrero Briz M^aT⁴, García Moreno S⁵, Ruiz Román M^aI⁶

¹ Médico de familia y atención comunitaria. CS Cartuja y DCCU. Granada

² DUE. H. Sta. Ana (Motril) y DCCU. Granada

³ Técnico en transporte sanitario. DCCU. Granada

⁴ Médico. DCCU. Granada

⁵ DUE. H. Virgen de las Nieves y DCCU. Granada

⁶ Médico de familia y atención comunitaria. DCCU. Granada

Título: Evaluación del papel asistencial de un dispositivo de cuidados críticos y urgencias en la atención inicial extrahospitalaria al paciente con dolor torácico no filiado.

Objetivos: La enfermedad coronaria supone la principal causa de muerte en países industrializados. Analizamos las características de los avisos gestionados por el centro coordinador de urgencias y emergencias de Granada como dolor torácico no filiado, atendidos por un dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU).

Diseño: Descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: DCCU ubicado en un centro de salud urbano.

Material y Método: Revisamos historias clínicas de las asistencias prestadas por DCCU durante los meses de enero a abril del 2011, que entraron en proceso de dolor torácico no filiado. Tamaño muestral: 61 pacientes. Variables: Género, edad, antecedentes personales (factores de riesgo de enfermedad coronaria, así como antecedentes de cardiopatía isquémica o disritmias), sintomatología asociada, diagnósticos emitidos tras la asistencia, realización electrocardiograma

(ECG) y tratamiento/plan de actuación. Análisis estadístico SPSS 17.0.

Resultados: De los 61 pacientes: 50, 81% eran mujeres y 49,18% hombres. Edad media de 68,25 años. Presentan antecedentes de cardiopatía isquémica o disritmia un 44, 26%, y factores de riesgo de enfermedad coronaria un 29,5%. Un 73,88 % de los pacientes presentaban sintomatología asociada (disnea un 36,06%; mareo-síncope un 18, 03%). Diagnósticos tras asistencia: Patología cardiovascular; 45,9%, respiratoria; 19,67%, osteomuscular; 18,03%, ansiedad; 11,47% y abdominal; 4,91%. El 60,65% precisaron estabilización in situ y traslado al hospital de referencia. 38 precisaron ECG como prueba complementaria presentando un 37,7% alteraciones (disritmia o signos sugerentes de isquemia miocárdica).

Conclusiones: Las patologías cardiovascular y respiratoria fueron las causas más frecuentes de atención del dolor torácico no filiado. Precisan la mayoría de ellas tratamiento, estabilización y traslado hospitalario aplicando las medidas protocolizadas.

Palabras clave: Chest pain, emergencias, cardiac pathology.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Impacto de una consultoría interna dermatológica en una unidad de gestión clínica de atención primaria

Gallo Vallejo FJ¹, Martín Mingorance JA², León López FJ³, Guerrero Quiles J⁴, Gastón Morata JL⁵, Tomás Rojas J⁶

¹ Medicina Familiar. CS Zaidín-Sur. Granada

² Médico. Medicina Familiar y Dermatología. Granada

³ Médico. Medicina Familiar. Granada

⁴ Médico. Medicina General. Granada

⁵ Médico. Medicina Familiar y Medicina Interna. Granada

⁶ Enfermero. Atención Primaria. Granada

Título: Impacto de una consultoría interna dermatológica en una unidad de gestión clínica de atención primaria.

Objetivos: Describir los resultados asistenciales tras la puesta en marcha de una consultoría interna y autogestionada de cirugía menor y dermatología en un centro de salud.

Diseño: Estudio cuasiexperimental antes/después sin grupo control.

Emplazamiento: Centro de Salud (CS) urbano, con 20 médicos de familia (MF).

Material y Método: Población de estudio y criterios de selección: 353 pacientes adscritos al CS, que desde febrero a junio de 2010 fueron derivados internamente a una consulta creada para la resolución de problemas dermatológicos y susceptibles de cirugía menor.

Intervención: Por parte de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) se crea una agenda de consulta de periodicidad quincenal atendida por uno de los médicos de familia que además tiene la especialidad en dermatología.

Variables: La variable "Resultado" principal fue la variación en las tasas de derivación de la UGC a Dermatología antes y después de la creación de esta consulta.

Medición y análisis estadístico: Los datos han sido facilitados por el Distrito, explotados a través del sistema INFOS.

Resultados: La tasa de derivación a Dermatología preintervención era de 9,0 derivaciones. 1000 TAEs y tras la intervención pasa a ser de 6,5, con una reducción de 28,1%. Desde esta consulta sólo han sido derivados a Dermatología del nivel especializado el 2% de los pacientes atendidos.

Conclusiones: La puesta en marcha de consultorías internas en la UGC aprovechando las potencialidades de sus miembros y sin menoscabo de sus funciones como MF se demuestra eficaz en la mejora de sus indicadores.

Palabras clave: Dermatology, consultation, primary care.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Análisis de las fracturas de cadera atendidas por una UVI móvil

Salado Natera M^aT¹, Fernández Natera A¹, Carrasco Gutiérrez V², Castro López F¹, López De Montes B¹, Bordés Bustamante F¹

¹ MFyC. UGC DCCU Cádiz-San Fernando (Cádiz)

² MFyC. UGC DCCU La Janda (Cádiz)

Título: Análisis de las fracturas de cadera atendidas por una UVI móvil.

Objetivos: Conocer la variabilidad en el tratamiento y traslado de los pacientes con fracturas de cadera y franja horaria más frecuente.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Asistencias de una UVI móvil de una capital de provincia.

Material y Método: Se analizaron todas las historias clínicas que tuvieran como diagnóstico final fractura de cadera, durante un periodo de 15 meses. Variables analizadas: Tipo de ambulancia utilizada para el traslado, administración o no analgesia, analgésicos más frecuentes y franja horaria a la que se producen.

Resultados: Se obtuvieron un total de 33 casos diagnosticados de fractura de cadera. El 66.6%

de los casos durante la mañana, el 27.7% durante la tarde y solo el 6.06% durante la noche. El 63.3% se trasladó al hospital en una ambulancia medicalizada, el 33.33% en ambulancia convencional y en una ocasión fue trasladado en un equipo de coordinación avanzada (ECA). Se administró analgesia en 19 casos (57.57%). Los opiáceos mayores fueron los analgésicos más utilizados. Se usó fentanilo en 7 ocasiones, cloruro mórfico en 6 y solo en un caso se usaron antiinflamatorios no esteroideos.

Conclusiones: Según los protocolos de atención a las fracturas de cadera, pacientes con esta patología deberían ser trasladados en una ambulancia medicalizada y con administración de analgesia. Aunque en nuestra unidad más de la mitad de los casos son trasladados por el equipo médico debemos seguir trabajando para el adecuado tratamiento de estos pacientes.

Palabras clave: Hip, fractures, analgesic.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Sabemos prescribir?

Gómez Salgado M^aC¹, Jaldón Noval C¹, Domínguez Gómez I², García Simino A¹, Rovira Rofa R³, Pedregal González M⁴

¹ MIR MFyC. UGC Los Rosales. Huelva

² MIR MFyC. UGC Adoratrices. Huelva

³ Médico Especialista MFyC. UGC Los Rosales. Huelva

⁴ Médico Especialista MFyC. Huelva

Título: ¿Sabemos prescribir?

Objetivos:

- Determinar conocimientos y actitudes en la prescripción.
- Valorar las diferencias entre médicos de familia (MF) y MIR.
- Conocer el interés por el gasto farmacéutico.

Diseño: Observacional descriptivo.

Emplazamiento: UGC urbanas y rurales.

Material y Método: 63 MF y MIR. Se utilizó un cuestionario al que se le realizó una prueba de jueces y un pilotaje.

Variables: Sexo, tipo de contrato, UGC urbana o rural y 22 preguntas sobre gasto farmacéutico, prescripción de IBP, AINEs y estatinas, automedicación.

Resultados: Edad 41,25 años (DT 11,50). El 59 % son mujeres. El 50 % son MIR y el 80,6% pertenecen a una UGC urbana.

El 91,3% cree que la simvastatina disminuye la mortalidad. El 93,5% conocen los efectos indeseables de cada AINE. El 83,9% opina que los pacientes mayores de 65 años deben tomar gastroprotectores.

Mientras el 74,2% de MF están a favor de la automedicación, solo el 36,7% de MIR lo están (p=0,003). En cuanto a la notificación de una alerta farmacológica, un 50% de MF lo han realizado, frente a un 6,7% de MIR (p=0,00).

El 77,4% piensan que el gasto farmacéutico es un sistema de presión para la productividad.

Conclusiones: La mayoría de los médicos conocen los efectos cardiovasculares y gastrointestinales de los AINEs.

Los MF están a favor de la automedicación temporal, frente a los residentes que no lo están. Solo una pequeña minoría de MIR ha llegado a notificar una alerta sanitaria.

El gasto farmacéutico preocupa a la mayoría de los médicos.

Palabras clave: Primary health care, drug prescriptions, anti-Inflammatory agents.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Violencia de género como problema de salud. Formación de los profesionales e información de la mujer

López Ruiz M^a V¹, Aragón Leal M^a A², García de Vinuesa Garijo L³

¹ *Mir Medicina de Familia. La Carlota. Córdoba*

² *Médica de Familia. Jerez de la Frontera (Cádiz)*

³ *Médica de Familia. La Carlota. Córdoba*

Título: Violencia de género como problema de salud. Formación de los profesionales e información de la mujer.

Objetivos: Estudiar la información que se le está dando a las mujeres en situación de maltrato en el sistema sanitario.

Analizar la demanda de atención primaria y urgencias de formación específica en este tema.

Diseño: Estudio observacional descriptivo, de prevalencia.

Emplazamiento: Estudio multicéntrico realizado en centros de atención primaria urbanos y rurales y urgencias hospitalarias.

Material y Método: De un total de 356 profesionales existentes, participaron 224, distribuidos de esta forma: 116 profesionales de zona urbana, 84 de zona rural y 24 de Urgencias. Se confeccionó un cuestionario autocumplimentado con 41 preguntas de tipo test. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial, cruzando variables como sexo, edad y lugar de trabajo con

las preguntas del cuestionario (Chi-cuadrado, $p < 0,05$).

Resultados: Un 72,5% de las médicas y un 56,1% de los médicos encuestados reconocen no tener formación específica en violencia de género, pero al 96,3% les parecería interesante alguna oferta de formación en el tema.

El 91% de los profesionales le da información a la mujer en situación de maltrato, el 82% reconoce no tener ningún material escrito que ofrecerle.

El 57,3% de los centros no conoce el protocolo a aplicar.

Conclusiones: Se muestra la necesidad de formación en el tema y llama la atención el desconocimiento del protocolo por parte de más de la mitad de los profesionales.

Es significativa la falta de material de información para la mujer, a pesar de que la mayoría de los profesionales tratan de darle información oral.

Palabras clave: Violencia de género, salud, malos tratos.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Intervención avanzada grupal con fumadores en un centro de salud

Ramírez Aliaga M¹, Castillo Trillo B¹, Muñoz Cobos F¹, Acero Guasch N¹, García Garzón M¹,
Ramírez Aliaga M²

¹ MIR medicina familiar y comunitaria. Málaga

² MIR anestesiología y reanimación. Málaga

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: Años 2009-2011.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método: Sujetos: Participantes en la intervención entre octubre 2009 y junio 2011. n=97.

Intervención avanzada grupal. Programa multi-componente. Derivación por médico y enfermería. Entrevista previa. 6 sesiones. Variables: Edad actual, sexo, grupo, edad inicio tabaquismo, convivientes fumadores, enfermedades relacionadas, puntuación escala Fagëstrom, empleo fármacos y tipo (terapia sustitutiva nicotínica (TSN), bupropion, vareniclina). Variable dependiente: Abandono del hábito al finalizar intervención. Análisis bivariante Chi-cuadrado cualitativas y test no paramétricos (U Mann Whitney) cualitativas. Análisis multivariante: Regresión logística binaria. Alfa0.05.

Resultados: 5 grupos (97 pacientes). Edad media 52,38 años, 51,5% hombres y 48,5% mujeres; 51,6% tienen convivientes fumadores; 48,4% padecen enfermedades asociadas al tabaco; cambian de marca 64,6%. 20,2% emplean fármacos (72,2%TSN). Edad media inicio hábito 17,59 ±5,87 años. Media Fagëstrom 5,53. CO medio inicial 18,38 ppm y final 6,53 ppm. Peso medio inicial 74,96 kg y final 74,58 kg. Se reduce número de cigarrillos de 21,35 a 3,41.

Cesa el hábito al finalizar la intervención 24,7% del total de participantes, 18,6% se mantienen sin fumar a los 3 meses, 16,5% a los 6 meses y 8,2% a los 12meses.

En la regresión logística se identifican asociados significativamente al abandono el mayor número de sesiones (Exp B=3,9; IC 1,6-9,5) y la ausencia de enfermedades relacionadas (Exp B=0.39; IC 0.03-0.49). El modelo explica el 49%de la varianza.

Conclusiones: El porcentaje de fumadores que abandona el hábito al finalizar los grupos es bajo y desciende a los 6 y 12 meses de la intervención. Los factores asociados al abandono son asistencia a mayor número de sesiones y ausencia de enfermedades relacionadas.

Palabras clave: Primary care, smoking, smoking cessation.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación de una intervención educativa para mejorar las condiciones de las viviendas de las personas mayores para reducir el riesgo de caídas: Resultados del estudio EPICA

Pérula de Torres C¹, Rodríguez Navarro V², García de Vinuesa L², Ortiz Arjona A², Luque Ruano AL³, García Matas MA³

¹ *Enfermero. CS Villaviciosa. Córdoba*

² *UGC La Carlota. Córdoba*

³ *UGC Bujalance. Córdoba*

Título: Evaluación de una intervención educativa para mejorar las condiciones de las viviendas de las personas mayores para reducir el riesgo de caídas: Resultados del estudio EPICA.

Objetivos: Comprobar el efecto de una intervención domiciliaria para reducir los factores de riesgo de caídas en personas mayores.

Diseño: Cuasiexperimental, antes/después.

Emplazamiento: Multicéntrico. Atención Primaria.

Material y Método: Mediante muestreo consecutivo se incluyeron 129 pacientes de 70 o más años adscritos a seis Centros de Salud. Los médicos y enfermeras participantes valoraron los domicilios de los sujetos, revisando las condiciones del suelo, iluminación, escaleras, cocina, dormitorios, pasillos, cuartos de baño, además del calzado y vestido utilizado y la presencia de animales domésticos. Tras la evaluación, los profesionales realizaron recomendaciones para corregir las situaciones de riesgo, y posteriormente a los 9 meses efectuaron una nueva valoración para comprobar los cambios producidos. Se

realizó un análisis estadístico descriptivo e inferencial.

Resultados: Destaca la presencia de alfombras en el 15,5% de los domicilios revisados y el caminar alrededor de muebles y cables en el 12,4% y el 9,3% de los casos, respectivamente. En el 7,0% no había suficiente iluminación y en el 10,9% faltaban interruptores. El 18,6% de los suelos de la bañera eran resbaladizos y en el 18,6% disponían de elementos de ayuda. El 17,1% no utilizaba calzado adecuado para desplazarse. En el 14,8% animales sueltos. Tras la intervención domiciliaria, el 69,2% de los pacientes realizaron alguna modificación, reduciéndose los problemas detectados.

Conclusiones: Las condiciones de los domicilios de los mayores antes de la intervención eran mejorables. En la visita de revisión se comprobó una mejora en todos los puntos valorados, mereciendo especial mención los cambios en los baños.

Palabras clave: Caídas, personas mayores, prevención.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Enfermedad arterial periférica en pacientes diabéticos y factores relacionados en atención primaria

Ramírez Torres JM¹, López Téllez A¹, Fernández Maldonado P², González Rodríguez EE³, Martínez Zaragoza I³, García García F³

¹ Médico de Familia. CS Puerta Blanca. Málaga

² MIR MFyC. CS Puerta Blanca. Málaga

³ DUE. CS Puerta Blanca. Málaga

Título: Enfermedad arterial periférica en pacientes diabéticos y factores relacionados en atención primaria.

Objetivos: Conocer la prevalencia de Enfermedad Arterial Periférica (EAP) mediante el cuestionario de Edimburgo y la determinación del Índice Tobillo Brazo (ITB) en pacientes diabéticos tipo 2. Secundariamente, analizar la relación entre EAP, factores de riesgo vascular y signos de daño orgánico.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud (CS) urbano.

Material y Método: Sujetos: Todos los diabéticos atendidos en el CS, entre marzo y junio del 2010, que dieron su consentimiento a participar en el estudio (n=78).

Mediciones: Registramos variables sociodemográficas, clínicas, así como el cuestionario de Edimburgo y el ITB.

Análisis estadístico: Descriptivo, bivariado y multivariante mediante regresión logística.

Resultados: De los 78 diabéticos seleccionados, el 59% eran varones; fumaban el 10,4%; el 43% eran exfumadores; el 83,3% eran hipertensos; el 79,5% dislipémicos. Tenían enfermedad cardiovascular conocida el 18,4%; HVI el 5,1%; microalbuminuria el 17,9%; retinopatía el 7,7%; La prevalencia de EAP fue del 19,2% (IC95%: 10,5-27,9) y se sospechó calcificación en un 6,4%. El porcentaje de ITB patológico ($\leq 0,90$ y/o $> 1,30$) fue del 24,3% (IC95%: 14,8-33,8).

Del total de pacientes con EAP, el 80% no estaba diagnosticado previamente y sólo un 40% presentaba claudicación intermitente.

Encontramos asociación entre EAP con fumar, HbA1c, filtrado glomerular y microalbuminuria; esta asociación se mantuvo de forma significativa ($p < 0,01$) en el análisis multivariante mediante regresión logística múltiple.

Conclusiones: Uno de cada cinco diabéticos presentó EAP; la mayoría no estaban diagnosticados previamente y eran asintomáticos. El uso del ITB y el cuestionario de Edimburgo resultan útiles en el diagnóstico de EAP en Atención Primaria.

Palabras clave: Diabetes, enfermedad arterial periférica, índice tobillo-brazo.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación de una consulta de tabaco

Cañete Vargas M¹, Álvarez Piña E², Borraz Espejo B³, Romero Matas RM², Hurtado Siles E³, Jurado Asenjo JA⁴

¹ MIR 4º año MFyC. CS Colonia Santa Inés-Teatinos. Málaga

² MIR 2º año MFyC. CS Colonia Santa Inés-Teatinos. Málaga

³ MIR 3er año MFyC. CS Colonia Santa Inés-Teatinos. Málaga

⁴ Medicina Familiar y Comunitaria. CS Colonia Santa Inés-Teatinos. Málaga

Título: Evaluación de una consulta de tabaco.

Objetivos: Evaluar la eficacia de una consulta de tabaco.

Determinar si la prescripción de fármaco ayuda al abandono de tabaco.

Valorar si el nivel de dependencia influye en el abandono.

Analizar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular.

Diseño: Estudio descriptivo longitudinal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método: Población de estudio: Pacientes atendidos en la consulta de tabaco entre agosto de 2010 y mayo 2011.

Tamaño muestral: 75.

Variables: Edad, sexo, número de sesiones, factores de riesgo cardiovascular, nivel de dependencia (Fagerström), tratamiento ofertado y abandono.

Resultados: Distribución de la población: 62.6% de mujeres y 37.4% de hombres. Edad media es de 45.8 años. Asisten a una sesión el 54.7%, a dos sesiones el 20%, a tres sesiones el 13% y a cuatro o más sesiones un 12.3%. Abandonan el tabaco un 29.33%. A un 50% de los pacientes que abandonan el tabaco se le ofertó tratamiento. De los que abandonaron el tabaco un 40.9% tenía una dependencia alta, un 27.3% tiene una dependencia moderada y un 31.8% tiene una dependencia leve. Un 62.6% no presenta otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Conclusiones: Abandona el tabaco un 29.33%. De los que abandonan la mitad han recibido tratamiento. El 40.9% de los pacientes que abandonan el tabaco presentan una dependencia alta. Se observa que un 62.6% de los pacientes sólo tiene el tabaquismo como FRCV.

Palabras clave: Tabaco, abandono, tratamiento.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación del consumo de benzodiazepinas en mayores de 65 años

Romero Matas RM^{a1}, Cañete Vargas M^{aI}, Hurtado Siles E², Borraz Espejo B², Álvarez Piña EM^{a2}, Miñana García M^{aL}³

¹ MIR MFyC. CS Colonia Sta. Inés Teatinos. Málaga

² MIR MFyC. Málaga

³ Especialista en MFyC. Málaga

Título: Evaluación del consumo de benzodiazepinas en mayores de 65 años.

Objetivos: Analizar el consumo de benzodiazepinas en los pacientes mayores de 65 años de un centro de salud urbano. Valorar el tipo de benzodiazepina más frecuente. Determinar la prevalencia de polimedicados en mayores de 65 años.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de salud de un distrito sanitario urbano.

Material y Método: Población de estudio: Pacientes mayores de 65 con al menos una consulta en el centro. Criterios de selección: Aleatorización simple de los mayores de 65 años con al menos una consulta en el centro. Tamaño muestral: 297 pacientes para una población de 1143. Variables analizadas: Edad, sexo, polimedicado (tiene prescrito 5 o más fármacos), tipo de benzodiazepinas según su vida media: Corta (5-20h), intermedia (20-40h), lar-

ga (40-200h). Se emplean medidas de centralización.

Resultados: Distribución de la población: Hombres 43.3 %, mujeres 76.56%. La edad media fue de 78 años (hombres: 74, mujeres: 81). Porcentaje de polimedicados de la muestra: 46.8% (con una media de 7.53 fármacos). Porcentaje de pacientes en tratamiento con benzodiazepinas: 26.26% (mujeres 77%, hombres 23%). Benzodiazepina más utilizada según vida media: Corta (5-20 horas) 30.27%; intermedia (20-40 horas) 51.28%; larga (40-200) 17.94%. De los pacientes de la muestra en tratamiento con benzodiazepinas hay un 77.9% de polimedicados.

Conclusiones: El 26,26% de los pacientes están en tratamiento con benzodiazepinas siendo más frecuente en mujeres. Las benzodiazepinas más frecuentemente empleadas son las de vida media corta. El 46.8% de los pacientes de la muestra son polimedicados.

Palabras clave: Benzodiazepines, polypharmacy, older than 65.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Diagnóstico, tratamiento y seguimiento del síndrome ansioso-depresivo en atención primaria

Rincón Rodríguez F¹, Pavón Mata JM², Luque López C³, Moreno Bareas A³, Hernández Alonso A³, Simón Prados F²

¹ Médico de Familia. CS Las Albarizas. Marbella (Málaga)

² MIR MFyC. Marbella (Málaga)

³ Médico de Familia. Marbella (Málaga)

Título: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento del síndrome ansioso-depresivo en atención primaria.

Objetivos: Evaluar la calidad de la asistencia del síndrome ansioso depresivo en atención primaria (AP) teniendo en cuenta el protocolo consensuado con el equipo de salud mental (ESM) de zona y el registro en Diraya de las historias clínicas, y la adecuación de las derivaciones al ESM de zona, llegando a este objetivo a través de un ciclo de mejora.

Diseño: Estudio descriptivo-retrospectivo.

Emplazamiento: Centro de Salud (CS) Las Albarizas (ampliado posteriormente a los CS Leganitos y San Pedro de Alcántara), pertenecientes al Distrito Sanitario Costa del Sol.

Material y Método: Pacientes mayores de edad seguidos en consulta de AP derivados al ESM de zona, desde enero de 2010 a diciembre de 2010 (ambos incluidos), 292 pacientes del CS Las Alba-

rizas, 209 CS San Pedro de Alcántara y 160 CS Leganitos, tras muestreo aleatorio simple, se evaluaron 50 pacientes de cada centro. Pacientes derivados por su médico con cupo asignado antes de 2009, excluidas derivaciones realizadas por médicos que hubiesen realizado sustituciones inferiores a dos meses en un determinado cupo, los que aparecían en pasivo en Diraya, incluyendo al siguiente de la lista. Las variables cualitativas obtenidas se analizaron con el paquete informático SPSS.

Resultados: De los 10 criterios de calidad analizados, sólo 3 cumplen el estándar de calidad fijado al 60%, el diagnóstico, el tratamiento y la correcta derivación.

Conclusiones: El manejo del paciente con ansiedad-depresión-somatización, no es todo lo adecuado que debiera ser, en lo referente a la calidad asistencial.

Palabras clave: Depression, anxiety, diagnosis.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Análisis de la actividad asistencial básica en un centro de urgencias extrahospitalarias relacionado con actividad deportiva

Guiote Torres AJ¹, García García M^aN², Rodríguez Rivero AJ³, Albendin García L², Ramos Navas-Parejo JM³, Ferrón García F³

¹ Médico de Familia. DCCU Granada

² Enfermería. DCCU Granada

³ Médico de Familia. Granada

Título: Análisis de la actividad asistencial básica en un centro de urgencias extrahospitalarias relacionado con actividad deportiva.

Objetivos: Realizar una descripción básica de la actividad asistencial en un consultorio relacionado con actividades deportivas. Valorar necesidades específicas, comprobar índice de cumplimentación, valorar futuros proyectos.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo de la actividad durante 6 días de invierno.

Emplazamiento: Consultorio rural relacionado con actividad deportiva.

Material y Método: Usuarios registrados en sistema informático durante seis días de actividad asistencial, n=452. Variables: Edad, género, medicina interna (distinción por patologías), intoxicaciones, esguinces (distinción por zona anatómica (DZA)), fracturas (DZA), contusiones (DZA), luxaciones (DZA), heridas (DZA), fallecidos, traumatismo craneoencefálico (TCE), otros.... Pruebas complementarias (radiografía, tira orina, electrocardiograma, etc.), tratamiento (oral, parenteral, consejos, vendaje, férula),

derivación (médico de familia, hospital/especialista, mutua, domicilio). Descripción de Frecuencias de las variables y datos demográficos.

Resultados: n=452, 275 masculinos, 180 femeninos; edad media 29,2 años, un caso no reporta edad; 2,4% no se recogen datos por distintos motivos; por patologías; 20,1% relacionados con la Medicina Interna; 0,2% intoxicaciones; 20,3% esguinces; 12,6% fracturas; 29,9% contusiones; 6,2% heridas de consideración; 3% luxaciones; no hubo ningún fallecido; 7,0% Otros; 2,6% TCE; 36,9% se le realizan pruebas complementarias; 90% se le realiza o pautó algún tratamiento, 96,2% indica derivación.

Conclusiones: Predominio de la patología traumatológica frente a otras patologías. Parece justificado el uso de radiología en este servicio, así como el uso de material y drogas propias de pacientes politraumatizados, y la definición de un perfil profesional. El grado de cumplimentación siendo aceptable, es mejorable. Se pueden derivar futuros proyectos a partir de los datos obtenidos.

Palabras clave: Consultants, snow sports, pathological conditions, signs and symptoms.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Hábitos alimentarios y estilos de vida en adolescentes de una zona rural

Delgado Pérez M^aP¹, Martínez Lorenzo A², Guerrero Solano A², Pérez García M^aD², Delgado Soriano F², Moreno Martos H¹

¹ Médico de Familia. UGC Alto Andarax. CS Alhama de Almería (Almería)

² Enfermera UGC Alto Andarax. CS Alhama de Almería (Almería)

Título: Hábitos alimentarios y estilos de vida en adolescentes de una zona rural.

Objetivos: Conocer hábitos alimentarios/tóxicos y estilos de vida en adolescentes. Conocer Índice Masa Corporal (IMC) detectando sobrepeso/obesidad.

Diseño: Estudio descriptivo.

Emplazamiento: Centro de salud rural.

Material y Método: Sujetos: Adolescentes. Criterios de inclusión: Alumnos de 1^o, 2^o, 3^o y 4^o curso de ESO de Instituto Educación Secundaria rural, consentimiento informado de padres. Variables: Edad, sexo, nacionalidad, etnia, estructura familiar, estudios padres, ejercicio físico, horas de sueño, tiempo TV/ordenador/día.

Alimentación: Desayuno (si/no). Cuantas veces comen al día. Frecuencia consumo de alimentos. Hábitos tóxicos: Tabaco, alcohol, drogas. Análisis Estadístico: Análisis descriptivo. Comparación porcentajes: χ^2 ; comparación medias; T-Student.

Resultados: 124 adolescentes. 58% varones, 98% españoles, edad 15 (DS 1,39), 7% etnia gitana, 75% 1-2 hermanos, 12% familia numerosa, 4% familia monoparental, 28% familia nuclear extensa, 90% padres con estudios.

91% desayuna, 75% lácteos, 65% comen 3-4 veces/día, 7% poca carne, 36% fruta diariamente, 73% poco pescado, 58% cereales diariamente, 43% verdura frecuentemente, 70% embutidos diariamente, 70% pocos huevos, 76% bebidas azucaradas.

97% come en casa, 60% participa en compra/elaboración. 81% conoce alimentación equilibrada, 74% se informa y le preocupa, duermen 8.15h (DS 1.22), 97% ve TV, 68% diariamente, media 2,7 horas (DS 1,5), más varones ($p < 0,05$), 13% no hace ejercicio, 48% entrenamiento deportivo, 14% fuma, 51% bebe alcohol, de ellos 94% bebidas alta graduación, 17% prueba alguna droga. 80.41% normopeso (39.17% mujeres); 8.24% sobrepeso (100% hombres); 11.35% obesidad (8.26% hombres).

Conclusiones: La mayoría de adolescentes comen en casa, desayunan lácteos, hacen 3-4 comidas/día, toman abundante carne, embutidos y bebidas azucaradas, poca fruta y huevos. Hacen ejercicio físico, duermen 8 horas, ven TV diariamente.

Una minoría consume tabaco, más de la mitad beben alcohol sobre todo fines de semana, algunos han probado alguna droga. No hay diferencias en hombres y mujeres. Más frecuente sobrepeso/obesidad en hombres.

Palabras clave: Feeding, habit, obesity.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

El autocontrol glucémico mejora el control metabólico en un diabético tipo2

Jiménez Cuadra E¹, Sánchez Bolaños L²

¹ Antequera (Málaga)

² Técnico enfermería

Título: El autocontrol glucémico mejora el control metabólico en un diabético tipo2.

Introducción: Este proyecto de estudio que vamos a realizar, está justificado, después de haber revisado la bibliografía del tema, porque vemos que hay mucha relación entre el S. Metabólico, diabetes tipo2, y enfermedades cardiovasculares están muy relacionadas entre sí. El síndrome metabólico se está convirtiendo en un problema de salud pública, quienes están afectados corren un mayor riesgo de sufrir un infarto de miocardio, o un derrame cerebral. Este conjunto de factores está estrictamente vinculado, al aumento en todo el mundo de la diabetes2, las enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas. Por ello es tan importante un buen análisis de la glucemia, que junto a un buen control metabólico no sólo evita las complicaciones metabólicas agudas, sino previene el desarrollo de las complicaciones macro y micro vasculares. Este proyecto de investigación está justificado, porque en el estudio UKPDS, que se hizo, se observó: que las complicaciones generadas por la diabetes tipo2, pueden ser reducidas mediante un buen control de la glucemia.

Objetivos: Reducir el riesgo de las complicaciones de la diabetes, mediante un buen control de la glucemia, y un buen control metabólico, sobre todo las complicaciones macro y micro vasculares.

Que en los diabéticos tipo 2, con un buen control de glucemia, HDL, Presión arterial, evitar que no fumen y una buena educación diabetológica, y evitando la obesidad, podemos lograr que no se desarrolle el Síndrome metabólico.

Diseño: Es un estudio descriptivo experimental.

Emplazamiento: en un centro de salud urbano.

Material y Método: sujetos: 200 sujetos entre 20 y 79 años, con diabetes tipo 2 midiendo variables independientes:

Presión arterial, peso, HDL, autoanálisis glucemia, perfil lipídico, y control hemoglobina glicosilada, durante un año. Variable dependiente: control metabólico.

Se utilizaría el programa de bioestadística médica RSIGMA, para analizar estadísticamente los datos durante un año y sacar las conclusiones oportunas. Se realizaría con las distintas variables un análisis de datos cuantitativos.

Aplicabilidad: Con un buen control glucémico, mejoramos el control metabólico en un diabético tipo2. En los diabéticos tipo2, con un buen control de glucemia, HDL, PA, no fumar y tener unas buenas medidas higiénico-dietéticas para impedir la obesidad, se impide que se desarrolle el S. metabólico, y se evita que se desarrollen las complicaciones macro y micro vasculares de la diabetes.

Aspectos ético-legales: Se regularía el estudio, por la legislación actual del consentimiento informado, y la ley que regula los aspectos éticos de la investigación.

Palabras clave: Diabetes, medicina, pacientes.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Plan de calidad 2008-2011: Evaluación a los cuatro años de la implantación

Moreno Garcia M, Antón Bueso AJ, Fernández de la Hoz LM, Garzón Prados PM^a, Pérez Romera FJ, Bonillo García M^aA

Medicina de Familia. UGC Gran Capitán. Granada

Título: Plan de calidad 2008-2011: Evaluación a los cuatro años de la implantación.

Introducción: Unidad de Gestión Clínica constituida por 80 profesionales que atiende una población urbana de 40.000 habitantes y nivel socio-económico medio-alto. En 2008 se diseña e inicia la implantación de un plan de calidad para cuatro años que estructuró todas las iniciativas de calidad que se venían realizando y desarrolló tres objetivos estratégicos basados en la mejora continua, el cumplimiento de los objetivos del acuerdo de gestión y la mejora de la calidad de vida profesional. Se realizó análisis de situación (cuantitativo y cualitativo), se desplegaron los tres grandes objetivos estratégicos en objetivos operativos, planes operativos, responsables y cronograma; se creó un sistema de gestión de la calidad estable, dinámico y participativo; se rediseñó la estructura organizativa de la unidad con la creación de espacios de responsabilidad compartida y se puso en marcha una web con foros virtuales para los grupos de trabajo.

Objetivos: GENERAL: Evaluar el grado de cumplimiento del plan de calidad para 4 años. ESPECÍFICOS: 1) Proponer mejoras en la gestión del plan de calidad.

2) Medir la calidad de vida profesional mediante cuestionario validado.

Diseño: Estudio Observacional Descriptivo Cualitativo.

Emplazamiento: Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria urbana.

Material y Método: En tres etapas: 1) Observación directa del cumplimiento de objetivos según cronograma específico por planes operativos (análisis univariante con las medidas de frecuencia y dispersión habituales, SPSS versión 15.0). 2) Cuestionario anónimo validado a todos los miembros del equipo para valoración del impacto. 3) Medida de la calidad de vida profesional mediante el cuestionario CVP-35.

Aplicabilidad: Este estudio pretende valorar la utilidad de la introducción de metodologías de calidad en equipos de atención primaria para cumplir objetivos, mejorar la dinámica del equipo e identificar nuevas áreas de mejora que formarán parte de futuros planes.

Aspectos ético-legales: El equipo de investigación no presenta ningún conflicto de intereses.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Calidad de vida y perfil de las pacientes diagnosticadas de fibromialgia

Bustillo Martínez I¹, Mori3n Castro M², Aboza Lobat3n A²

¹ MFyC. CS Chipiona (Cádiz)

² MFyC. CS Jerez (Cádiz)

Título: Calidad de vida y perfil de las pacientes diagnosticadas de fibromialgia.

Introducción: Describir las características socio-clínicodemográficas de los pacientes con fibromialgia de un centro de atención primaria y valorar su calidad de vida.

Objetivos: Con este estudio se pretende conocer la calidad de vida e identificar factores asociados a la mejoría de los pacientes diagnosticados de fibromialgia.

Diseño: Estudio observacional descriptivo con muestreo consecutivo.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano, mediante estudio observacional descriptivo con muestreo consecutivo.

Material y Método:

* **POBLACIÓN A ESTUDIO:** Los pacientes diagnosticados de fibromialgia que acuden a la consulta de su médico de familia en el Centro de Salud por cualquier motivo durante un año (2010).

* Para poder participar en el estudio los pacientes tienen que cumplir unos criterios de inclusión: haber sido diagnosticado de fibromialgia por su médico de atención primaria o por especialista (reumatólogo); dar su consentimiento para participar en el estudio; y disponer de teléfono u otros datos para poder contactar con el paciente.

* De la misma forma no podrán participar en el estudio aquellos pacientes que no tengan un diagnóstico firme de fibromialgia, los que no den su consentimiento y aquellos de los que no se dispongan datos para poder ponerse en contacto con ellos.

* **Tamaño muestral:** Según la prevalencia de fibromialgia y la población de nuestro centro de salud se

ha obtenido un tamaño muestral de 36 pacientes. Se han seleccionados según los requisitos anteriormente descritos.

* **VARIABLES A ESTUDIO:** Las variables a estudio han sido recogidas en forma de cuestionario donde se reflejan las características socio-demográficas, la comorbilidad y el tratamiento que realizan. Además de han añadido dos escalas validadas, la escala de ansiedad-depresión de Goldberg y la escala SF-12 para calidad de vida.

* **LIMITACIONES DEL ESTUDIO:** Una de las principales limitaciones del estudio va a ser el tiempo. La recogida de datos se realiza durante la consulta. El médico de atención primaria dispone de poco tiempo por paciente, en algunos casos se tendrá que concertar otra cita en horario de consulta o fuera de éste para la correcta recogida de datos. Así puede que se tarde demasiado tiempo en tener un tamaño muestral representativo por lo que nos apoyaremos en otras fuentes disponibles en nuestro centro de salud como pueden ser pacientes de otros compañeros médicos o en la población fibromiálgica atendida por la asistente social del centro. La falta de recogida de datos en DIRAYA va a ser otra de las limitaciones. Los pacientes a veces no tienen registrados en su hoja clínica los diagnósticos principales ni el tratamiento que están realizando. Este problema se pueden subsanar con otras fuentes de datos del enfermo como los informes de especialista.

Aplicabilidad: Por su alta prevalencia y según resultados se podría realizar un perfil de tratamiento adecuado para cada paciente así como predecir su evolución.

Aspectos ético-legales: Se recogió los consentimientos verbales y escritos previo a la realización de las encuestas, las cuales son anónimas y los resultados sólo se usaran para datos estadísticos de nuestro trabajo.

Palabras clave: Fibromialgia, analgésicos, tratamiento.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Valoración del PSA como screening cáncer de próstata

Fernández Moyano M^aA¹, Duque Castilla E², Gutiérrez Vera JD²

¹ MIR MFyC. UGC Algeciras Norte. Algeciras (Cádiz)

² MIR MFyC. Algeciras (Cádiz)

Título: Valoración del PSA como screening cáncer de próstata.

Introducción: El cáncer de próstata es la segunda neoplasia más frecuente en el varón que aparece generalmente a partir de los 40 años. Su incidencia aumenta debido a la mayor esperanza de vida de la población y al desarrollo de técnicas diagnósticas que permiten la detección de tumores asintomáticos que años atrás pasaban desapercibidos ya que las manifestaciones de este tipo de cáncer son más evidentes a medida que el cáncer avanza. Como cualquier otra neoplasia maligna genera un enorme impacto sociosanitario y económicos, con una gran morbilidad. Es por eso que es importante que desde Atención Primaria sepamos realizar una buena exploración física (incluyendo el tan importante TACTO RECTAL) como conocer el marcador biológico a nuestro alcance EL PSA, sus ventajas y sus limitaciones frente a esta frecuente enfermedad con el fin de poder llegar a detectarla en fases precoces de la enfermedad y poder así contribuir en el bienestar BIO-PSICO-SOCIAL de nuestros pacientes.

El proyecto tiene una finalidad diagnóstica y pronóstica del cáncer de próstata, utilizando un marcador PSA, una técnica invasiva "biopsia de próstata" y el inicial TACTO RECTAL, queremos saber si el screening de cáncer de próstata reduce su mortalidad y si tiene repercusión en el pronóstico.

Objetivos: PRINCIPAL: Conocer si existe relación entre el valor de PSA y la reducción de la morbilidad de los pacientes.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: SUJETOS: Varones a los que se le haya realizado biopsia de próstata en el período comprendido entre 2005-2009. CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Varones, edad mayor de 18 años a los que se les haya tenido que realizar biopsia prostática entre el 1 de enero de 2005 y el 31 diciembre de 2010, las muestras han debido ser analizadas por el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Referencia. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Muestras analizadas por laboratorios externos ajenos al hospital de referencia. Calcular el tamaño muestral con un nivel de confianza del 95% y un error muestral de +-5%. VARIABLES: Edad, resultado PSA, resultado BIOPSIA, resultado TACTO RECTAL, fármacos. ANALISIS ESTADISTICO: Multivariante, SPSS V15. LIMITACIONES DEL ESTUDIO: Sesgo Berkson, falta datos en historia clínicas.

Aplicabilidad: Determinar con mayor precisión los pacientes subsidisarios de derivación a Atención Especializada para la realización de Biopsia prostática.

Aspectos ético-legales: Ley Orgánica 15. 1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Ley 41. 2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica. Consentimiento informado para la recogida de datos de la historia clínica.

Palabras clave: PSA, adenocarcinoma próstata, atención primaria.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Mi vida antes y después de una infiltración

Duque Castilla E¹, Molina Cáceres M^aC²

¹ MIR MFyC. UGC Algeciras Norte. Algeciras (Cádiz)

² Especialista medicina familiar y comunitaria. Algeciras (Cádiz)

Título: Mi vida antes y después de una infiltración.

Introducción: El dolor osteomuscular en particular, es uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria. La importancia del dolor radica en el sufrimiento que comporta, en su repercusión BIOPsico-social, en su alta prevalencia que hacen que sea necesario tratarlo siempre y de forma adecuada.

Una de las maneras de tratar el dolor es a través de la infiltración, ésta consiste en la inyección, intraarticular o periarticular, de sustancias con efecto antiinflamatorio y analgésico que tratan de alcanzar efectos pedercederos o definitivos en la mejoría de procesos que afectan al aparato locomotor. Es una herramienta más para el control del dolor de la que dispone Atención Primaria con unas indicaciones y un lugar dentro de la escala terapéutica de estos procesos. Y es allí como primer nivel asistencial, donde los pacientes acuden con la esperanza de encontrar soluciones. Es el nivel asistencial donde debemos diagnosticar y tratar a los pacientes, recurriendo a Atención Especializada en los casos complejos, en aquellos que pese a nuestros esfuerzos terapéuticos no consigamos aliviar su DOLOR.

Objetivos: PRINCIPAL: Reducir y/o hacer desaparecer el dolor articular tras la infiltración. SECUNDARIOS: Describir perfil del paciente al que se infiltra. Describir variables asociadas a la infiltración.

Diseño: Se realizará estudio cuasiexperimental, pretendemos valorar los efectos antes y después de la intervención.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método: POBLACIÓN: Usuarios con patología osteoarticular subsidiaria de infiltración que acepten y firmen el consentimiento informado desde el 01 de Enero del 2011 al 31 de Enero de dicho año. CRITERIOS INCLUSIÓN: Pacientes mayores de 18 años con patología periarticular e indicación de infiltración que

acepten y firmen el consentimiento informado. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Menores de edad, paciente que no acepten y firmen el consentimiento informado, pacientes con alteraciones de la coagulación, ausencia de diagnóstico preciso, presencia de infección intraarticular o en tejidos periarticulares, o bien en caso de bacteriemia. Infiltraciones previas repetidas ineficaces. Reacción adversa medicamentosa en infiltración previa. Poliartritis crónica, con múltiples articulaciones activamente inflamadas. TAMAÑO MUESTRAL: Todos los pacientes diagnosticados de patología subsidiaria de infiltración en consulta de Atención Primaria que cumplan criterios de inclusión. VARIABLES: EVA, cuestionario Lattinen, edad, sexo, número infiltraciones previas. ANALISIS ESTADÍSTICO: Multivariante. Análisis mediante SPSS V15. LIMITACIONES DEL ESTUDIO: Tamaño muestral pequeño, falta de grupo control, regresión a la media, efecto Hawthorne, efecto placebo, no control de la evolución natural de la enfermedad.

Aplicabilidad: La obtención de buenos resultados terapéuticos derivados de la realización de infiltración en Atención Primaria permitiría disminuir el número de derivaciones a Atención Especializada, la mejora en la capacidad funcional de los pacientes y la reducción del gasto sanitario en otras medidas farmacológicas derivadas de la cronicidad de estos procesos.

Aspectos ético-legales: La metodología incluye la intervención en seres humanos de una técnica terapéutica estudiada y aceptada, por ello se asegura que se cumplirán los principios fundamentales de la Bioética: Beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. La Ley Orgánica 15. 1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Ley 41. 2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, consentimiento informado. Presentación al Comité ético del área sanitaria de referencia para su autorización.

Palabras clave: Infiltración articular, atención primaria, dolor osteomuscular.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Intervención educativa en pacientes hipertensos para la prevención del ictus

Martínez Buendía C¹, Hernández Pérez de la Blanca M², Torres Duque M^aJ³, Valverde Morillas C⁴, Martínez Buendía J⁵, Martos Martín M^aE⁶

¹ Medicina de Familia. CS La Zubia (Granada)

² Medicina y Cirugía. Medicina de Familia. Granada

³ Medicina y Cirugía. Medicina de Familia. Motril (Granada)

⁴ Medicina y Cirugía. Medicina de Familia. La Zubia (Granada)

⁵ Diplomado en Magisterio Educación Física. Granada

⁶ Licenciada en Psicología. Orientadora. Almuñécar (Granada)

Título: Intervención educativa en pacientes hipertensos para la prevención del ictus.

Introducción: El cumplimiento en hipertensos es del 17-66% y su grado de control, del 60 %. Esto es mejorable con educación sanitaria. La Constitución Española apunta el derecho a la educación sanitaria. La Ley General de Sanidad recoge que el Sistema Sanitario debe ofrecer una salud integral, incluyendo en este concepto la "educación sanitaria".

Objetivos: Analizar la eficacia de una intervención educativa para la adherencia o cumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos. Objetivos específicos:

1. A los 9 meses, el 60% de los pacientes hipertensos disminuirán en 20 mmHg su PA, en 2 puntos su IMC y en 1 punto el RCV.

2. A los 9 meses, al menos el 60% de los pacientes se habrán adherido al régimen prescrito (tratamiento farmacológico, alimentación saludable y actividad física regular).

Diseño: Ensayo clínico controlado aleatorizado.

Emplazamiento: Centro salud metropolitano.

Material y Método: Sujetos: Doscientos pacientes diagnosticados de HTA descontrolada, pertenecientes al programa HTA de DIRAYA con IMC 25-29.9.

Criterios de exclusión: = 2 antihipertensivos. No usuarios de internet. Deterioro físico y/o mental significativo. Embarazo y lactancia.

Muestreo: Asignación aleatoria a dos grupos paralelos, grupo control (GC) y grupo intervención (GI), similares en cuanto a sexo, edad y SCORE (riesgo cardiovascular). **Intervención educativa:** Los pacientes (n =100) del GC recibirán el consejo verbal habitual. En los pacientes (n =100) del GI se aplicará: a) un programa educativo sobre hipertensión y estilo de vida saludable (sesiones grupales, talleres y página web); y b) refuerzo educativo mensual, en el cual se evaluará la adherencia o cumplimiento terapéutico mediante la "tarjeta de cumplimiento del hipertenso"; la conducta de adherencia se reforzará con recordatorios motivacionales por e-mail. **Mediciones y resultados:** Se realizará en todos los pacientes hipertensos (GC y GI) una medición de la adherencia o cumplimiento mediante "la escala Morisky de Adherencia a Medicamentos de 8 puntos (MMAS-8)". Los no cumplidores con la medicación, serán asignados aleatoriamente a los dos grupos. En ambos grupos se medirá: La presión arterial (PA), el IMC y el SCORE, antes y después del consejo verbal habitual en el GC y de la intervención educativa en el GI. Los pacientes del GI, antes de la intervención educativa, cumplimentarán un cuestionario para evaluar posibles factores que pueden dificultar la adherencia al régimen prescrito (Modelo PRECEDE).

Aplicabilidad: Considerar "programas de educación sobre HTA" como recurso terapéutico indispensable en el tratamiento integral de la HTA.

Aspectos ético-legales: Consentimiento Informado por Escrito. Se cumplirán las Normas de Confidencialidad.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Características de la incapacidad temporal en pacientes con depresión en un centro urbano de atención primaria

Ortega Torres A¹, Paredes Serrano LE¹, Valverde Bolívar FJ², Peralta Prieto G³

¹ MIR MFyC. CS Belén. Jaén

² Médico de Familia. UDMFyC. Jaén

³ Médico de Familia. CS Belén. Jaén

Título: Características de la incapacidad temporal en pacientes con depresión en un centro urbano de atención primaria.

Introducción: Según la OMS, la depresión afecta en el mundo a unos 121 millones de personas y advierte que una de cada cinco personas desarrollará un cuadro depresivo en su vida, incrementándose este número si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. Es el tercer motivo más frecuente en la consulta de atención primaria. La depresión está asociada a una reducción de la capacidad funcional y la calidad de vida. Diversos estudios han demostrado que las poblaciones con depresión son más vulnerables al desempleo, alcanzando una tasa del 50% en estas personas.

Por ello la necesidad de estudiar a los pacientes con depresión, así como caracterizar la incapacidad temporal (IT) en este grupo importante de la población.

Objetivos: Principal: Determinar qué porcentaje de pacientes con depresión han necesitado de uno o más periodos de incapacidad temporal para su recuperación.

Secundarios: Describir las características de los pacientes con depresión. Determinar las características de la incapacidad temporal en los pacientes con depresión.

Diseño: Estudio descriptivo transversal de asociación cruzada.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: Población de estudio: Pacientes con diagnóstico de depresión en el centro de salud urbano (1809). Se incluirán todos los pacientes que hayan consumido al menos 1 tipo de antidepresivo en el periodo comprendido de enero-diciembre 2010 y se encuentren en actividad laboral.

Tipo de muestreo: Aleatorio simple.

Tamaño muestral: Para una proporción esperada del 20%, confianza 95% y error máximo del 5%, debemos seleccionar a 246 pacientes.

Variables: Edad, sexo, profesión, número de fármacos antidepresivos, tipo de fármacos antidepresivos, tiempo de evolución del episodio depresivo, número de derivaciones a salud mental, número de consultas por depresión en atención primaria, número de enfermedades crónicas concomitantes, número de intentos de autolisis, número de días de incapacidad temporal, número de episodios de incapacidad temporal por depresión, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas.

Análisis estadístico: Descripción de los datos mediante media y desviación típica (variables cuantitativas) y frecuencias (variables cualitativas). Se aplicarán los test estadísticos X^2 y T de Student según las variables.

Limitaciones:

- Al tratarse de un diseño observacional descriptivo y transversal no se puede medir causalidad, siendo esta limitación inherente al diseño.

- Sesgo de información. Los datos serán tomados de la historia clínica Diraya, pudiendo estar incompletos en algunos casos.

- Factores de confusión. Puede haber variables no medidas que influyan en los episodios de IT.

Aplicabilidad: Nos parece importante la caracterización de los pacientes con depresión por la prevalencia de esta enfermedad, la ausencia de datos en nuestro medio y por las limitaciones laborales que produce a nuestros pacientes; con estos datos se podrá elaborar un diagnóstico situacional e idear futuras estrategias que permitan mejorar la atención al paciente con depresión.

Aspectos ético-legales: Se solicitará la autorización del Comité de Investigación y Ética del Distrito Sanitario (según normativa del RD 223/04) para realizar el proyecto de investigación.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios sobre el documento de voluntades anticipadas

Fajardo Contreras M³C¹, Valverde Bolívar FJ², Jiménez Rodríguez JM³, González Igeño V⁴, Huertas Fernández F⁵, Gómez Calero A⁶

¹ Médica de Familia. CS Rute (Córdoba)

² Médico de Familia. Unidad Docente MFyC. Jaén

³ Trabajador Social. CS Rute (Córdoba)

⁴ Médico de Familia. CS Estepa

⁵ Médica de Familia. CS Coin.

⁶ Granada

Título: Conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios sobre el documento de voluntades anticipadas.

Introducción: El desarrollo de recursos terapéuticos invasivos y su aplicación en fases terminales de la enfermedad plantea la necesidad de una reflexión sobre el derecho a morir dignamente y con las mínimas garantías, dentro de la legalidad vigente, respetando la decisión del paciente aunque en ese momento no pueda expresar su voluntad.

La realización de los Documentos de Voluntades Anticipadas (DVA) y su utilización por parte de los profesionales es relativamente reciente, por eso resulta de gran interés conocer la opinión y conocimiento que tienen de estos documentos la población general española y los profesionales sanitarios, así como las expectativas y sentimientos que los mismos generan.

Objetivos: Objetivo principal: Determinar los conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios sobre el testamento vital en tres zonas básicas de salud de Andalucía.

Objetivos secundarios: Relacionar los conocimientos de los profesionales con los testamentos vitales realizados.

Conocer el número de testamentos vitales realizados en Andalucía y el número de consultas de los mismos que se efectúan en situaciones terminales.

Diseño: Descriptivo transversal mediante encuesta.

Emplazamiento: Estudio multicéntrico.

Material y Método: Se seleccionarán a todos los médicos/as, enfermeros/as y trabajadores/as sociales de los centros participantes en el estudio. El único criterio de exclusión será la negativa a participar.

Se medirán variables sociodemográficas (edad, sexo, centro de salud...) se utilizará un cuestionario (validado) autoadministrado que consta de 10 preguntas, dos

dicotómicas y el resto tipo likert de 0-10. Este cuestionario valora los conocimientos del personal sanitario (¿las voluntades anticipadas en Andalucía están reguladas por ley?, ¿ha leído el DVA de Andalucía? Etc.) y sus actitudes (conviene planificar y escribir los deseos sanitarios: 0 nada conveniente, 10 muy conveniente; el DVA es un instrumento útil para los profesionales: 0 nada útil, 10 muy útil; el DVA es un instrumento útil para los familiares: 0 nada útil, 10 muy útil. Etc.). Para conocer el número de DVA en Andalucía y sus consultas, se contactará con el registro provincial correspondiente.

Análisis estadístico: Se realizará una descripción de las principales variables, medias y desviación típica para cuantitativas y frecuencias para cualitativas. Se representarán mediante histograma, diagrama de cajas y mediante sectores o barras respectivamente. Se analizarán las respuestas por zonas, sexo y profesión mediante la X^2 y la T de Student o ANOVA.

Limitaciones. Sesgo de selección por negativas a participar.

Sesgo de información por la no respuesta al cuestionario, se intentará contactar hasta en 3 ocasiones con los profesionales para recoger la encuesta.

Aplicabilidad: Dada la relativa reciente aparición y utilización del DVA es importante conocer más sobre su utilización en nuestro medio, más sobre los profesionales que lo van a utilizar, pudiendo así ayudar a su correcto manejo.

Aspectos ético-legales: Se solicitará la aprobación por el comité de ética e investigación clínica (RD 223/04). Se entregará la información pertinente al estudio por escrito con firma de consentimiento informado.

Palabras clave: Voluntad en Vida, conocimientos, actitudes y práctica en salud, atención primaria de salud.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Influencia del diagnóstico de violencia de género en la evolución de los motivos de consulta de la mujer maltratada en atención primaria

Aranda Sola C¹, Jiménez Ruiz E², Morales Cortes J²

¹ MIR MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén

² MIR MFyC CS San Felipe. Jaén

Título: Influencia del diagnóstico de violencia de género en la evolución de los motivos de consulta de la mujer maltratada en atención primaria.

Introducción: La violencia contra la mujer es un problema de primera magnitud; en el ámbito internacional la prevalencia oscila entre el 10%-40%. En España, según el Instituto de la Mujer, afectaba en 1999 al 12,4%, aunque sólo el 4,2% se consideraba maltratada. En 2006, disminuyó al 9,6%; siendo la pareja el responsable en el 75% de los casos. En el ámbito sanitario, la prevalencia a nivel internacional oscila entre 20%-55% de las consultantes. En España, casi un tercio de las mujeres ha sufrido por parte de su pareja algún tipo de maltrato, físico, emocional o sexual a lo largo de su vida.

Objetivos: Objetivo principal: Conocer la influencia del diagnóstico de Violencia de Género en la utilización de recursos por parte de las mujeres maltradas.

Objetivos secundarios: Comparar el uso de recursos médicos antes-después del diagnóstico de violencia de género.

Describir los factores sociodemográficos asociados al maltrato.

Analizar el número de mujeres incluidas en el proceso de maltrato.

Conocer la frecuencia con la que el médico pregunta sobre las relaciones de pareja.

Conocer la efectividad de una pregunta de cribado.

Diseño: Observacional analítico de Casos–Controles.

Emplazamiento: Zona Básica de Salud (ZBS).

Material y Método: Población de estudio:

Casos: Todas las mujeres incluidas en el Proceso de Maltrato de Diraya de la ZBS. Se valorará la fecha de inclusión en el proceso (estimada=30).

Controles: Mujeres no diagnosticadas de maltrato de la misma ZBS (n=60).

Se seleccionarán de forma aleatoria a dos controles por cada caso, procedentes del mismo cupo que los casos y emparejadas por edad.

La recogida de datos se realizará mediante entrevista personal y la historia clínica del paciente; edad, antecedentes personales-familiares, activa/pasiva, entorno rural/urbano, estado civil, pareja actual (si/no), estudios de la mujer y la pareja, situación laboral de la mujer y la pareja, ocupación de la mujer y la pareja, nivel socioeconómico, motivos de consulta, número de consultas (médicas/enfermería), tipo y número de tratamientos, número y tipo de derivaciones, número y tipo de pruebas complementarias, número de hijos, ciclo vital familiar, estructura familiar, número de convivientes en el hogar, denuncias previas (número y fecha). Las variables referidas a frecuentación, motivos de consulta, derivaciones y tratamientos se medirán en los casos un año antes y después del diagnóstico.

A los controles se les pasará el cuestionario de Wast y Hart, para detectar nuevos casos, preguntando también ¿qué tal van las cosas con su pareja? para comprobar la sensibilidad y especificidad de la pregunta como cribado.

Se pedirá información de si su médico pregunta por relaciones de pareja.

Análisis de datos: Análisis descriptivo de los datos (medias y desviación típica para variables cuantitativas, frecuencias absolutas y relativas para cualitativas). Se realizará un análisis bivariante mediante X^2 y T de Student.

Aplicabilidad: Conocer mejor la situación actual de la mujer maltratada por violencia de género y mejorar la atención prestada. Detectar posibles nuevos casos de maltrato.

Aspectos ético-legales: Aprobación por el CEIC (RD 223/04). Entrega de información pertinente al estudio por escrito con firma de consentimiento informado, asegurando la confidencialidad de los datos.

Palabras clave: Violencia contra la mujer, violencia doméstica, atención primaria de salud.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Evaluación del estado nutricional de pacientes mayores incluidos en el programa de atención domiciliaria de dos centros de salud

Cano García M^aS¹, Aguado Taberna C², Agudo de la Paz M^aA¹, Salido Morales I³, Reyes Torre A⁴, Cosano Cañadas E¹

¹ MIR Medicina de Familia. CS Lucano. Córdoba

² Médico De Familia. CS Sta Rosa. Córdoba

³ Residente de Familia, CS Sta Rosa. Córdoba

Título: Evaluación del estado nutricional de pacientes mayores incluidos en el programa de atención domiciliaria de dos centros de salud.

Introducción: El estado nutricional es un indicador de fragilidad en ancianos ya que influye en la aparición de patología y afecta al curso y evolución de la misma. Son escasos los trabajos que analizan el estado nutricional de la población anciana y de ellos se obtienen datos muy variables que oscilan entre el 20% de pacientes desnutridos en atención domiciliaria, del 8 hasta el 60% en ancianos que viven en residencias o el 80% en ancianos frágiles.

Objetivos: Establecer la situación nutricional de pacientes ancianos incluidos en el programa de atención domiciliaria, (vivan en su domicilio o residencias de tercera edad), de dos centros de salud urbanos, establecer las diferencias entre las dos poblaciones y los posibles factores implicados en las mismas.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo y transversal.

Emplazamiento: Centros de Salud urbanos.

Material y Método: Sujetos: De la población incluida en el programa de atención domiciliaria (residentes en su domicilio o en residencias), se seleccionará una muestra representativa por muestreo aleatorio simple estratificado por tipo de residencia de 166 sujetos (alfa=0,95, beta=0,85, para un proporción esperada de malnutrición del 20% en atención domiciliaria y del 40% en residencias).

Criterios de inclusión: Pacientes pertenecientes al programa de atención domiciliaria de los centros. **Criterios de exclusión:** Imposibilidad para la recogida de los datos, negativa del paciente y/o familiar/cuidador, hospitalización, enfermedad que pueda interferir de forma importante en el estado

nutricional (cáncer avanzado, enfermedad terminal, etc.).

Mediciones e intervenciones: En el lugar de residencia de los sujetos se realizará una valoración que incluirá: Datos sociodemográficos, patologías físicas, valoración antropométrica; peso, talla, índice de masa corporal, circunferencia braquial y circunferencia de pantorrilla, valoración de su capacidad funcional (Índice de Barthel y el cuestionario de Lawton y Brody). Valoración cognitiva (cuestionario de Pfeiffer), de síntomas depresivos (cuestionario de Yesavage) y/o de ansiedad (cuestionario de Goldberg), evaluación de riesgo de malnutrición (cuestionario MNA Mini Nutritional Assesment). Posteriormente, y tras solicitar el consentimiento del paciente y/o familiar, se realizará una analítica completa en la que se determinarán niveles de hierro, ferritina, ácido fólico, vitamina B12, proteínas totales, albúmina y vitamina D3 entre otros.

Con los datos obtenidos se realizará un análisis bivariado y multivariante para establecer las diferencias entre las dos poblaciones analizadas y estudiar posibles variables relacionadas con la desnutrición.

Aplicabilidad: Los resultados obtenidos nos permitirán tener una idea más aproximada de las carencias nutricionales de los pacientes ancianos incluidos en el programa de atención domiciliaria y de los factores que se pueden asociar a las mismas. De esta forma se podrían detectar con mayor facilidad los sujetos de mayor riesgo potencial de desnutrición para establecer una adecuada intervención.

Aspectos ético-legales: A todo paciente se le hará firmar un documento según la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre en el que se recoja su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales y la participación de forma voluntaria en el estudio. El proyecto ha sido revisado por la comisión de investigación y ética de Distrito Sanitario Córdoba.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Valoración de la calidad de vida en una población infantil con asma bronquial estacional por polen del olivo

Simao Aiex L¹, Oliva Molina P¹, Extremera García E¹, Juárez Jiménez M^AV¹, Fernández Carazo C², Pérez Milena A³

¹ MIR de Medicina de Familia. CS El Valle. Jaén

² Pediatra. CS El Valle. Jaén

³ Médico de Familia. CS El Valle. Jaén

Título: Valoración de la calidad de vida en una población infantil con asma bronquial estacional por polen del olivo.

Introducción: El asma infantil es la enfermedad crónica más prevalente en España, sobre un 10%, con una incidencia anual de 5-6 niños/1000. Se considera como una expresión de un síndrome que incluye diversos fenotipos que comparten manifestaciones similares pero de etiología diferente: una de ellas sería el asma estacional. La información sobre el estado de salud de los niños asmáticos basada en síntomas y parámetros fisiológicos debe completarse con las medidas de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), útiles para valorar integralmente la enfermedad y su repercusión en la vida diaria del niño asmático. La CVRS en niños asmáticos por alergia al polen del olivo es poco conocida, lo que motiva este proyecto de investigación.

Objetivos: Valorar la CVRS de los pacientes con asma extrínseca al polen del olivo durante la infancia y la primera adolescencia y relacionarla con variables clínicas y sociodemográficas. Valorar la eficiencia de la atención a los pacientes asmáticos y el correcto uso de la medicación inhalada.

Diseño: Estudio prospectivo (con cohorte única).

Emplazamiento: Centro de Salud urbano con una zona necesitada de transformación social.

Material y Método: Se incluyen pacientes con asma extrínseca de menos de 14 años de edad, incluidos en proceso de Asma Infantil, que cumplan criterios NAEPP-3 y tengan identificado el polen del olivo como alérgeno respiratorio. Se excluyen si no consultaron en el último año, existe enfermedad grave, invalidante o rechazan participar. Se elige un tamaño muestral de 140 pacientes (alfa=5%, nivel de confian-

za=95%, pérdidas=10%), eligiendo a los sujetos de estudio mediante un muestreo aleatorio simple. Se realizarán dos entrevistas familiares (paciente + padre/madre/tutor), una en la época de presencia de alérgenos y otra seis meses después. Se administrará un cuestionario de calidad de vida (PAQLQ), (variable dependiente); también se recogerán variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel socioeconómico, estructura familiar), clínicas (relacionadas con el asma, valores espirométricos, uso de medicación inhalada) y de utilización de servicios (frecuentación, costes directos por atención, cumplimentación farmacológica). Análisis estadístico: se comprobará la normalidad de los datos y se presentarán medias. Proporciones con su error estándar. Se analizará la consistencia interna del test PAQLQ (correlación intraclase, alfa de Cronbach) y se valorará la diferencia entre los dos valores obtenidos. Tras un análisis bivariado con el resto de variables, se realizará un análisis multivariante (regresión logística) para conocer las variables explicativas de la calidad de vida. Limitaciones: sesgo de información, del entrevistador y de memoria, así como posibles pérdidas de unidades de muestreo.

Aplicabilidad: Conocer la repercusión real del asma en la calidad de vida de niños asmáticos y las variables asociadas que permitan una mejor intervención desde la consulta.

Aspectos ético-legales: El estudio será evaluado por el Comité de Ética e Investigación Científica, ajustándose a las normas de buena práctica clínica (RD 223. 2004; directiva 2001. 20. CE) y con anonimato/confidencialidad de los participantes. Se entregará información escrita sobre el estudio y se solicitará la firma de un consentimiento informado.

Palabras clave: Quality of life, asthma, olive pollen, childhood.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Eficacia del ejercicio físico aeróbico y de talleres psico-educacionales en pacientes con fibromialgia

Vargas Fuentes AM¹, Cabo López A², Alarcón Linares M³J³

¹ MFyC. CS Puerta Blanca. Málaga

² MFyC. CS San Andrés Torcal. Málaga

³ MFyC. CS Coin. Coin. (Málaga)

Título: Eficacia del ejercicio físico aeróbico y de talleres psico-educacionales en pacientes con fibromialgia.

Introducción: Hay poca evidencia sobre los tratamientos no farmacológicos en pacientes con Fibromialgia debido a la escasez de estudios publicados. Por lo que decidimos poner en marcha este proyecto, impartiendo talleres psico-educacionales junto a la realización de ejercicio físico aeróbico en estos pacientes.

Objetivos: El objetivo principal del estudio es evaluar la eficacia de una intervención multifactorial (ejercicio físico aeróbico y talleres psico-educacionales) para la mejora de la calidad de vida de las pacientes con fibromialgia.

Diseño: Ensayo cuasi-experimental controlado.

Emplazamiento: En tres Centros de Salud urbanos.

Material y Método: Sujetos serán 90 pacientes con fibromialgia, divididos en tres Centros de Salud (un grupo intervención y dos grupos control).

Los criterios de inclusión serán: Mujeres entre 30 y 60 años, diagnosticadas de fibromialgia por un reumatólogo, más de un año de evolución y firmen el consentimiento informado.

Los criterios de exclusión: Enfermedad cardiovascular activa o reciente o intervención quirúrgica en los 3 meses previos al estudio, déficit motor o cognitivo, realización de ejercicio físico en los últimos 6 meses y embarazadas.

Muestreo: Muestreo aleatorio sistemático.

Mediciones e intervenciones: La intervención se va a llevar a cabo en un de centro de salud, siendo los otros dos grupos control, durará 21 semanas, alternando talleres psico-educacionales y ejercicio físico. Antes y después de la intervención se les pasará el cuestionario FIQ-S (Spanish Fibromyalgia Impact Questionnaire), escalas visuales analógicas (EVA) y test de Apgar familiar, para determinar una mejoría en la

capacidad física, percepción del dolor, cansancio, ansiedad, depresión y sueño. Percibir diferencias en la calidad de vida en función de la edad, apoyo familiar, nivel educacional, estado civil, ejercicio físico previo, tratamiento farmacológico y comorbilidades.

Análisis estadístico: Se realizará un análisis descriptivo de las variables(v) del estudio; usando como medidas de centralización la media (v.cuantitativas) y proporción (v.cualitativas) y como medida de dispersión la desviación estándar y el intervalo de confianza al 95% para ambas variables. Posteriormente se realizará un análisis bivariante que constará por un lado del análisis de la variable dependiente (resultado del FIQ-S) en los dos grupos, control e intervención, mediante ANOVA (Análisis de la varianza); y por otro lado se analizará la variable dependiente (resultado del FIQ-S) con respecto a las variables independientes, usando una regresión lineal para las v.cuantitativas y ANOVA para v.cualitativas.

Por último se realizará un análisis multivariante de la variable dependiente con respecto a las variables significativas en el análisis bivariante, utilizando el modelo de regresión lineal múltiple.

Limitaciones: La principal del estudio es que al realizarse una intervención prolongada (21 semanas), se produzca una falta de asistencia a las sesiones.

Aplicabilidad: Desarrollar un Programa de Promoción de la Salud factible y aplicable siendo exportable a otros centros de salud.

Aspectos ético-legales: Se les administrará un consentimiento informado en un lenguaje asequible al nivel cultural. Se ofrecerá información pertinente de forma no directiva, argumentándose el riesgo-beneficio de la intervención. Los participantes tendrán libertad y autonomía para interrumpir el estudio si lo desean.

Palabras clave: Fibromyalgia, aerobic exercise, psychoeducational.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Atención compartida al paciente oncológico: opinión de los profesionales implicados

González Almendros EM^a, Nieto González M, Lara Rodríguez JM, Fernández Fernández J, López Verde F, Corredera Guillén A

MFyC . CS Delicias. Málaga

Título: Atención compartida al paciente oncológico: opinión de los profesionales implicados.

Introducción: La atención del paciente oncológico está demandando profundos cambios organizativos y de objetivos, pasando del actual diagnóstico, curación y paliación a propuestas sobre: Prevención primaria, diagnóstico precoz, curación, tratamientos que prolonguen la supervivencia, tratamiento de soporte, rehabilitación, cuidados continuos y cuidados paliativos progresivos. El médico de familia juega un papel importante a lo largo de todo este proceso que también abarca el soporte psicosocial del paciente y sus familiares, en el marco de un modelo de atención psicosocial. Podemos definir atención compartida como aquella en la que profesionales o equipos que forman parte de organizaciones diferenciadas comparten la responsabilidad de la salud de los pacientes.

Objetivos: Conocer la tasa de aceptación y los factores que la condicionan en el seguimiento del paciente oncológico entre médicos de familia y oncólogos médicos y radioterapeutas.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo y transversal mediante encuesta por correo. Calculamos un tamaño muestral de 180 médicos de familia y 180 oncólogos, con una tasa de aceptación estimada del 94%, un $\alpha = 0,05$ y una tasa de respuesta estimada del 50%. Se realizará un muestreo polietápico de los médicos de familia por provincia, distrito y centro. Estimando que el universo de oncólogos es menor o similar al tamaño muestral calculado se decide no realizar muestreo en la población de oncólogos y encuestar al universo.

Emplazamiento: Servicios de oncología y centros de Atención Primaria del Sistema Sanitario Público Andaluz.

Material y Método: Criterios de inclusión: Médicos de familia y oncólogos médicos y radioterapeutas que

atienden pacientes en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Criterios de exclusión: Médicos que sólo atiendan a pacientes en edad pediátrica, pacientes de urgencias médicas y médicos internos residentes. Intervención: Los médicos seleccionados que cumplan estos criterios, recibirán en su lugar de trabajo una carta personalizada con la encuesta e información sobre el estudio y sobre prefranqueado para su devolución. Las encuestas, específicas para cada grupo profesional, valoran como factores condicionantes: Especialidad, edad, género, formación, experiencia laboral, responsabilidades directivas, ámbito laboral, dispersión poblacional, apoyo psicosocial al paciente, atención integral, localización tumoral, percepción de carga asistencial y de necesidad de formación, calidad percibida de comunicación entre niveles y experiencia personal con la patología. Análisis estadístico: Estadística descriptiva, bivariante y multivariante tomando como variable de resultado la tasa de aceptación/rechazo. Limitaciones: Escasa experiencia y bibliografía en implantación de un modelo de atención compartida en este campo y la opinión de los profesionales implicados. Dispersión de las fuentes de información de datos.

Aplicabilidad: Resultados directamente aplicables a la organización de servicios asistenciales andaluces conllevando un mejor uso de los recursos sanitarios, reduciéndose sobrecargas asistenciales de los servicios de Oncología. Detectaríamos limitaciones y facilitadores para la extensión de este modelo.

Aspectos ético-legales: Aspectos ético-legales: Proyecto aprobado por Comisión de Ética e Investigación Sanitaria del Distrito Sanitario Málaga. Cumple los principios éticos fundamentales de la Declaración de Helsinki (mejoras en atención médica y bienestar del paciente, calidad y accesibilidad al sistema sanitario). Confidencialidad de los profesionales sanitarios encuestados mediante datos anónimos.

Palabras clave: Atención compartida, paciente oncológico, médico de familia.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Prevalencia de disfunción eréctil (de) en pacientes con diagnóstico de síndrome metabólico (SM)

Orellana Legupín C, Ruiz Hinojosa R, Méndez Iglesias RM^a; Vélez Goñi AI, Luque Barea A

MIR MFyC. La Laguna. Cádiz

Título: Prevalencia de disfunción eréctil (DE) en pacientes con diagnóstico de síndrome metabólico (SM).

Introducción: La prevalencia de DE en pacientes con SM, parece ser mayor que en el resto de la población masculina, con relación proporcional al número de factores de riesgo vascular que presenten. Las lesiones del endotelio vascular, el aumento en plasma de marcadores de inflamación como proteína C reactiva (PCR) y el de componentes endoteliales protrombóticos hallados en el SM, podrían estar en relación con el aumento de la prevalencia de DE en esta población. Actualmente, la DE se considera como una patología dentro del grupo de las Disfunciones Endoteliales, llegando a ser considerada un marcador temprano de eventos cardiovasculares. Se pueden ofrecer alternativas terapéuticas a estos pacientes más allá del tratamiento sintomático, optimizando el tratamiento específico de los factores de riesgo que componen el SM con medidas farmacológicas y/o higiénico-dietéticas.

Objetivos: Determinar prevalencia y severidad de DE en población censada en un Centro de Salud Urbano, con diagnóstico de SM, usando como herramienta el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF). Objetivos secundarios, valorar la relación entre el número de factores de riesgo cardiovascular que constituyen el SM y la severidad de la DE.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: Censo de varones que reúnen criterios ATP-III para SM, seleccionados a través de Diraya, ya que se dispone de icono específico en programas de salud; como criterios de inclusión, varones con SM sin limitación de edad que no hayan sufrido ningún evento cardiovascular (cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica o enfermedad cerebrovascular).

Se procederá a citar telefónicamente a estos pacientes explicando brevemente el motivo del estudio para entrevista posterior, y recogida de los siguientes datos mediante identificación por DNI: Edad, estudios, situación laboral, hábito tabáquico, perímetro abdominal, tensión arterial y tratamiento farmacológico (si lo hubiera). Se solicitará analítica con hemograma, glucosa, PCR, perfil lipídico, función hepática y renal, TSH, antígeno prostático específico (PSA), testosterona y prolactina. Autocumplimentación por parte del paciente del IIEF en ubicación fuera de la consulta tras explicar la importancia de conocer presencia o no de DE. En una segunda visita, se valorará la analítica y se realizará estratificación del riesgo vascular (tabla SCORE), revisión de tratamiento e intervención sobre factores de riesgo cardiovascular y derivación, si procede a Consulta de Salud Sexual y Reproductiva para consejo sexual y/o tratamiento con inhibidores de 5-fosfodiesterasa. Como limitaciones de este estudio, predecimos posible falta de respuesta tras la llamada, edad avanzada de algunos pacientes, empleo de fármacos inductores de DE, falta de sinceridad a la hora de cumplimentar IIEF. En análisis estadístico, se estudiará estadística descriptiva, así como analítica para determinar potenciales asociaciones entre prevalencia de factores de riesgo vascular y de disfunción eréctil.

Aplicabilidad: Considerar la DE como marcador que precede a los síntomas de enfermedad cardiovascular y prevenir la aparición de eventos cardiovasculares futuros.

Aspectos ético-legales: Se respetará la legislación en cuanto a consentimiento informado, confidencialidad de datos y protección de los mismos, así como aprobación por comité de ética e investigación en ámbito de referencia.

Palabras clave: Disfunción eréctil, síndrome metabólico, riesgo cardiovascular.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Riesgos y costes del empleo en atención primaria de neurolépticos en población anciana

López Muñoz C¹, Ortiz Puertas T²

¹ MIR 2º año MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén

² MIR 2º año MYyC. CS Belén. Jaén

Título: Riesgos y costes del empleo en atención primaria de neurolépticos en población anciana.

Introducción: En la población anciana los trastornos de conducta y/o de salud mental grave aparecen hasta en un 25% del total, empleándose tratamiento farmacológico hasta en un 46% de estas personas. Los neurolépticos son un grupo farmacológico de primera línea y elevado uso. Dados los frecuentes efectos secundarios, la adherencia al tratamiento es baja, por lo que se debe ser riguroso al prescribirlos, usando la mínima dosis terapéutica durante el menor tiempo posible. Este recurso terapéutico es objeto de polémica y revisión constante tanto por sus potenciales riesgos como por su posible mal uso/abuso. Este hecho determina la importancia de valorar si su empleo está justificado, según beneficio-riesgo y coste-efectividad. En los últimos años ha aumentado el porcentaje de ancianos en tratamiento con neurolépticos, pero ¿existen diferencias en la prescripción de estos dentro de la misma ZBS?, ¿se hace seguimiento del paciente en tratamiento?

Objetivos: Describir y evaluar la utilización de neurolépticos en la población anciana atendida en Atención Primaria, valorando costes y riesgos.

Diseño: Estudio descriptivo transversal de asociación cruzada.

Emplazamiento: Seis Zonas Básicas de Salud de un área urbana.

Material y Método: Se incluyen pacientes con 65 o más años de edad con al menos una visita en Atención Primaria en el último año. Hay un total de 17958 pacientes >65 años en la ZBS, de los cuales un 5-10% puede estar tomando un neuroléptico (el listado completo será facilitado por el servicio de farmacia del distrito sanitario). De esta población de referencia se

escogerá una muestra de forma aleatoria simple con un mínimo de 340 unidades de muestreo (alfa 5%, nivel de confianza 95%, pérdidas 10%). Se recogerán de la historia de salud digital las siguientes variables: edad, sexo, enfermedades crónicas y medicación empleada, índices de actividades básicas (Barthel) e instrumentales de la vida diaria (Lawton-Brody), Test Mini-mental, uso de neurolépticos (tipo, dosis, motivo de la indicación y quién la realiza, importe anual de la medicación, número de envases, dosis diaria definida -DDD- y dosis total definida -DTD-), interacciones farmacológicas, yatrogenia y control de complicaciones. También se recogerá el perfil del médico de familia y el centro de salud de referencia.

Análisis estadístico: Se comprobará la normalidad de los datos, expresando los resultados como medias y proporciones con su error estándar y comparando los datos obtenidos según el tipo de neuroléptico empleado (típico/atípico) mediante la t de Student (o su equivalente no paramétrico) y el test X². La principal limitación del estudio se encuentra en el sesgo de información que pueden contener las historias clínicas y la dificultad para realizar un seguimiento de las complicaciones del tratamiento con neurolépticos.

Aplicabilidad: Conocer los objetivos planteados permitirá mejorar el empleo de neurolépticos en ancianos en cuanto a beneficio-riesgo y coste-efectividad, adecuando las indicaciones a las guías de práctica clínica para evitar yatrogenia.

Aspectos ético-legales: El trabajo se presentará al Comité de Ética e Investigación Científica y los datos recogidos serán confidenciales, asegurando el anonimato de los sujetos estudiados.

Palabras clave: Neuroléptico, anciano, atención primaria.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Hábitos de vida y exceso de peso en la población escolar

Laserna Rodríguez N¹, Porras Millán D¹, Oliva Moreno CM¹, Téllez Joya FI², González Amaya S³, Ocaña Rodríguez D³

¹ MIR 4º año MFyC. CS Algeciras Norte. Algeciras (Cádiz)

² MIR 3er año MFyC. CS Algeciras Norte. Algeciras (Cádiz)

³ MFyC Algeciras Norte. Algeciras (Cádiz)

Título: Hábitos de vida y exceso de peso en la población escolar.

Introducción: El exceso de peso es considerado por la OMS la "epidemia del siglo XXI". Se ha demostrado una relación entre el sobrepeso y la obesidad infanto-juvenil y su persistencia en la edad adulta, con el consecuente aumento de mortalidad por patología asociada directa o indirectamente. Ya en la juventud aparecen factores de riesgo cardiovasculares como aumento de los niveles de colesterol y un mayor riesgo en la edad adulta de cáncer colorrectal y trastornos endocrinológicos y psicológicos.

Dado que la obesidad está asociada a una disminución de la calidad y esperanza de vida, y que esta enfermedad puede tener su origen en la infancia, se hace necesario iniciar su prevención en edades tempranas. Estudios realizados demuestran resultados positivos de intervenciones dirigidas a promover hábitos de vida saludables. Con esta finalidad, el Ministerio de Sanidad y Consumo impulsa planes como la estrategia NAOS y el programa PERSEO, e insiste en la importancia de la acción multidisciplinar, para que esos cambios de hábitos se mantengan en la edad adulta. Para la realización de un estudio sobre la efectividad de estos programas de intervención en una población es necesario un estudio epidemiológico previo de dicha población.

Objetivos: Principal: Conocer los hábitos de vida de la población de entre 6 y 16 años en un área urbana. Evaluar la talla y peso de la población a estudio. Calcular la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Valorar la influencia de la comida en la escuela en los hábitos alimentarios.

Diseño: Estudio descriptivo transversal con muestreo por conglomerados bietápico estratificado.

Emplazamiento: Centros de educación primaria y secundaria en el área urbana.

Material y Método: Población a estudio: Personas de 6 a 16 años de Primaria y ESO en curso 2011-12. Variables: Peso, altura, hábitos alimentarios (escala Krece Plus), actividad física (estudio en Kid), asistencia a comedor escolar.

Tamaño muestral (con nivel de significación del 95%): 400 personas, incluidas las pérdidas.

Análisis estadístico: Análisis univariante de variables cualitativas mediante la frecuencia y la cantidad por la desviación media, la mediana y estándar. Análisis bivariante utilizando Chi-cuadrado para variables cualitativas y la prueba de la T y ANOVA para variables cualitativas como cuantitativas. Mediante regresión logística se evaluarán los factores que se asocian al sobrepeso.

Limitaciones: Las causas genéticas y las patologías previas pueden ser variables confusoras. La estratificación y la asignación aleatoria pueden corregir sesgos de confusión.

Aplicabilidad: Conocimiento de la prevalencia y factores condicionantes del exceso de peso en la población escolar estudiada para poder planificar programas de intervención específicos para la prevención y tratamiento de esta patología.

Aspectos ético-legales: Se les pedirá a los participantes consentimiento informado. Se informará verbalmente en el momento de su captación, de que los datos recogidos, el seguimiento posterior y los resultados, serán objeto de un estudio de investigación, conforme a la Ley Básica de Autonomía del paciente, 41. 2002 de 14 de noviembre, especialmente de su Art. 8.4. Todos los datos serán tratados con las máximas garantías de confidencialidad conforme a la legislación vigente (Ley 15. 1999).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Análisis de la correcta indicación de bifosfonatos en mujeres de nuestro centro de salud

Pavón Mata JM, Simón Prado I, Luque López C, Fernández Ochavavía E, Shevlina N

MIR MFyC. CS Las Albarizas. Marbella (Málaga)

Título: Análisis de la correcta indicación de bifosfonatos en mujeres de nuestro centro de salud.

Introducción: La osteoporosis es una enfermedad de alta prevalencia y constituye un problema de salud con importantes repercusiones individuales, familiares y en la comunidad. Su tratamiento farmacológico supone un elevado gasto, de ahí nuestro interés sobre conocer su correcta indicación. La osteoporosis en nuestro medio está poco diagnosticada y tratada.

Objetivos:

- Principal: Determinar la correcta indicación de bifosfonatos en mujeres (>45 años) pertenecientes al centro de salud Las Albarizas en el período d 2010/2011.

- Analizar los criterios diagnósticos empleados en estas pacientes.

- Analizar la correcta asociación de bifosfonatos con suplementos de calcio y vitamina D.

Diseño: Estudio descriptivos, observacional, transversal no experimental.

Emplazamiento: Centro de Salud Las Albarizas, pertenecientes al Distrito sanitario Costa del Sol.

Material y Método:

- Listado de farmacia del Distrito Costal del Sol, de pacientes (mujeres) en tratamiento con bifosfonatos en el período seleccionado.

- Criterios de inclusión: Mujeres en tratamiento con bifosfonatos.

- Criterios de exclusión: Aquellos tratamientos que no estén en receta XXI ó aquellos que no estando en receta XXI lleven más de un mes sin ser prescritos.

- Muestra: n=265

- Técnica de muestreo: Muestreo aleatorio sistemático.

- Análisis estadístico: Variables de estudio cualitativas, obtendremos frecuencias e intervalos de confianza. Emplearemos el sistema informático SPSS.

- Limitaciones: Fallos en el registro de farmacia, falta de datos en Diraya.

Aplicabilidad: Nos permitirá analizar el uso actual de estos fármacos en el tratamiento de la osteoporosis, en el ámbito de nuestro centro de salud y dado el gasto farmacéutico que supone, mejorar en cuanto a su indicación por parte del médico de atención primaria.

Aspectos ético-legales: En nuestro proyecto de investigación no encontramos ningún aspecto importante a reseñar.

Palabras clave: Osteoporosis, treatment, primary care.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Inercia terapéutica en pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en atención primaria

Torrecillas Almansa SL¹, Maqueda Cuenca M^aT², Gómez Otálora EM³, Aranda Sola C⁴

¹ MIR 3er año MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén

² MIR 1er año MFyC. Jaén

³ Médico de Familia. Jaén

⁴ MIR 3er año MFyC. Jaén

Título: Inercia terapéutica en pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en atención primaria.

Introducción: La inercia terapéutica (IT) conlleva un retraso en la intensificación del tratamiento cuando las características del paciente y la enfermedad lo requieren, Y ésta podría ser una de las causas por las que no se consiguen los objetivos recomendados por las guías para el adecuado control metabólico de nuestros pacientes.

Objetivos: Objetivo general:

Cuantificar la IT en pacientes con Diabetes Mellitus 2 (DM2) en Atención Primaria e identificar los factores asociados a ésta.

Objetivos específicos:

1. Establecer la relación entre la frecuentación sanitaria, control metabólico de los diabéticos y presencia/ ausencia de IT.
2. Estimar las diferencias en el empleo del autoanálisis de sangre capilar de diabéticos con y sin IT.
3. Valorar la influencia de la edad y el sexo en la presencia de IT en los pacientes diabéticos.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: 6 zonas básicas de salud urbanas de Jaén capital.

Material y Método: 379 pacientes con DM2 en seguimiento por su médico de familia, seleccionados mediante muestreo aleatorio simple.

Se incluirán pacientes diagnosticados de DM2 según los criterios de la Asociación Americana de Diabetes, seguidos en las consultas de atención Primaria con, al menos, una visita en el último año.

Se excluirán pacientes con residencia habitual distinta a la zona de estudio o en cuya historia no consten datos clínicos, tratamiento que altere el control metabólico y enfermos terminales.

Las variables de estudio serán: IT, edad, sexo, tabaquismo, tiempo de evolución, tratamiento farmacológico actual, realización de autocontroles, complicaciones micro y macrovasculares, médico y centro de salud, n° de visitas y parámetros de exploración física y analítica. Los datos se recogerán de la historia de salud digital (DIRAYA) de forma retrospectiva desde la fecha de comienzo del estudio hasta el momento del diagnóstico de DM, con un máximo de 5 años.

Se realizará un análisis bivariado usando la t de Student para medias y el test X^2 para proporciones. Las variables que den un resultado significativo en el análisis bivariante serán procesadas mediante un análisis de regresión lineal.

Aplicabilidad: Conociendo el grado de IT que sufren los pacientes diabéticos se podría conseguir la adopción de diversas medidas para la mejora del control metabólico.

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, inercia terapéutica.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Adecuación de la prescripción de psicofármacos en atención primaria

Domínguez Manzano N, Arriaza Gestoso M, Perejón Díaz N, Moreno Jiménez I

CS La Laguna. Cádiz

Título: Adecuación de la prescripción de psicofármacos en atención primaria.

Introducción: Actualmente los psicofármacos son uno de los grupos farmacológicos más prescritos en los países occidentales, y está ampliamente extendida en atención primaria para tratar problemas de salud mental con una alta prevalencia, como es el caso de los trastornos de ansiedad, depresión e insomnio primario. La ansiedad que genera la competitividad laboral y determinados problemas de la vida cotidiana ha favorecido su uso, pero la solución de estas situaciones no debería pasar por el empleo continuado de estos fármacos, pues aunque su eficacia terapéutica y sus beneficios clínicos a corto plazo están fuera de toda duda, no están exentos de riesgo; y además, su eficacia a largo plazo no se ha establecido de forma objetiva.

Objetivos:

Primario:

- Estimar la prevalencia del uso prolongado de BZD y antidepresivos en un centro de atención primaria.

Secundarios:

- Determinar si existe diferente distribución según grupos de edad y sexo.

- Valorar la adecuación de la prescripción a la indicación.

Diseño: Observacional. Descriptivo, de corte transversal.

Emplazamiento: Centro de atención primaria urbano.

Material y Método: Estudio observacional descriptivo, de corte transversal, desarrollado en Atención Pri-

maria, en un Centro de Salud durante el segundo semestre de 2011, sobre una población comprendida entre 18 y 100 años y por un tiempo superior a 3/5 meses. La selección de la muestra será aleatoria a partir de dichos datos y se estima un tamaño muestral de 300, calculado estimando las posibles pérdidas. Por contacto telefónico haremos partícipes de este trabajo a los seleccionados, previo consentimiento informado por escrito; se pasarán test estandarizados y a través de una serie de preguntas ya determinadas y similares a todos los individuos, será posible estudiar las variables comunes entre los tratados y lo adecuado de dicho tratamiento.

Aplicabilidad: Conocer la calidad de la prescripción en este campo nos ayudará a detectar fallos en la misma y actuar sobre ellos, evitando así tanto la infraprescripción como la sobreprescripción, mejorando la calidad de atención en la esfera psiquiátrica en el ámbito de atención primaria y permitiendo al médico de familia aumentar su capacidad para atender de manera integral a este tipo de pacientes.

Aspectos ético-legales: Aunque la metodología del proyecto no incluya intervenciones sobre seres humanos, ni tratamiento de muestras biológicas de origen humano, se cumplirán los principios fundamentales de la Bioética: Beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Así como la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, (Principios de la protección de datos) y III (Derechos de las personas). Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, se garantizará específicamente la aplicación de los Capítulos II (Derecho a la Información Sanitaria), III (Derecho a la intimidad) y IV (El respeto de la autonomía del paciente).

Palabras clave: Benzodiacepinas, atención primaria, prescripción, abuso.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Evaluación de la eficacia de los talleres psicoeducativos sobre un grupo de mujeres con un bajo nivel de autoestima

Tavira Patón M^aT¹, Porcel Martín EM^a2, Porcel Martín CE³, Santa Cruz Ballet C⁴, De los Riscos Mateos EM^a5, Rey Martín AE⁵

¹ MIR MFyC. CS Trinidad Jesús Cautivo. Málaga

² MIR MFyC. Málaga

³ Enfermería. Málaga

⁴ Trabajo Social. Málaga

⁵ Medicina de Familia y Comunitaria. Málaga

Título: Evaluación de la eficacia de los talleres psicoeducativos sobre un grupo de mujeres con un bajo nivel de autoestima.

Introducción: Cuando nuestra autoestima no se desarrolla, disminuye nuestra capacidad para afrontar problemas que se nos presentan. La baja autoestima afecta sobre todo a mujeres, con nivel escolar primario, condición socioeconómica baja y enfermedades crónicas. Es importante encontrar una alternativa a la farmacología que ayude a estas mujeres.

Objetivos: Principal: Evaluar eficacia de talleres psicoeducativos para mejorar la autoestima de las mujeres (Escala Coopersmith). Secundarios: Evaluar el porcentaje de mejora de la calidad de vida (EuroQol-5-D). Comparar visitas al médico de atención primaria los seis meses previos a los talleres y los seis meses posteriores. Comprobar adquisición de habilidades sociales y capacidad resolución de situaciones críticas en la vida diaria. Estudiar mejora control ansiedad (Escala de Golberg).

Diseño: Ensayo cuasiexperimental con grupo control y con medición antes y después de los talleres.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: Sujetos: 120 mujeres (15 mujeres por grupo, 4 talleres. año) captadas por su médico de atención primaria, muestreo no probabilístico (diferencia entre grupos 2 o más puntos en la escala de Coopersmith, potencia del 80%, nivel de confianza del 95%, pérdidas del 14%). Criterios de inclusión: Mujeres de 30-65 años; déficit apoyo familiar y/o social diagnosticados, trastorno ansioso-depresivo; hiperfrecuentadoras del sistema sanitario; adscritas al Centro de Salud del estudio; firma del consentimiento informado. Criterios de exclusión: Participación previa en talleres; problemas cognitivos. 2 grupos; INTERVENCIÓN (acudir a talleres + test pre y post talleres), CONTROL (test

simultáneamente a grupo intervención). Variable resultado principal: Autoestima (escala de Coopersmith). Variables independientes: Intervención, edad, nivel de formación, situación socio-laboral, relaciones sociales, frecuentación de servicios sanitarios, nivel de ansiedad y depresión, nivel de salud. Seguimiento: Control antes y después de los talleres. Análisis estadístico: Análisis por intención de tratar. Comparación de la eficacia de la intervención entre grupo intervención y grupo control (test de McNemar, test Chi-cuadrado). Efecto de participar en el taller, con el NNT. Diferencias detectadas en variables independientes se medirán mediante el ANOVA (cuantitativas) y Chi-Cuadrado (cualitativas). Modelo multivariante de regresión logística: Variable principal; mejora de la autoestima (si/no); variable predictora: Intervención; variable modificadora del efecto: Restantes variables independientes.

Limitaciones del estudio: No disposición listado de pacientes, sesgos; de autoselección, de Neyman, de Berkson, del no respondiente, de atención, de la obsequiosidad, de la respuesta invariable, del falseamiento, del entrevistador; número limitado de pacientes, "Efecto terapéutico", errores de medición y factores de confusión. Todas estas limitaciones se controlarán mediante la elección del tipo de estudio adecuado, cálculo de tamaño de muestra, utilización de grupo control, utilización de cuestionarios validados, reproductibilidad de los talleres, utilización de códigos que identifiquen a la paciente y emparejamiento. Las limitaciones que no se puedan evitar serán analizadas en la discusión.

Aplicabilidad: Puesta en práctica de los talleres en mujeres con baja autoestima en el entorno de Atención Primaria.

Aspectos ético-legales: Firma del consentimiento informado, confidencialidad, hoja informativa.

Palabras clave: Talleres psicoeducativos, mujeres, autoestima.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Efectividad de un programa comunitario socio-motriz sobre la calidad de vida y la condición física funcional de la población mayor de 65 años con riesgo social. Ensayo clínico aleatorio controlado

López Téllez A¹, Río Ruiz J², Molinero Torres F³, Martínez Zaragoza I⁴, Fernández Maldonado I⁵, Valero Cantero I⁶

1 Médico de Familia. CS Puerta Blanca. Málaga

2 Trabajadora Social. CS Puerta Blanca. Málaga

3 Profesora de educación física. IES Fernando de los Ríos

4 Coordinadora de enfermería. CS Puerta Blanca. Málaga

5 MIR 4º año MFyC. CS Puerta Blanca. Málaga

6 Enfermera de enlace. CS Puerta Blanca. Málaga

Título: Efectividad de un programa comunitario socio-motriz sobre la calidad de vida y la condición física funcional de la población mayor de 65 años con riesgo social. Ensayo clínico aleatorio controlado.

Introducción: Las actividades comunitarias forman parte de las competencias de la Atención Primaria, sin embargo su desarrollo es escaso. En nuestro centro de salud (CS) venimos realizando un programa socio-motriz (PSM) en mayores con riesgo social. En un pilotaje previo hemos observado mejoría en la calidad de vida y condición física de los pacientes; por lo que hemos considerado interesante evaluar el programa mediante un estudio controlado.

Objetivos: Principal: Evaluar la efectividad del PSM en la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y en la condición física funcional (CFF), de pacientes mayores de 65 años con riesgo social.

Secundarios: Valorar el mantenimiento de los resultados en el tiempo; y su repercusión en la frecuentación de servicios de salud, entre otros.

Diseño: Ensayo clínico aleatorio con grupo control.

Emplazamiento: Multicéntrico. Actividad Comunitaria: Dos CS urbanos y un centro educativo público.

Material y Método: Sujetos: Pacientes de ambos sexos, mayores de 65 años, atendidos en los CS con diagnóstico de riesgo o problema social (Escala de Gijón \geq 10). Criterios de exclusión: alteraciones del nivel de autonomía; patologías que contraindiquen

la actividad física ligera y ausencia del consentimiento informado.

Muestreo: Se precisan 51 sujetos en cada grupo para detectar una diferencia \geq 5 unidades del componente resumen del cuestionario CVRS-SF36; aceptando un riesgo alfa del 5%, riesgo beta del 20%, en un contraste unilateral, y un 20% de posibles pérdidas. Los pacientes incluidos se asignarán aleatoriamente (por bloques) a los grupos.

Mediciones e Intervenciones: 1. Grupo de intervención: inclusión en el PSM, que comprende dos sesiones semanales de una hora de duración de ejercicio físico organizado durante 6 meses, sesiones de educación para la salud mensuales y tres jornadas de actividades sociales.

2. El Grupo control recibirá los consejos habituales.

Se realizaran mediciones previas; al finalizar el programa (6 meses), a los 9 y 12 meses.

Se registrarán datos sociodemográficos, clínicos, frecuentación y otros relacionados.

Las variables resultado serán: CVRS valorada mediante el cuestionario SF36 y la CFF mediante la Batería Senior Fitness Test.

Análisis estadístico: Primero un análisis univariado. Posteriormente se estudiará la comparabilidad basal de los grupos, en relación con las variables es-

tudiadas mediante test de contraste de hipótesis. Se utilizarán diversas pruebas estadísticas para datos pareados (antes y después del tratamiento) e independientes (entre grupos). Se realizarán análisis multivariantes para explorar la asociación entre la variable de interés, con otras variables independientes, y controlar los posibles factores de confusión.

Limitaciones: No es posible el enmascaramiento de los grupos; posibles interacciones por intervenciones difíciles de controlar, que intentaremos disminuir recogiendo toda la información disponible.

Aplicabilidad: El PSM pretende mejorar los resultados en salud de la población mayor con riesgo social. Si nuestros resultados son favorables, aportaremos pruebas a favor de la promoción del PSM comunitario, coordinado entre los CS y los centros educativos.

Aspectos ético-legales: Se seguirán las recomendaciones de la Declaración de Helsinki y las Normas de Buena Práctica Clínica. El Comité de Ética e Investigación ha autorizado el proyecto.

Palabras clave: Physical activity, health-related quality of life, elderly.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Análisis de prevalencia de trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el periodo 2006-2010 en atención primaria

García García AL¹, Troudi Akhdar F²

¹ MIR MFyC. CS Las Lagunas. Mijas (Málaga)

² MIR MFyC. CS Arroyo de la Miel. Benalmádena (Málaga)

Título: Análisis de prevalencia de trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el periodo 2006-2010 en atención primaria.

Introducción: El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el más frecuente en la infancia y repercute seriamente en el desarrollo del niño y en su vida adulta. Estimándose una prevalencia de 3-10%, más frecuente en varones.

Es un síndrome conductual heterogéneo caracterizado por un patrón comportamental de hiperactividad, impulsividad e inatención.

Se considera un trastorno crónico, ya que 60-80% de los niños continúan presentando síntomas durante la adolescencia, y existe un mayor riesgo de padecer trastorno antisocial de la personalidad, trastornos alimenticios, ansiedad y trastorno por consumo de sustancias a medida que el niño crece.

Se considera una asociación de múltiples factores, donde la interacción de las características individuales junto con factores psicosociales, determinan la vulnerabilidad a padecer dicho trastorno.

Su abordaje multidisciplinar engloba el tratamiento farmacológico con métodos conductuales y técnicas cognitivas.

Objetivos: Analizar la prevalencia de diagnóstico de TDAH en atención primaria, en un Centro de salud (CS) urbano, durante el periodo 2006-2010, así como los posibles factores responsables.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Emplazamiento: CS urbano.

Material y Método: Niños con edades entre 3-12 años que cumplan criterios diagnósticos de TDAH o que se encuentren en tratamiento con metilfenidato o atomoxetina, durante 2006-2010, excluyendo posibles errores del registro. Se incluirán datos socio-demográficos (edad, sexo, grado de escolarización, riesgo social, situación económica familiar), antecedentes personales

(prematuridad, crecimiento intrauterino retardado, síndrome fetal alcohólico, traumatismos craneoencefálicos, crisis convulsivas), familiares (familiares de 1º o 2º grado con crisis convulsivas, TDAH y. o otra enfermedad mental) y de pareja (estado civil). El estudio se realizará sobre un CS urbano con una población pediátrica de 9360 niños. Obtendremos un tamaño muestral n=100.

La revisión de historias clínicas se hará mediante el programa DIRAYA. De forma paralela revisaremos las posibles derivaciones a salud mental y a la consulta de neurología de referencia.

Se realizará análisis estadístico con el programa SPSS, que será principalmente descriptivo para las variables incluidas, dependiendo del tipo. Se explorará la existencia de asociaciones entre variables, mediante análisis bivariados. Las Odds Ratio y los intervalos de confianza (IC95%) se utilizarán para valorar la fuerza y la precisión de la asociación entre las variables. Para explorar factores de confusión se realizará un análisis estratificado y se controlarán mediante un análisis de regresión logística múltiple.

Como limitaciones podríamos encontrar sesgos de selección, por la no constancia de algunos casos. Y sesgos de información por posibles errores en la recogida de información mediante el programa informático.

Aplicabilidad: Objetivar un posible incremento del TDAH por la gran prevalencia de esta patología, ya que afecta de manera precoz al niño, y en un 30-60% lo presentarán en la edad adulta, interfiriendo en su aprendizaje, comportamiento, relaciones sociales y aumentando el riesgo de sufrir otras comorbilidades asociadas.

Aspectos ético-legales: Se solicitará autorización al Distrito Sanitario para acceder a los datos registrados en la historia clínica, así como para la aprobación del proyecto. Se entregará consentimiento informado a los padres o tutores legales y se garantizará la confidencialidad del paciente en todo el proceso.

Palabras clave: Attention deficit disorder with hyperactivity, prevalence, child.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Estudio epidemiológico de hipotiroidismo del adulto en la zona básica de salud

Foronda Garcia-Hidalgo C¹, Serrano Varo P², Ranz Garijo FB², Pérez Bonilla M³, Sánchez Díaz EM⁴

¹ MIR 4º año MFyC. CS Posadas. Córdoba

² Médico de Familia. CS Posadas. Córdoba

³ MIR 3er año MFyC. CS Posadas. Córdoba

⁴ MIR 2º año MFyC. CS Posadas. Córdoba

Título: Estudio epidemiológico de hipotiroidismo del adulto en la zona básica de salud.

Introducción: El hipotiroidismo es una enfermedad frecuente, con una incidencia superior en el sexo femenino, afecta a 1-3% de la población. Es una enfermedad caracterizada por el déficit de producción de hormonas tiroideas, provocado por una alteración orgánica de la glándula (Hipotiroidismo primario) o por un déficit de estimulación de la TSH (Hipotiroidismo secundario por déficit de la adenohipófisis o Hipotiroidismo terciario por alteración Hipotalámica).

Existen pocos datos de estudios de prevalencia en nuestro país y todos los estudios que existen están basados en DHD (dosis/habitante/día) de consumo de Levotiroxina, se vio una prevalencia en 1999 de 4.33 casos por mil habitantes. Los síntomas y signos de hipotiroidismo no son sensibles ni específicos, no existen pruebas para recomendar el cribado de la población adulta.

Objetivos: Principal: Estudiar la prevalencia de Hipotiroidismo en la Zona Básica Salud (ZBS) conociendo las distintas causas y calidad del diagnóstico.

Secundarios: Intentar conocer los motivos que aumentan la incidencia de hipotiroidismo mayor a lo esperado según lo publicado. Verificar si existe asociación entre hipotiroidismo / dislipemia y si es preciso tratar con hipolipemiantes o basta con el tratamiento antitiroideo.

Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: CS Rurales.

Material y Método: Población de estudio: Pacientes > 14 años adscritos a la ZBS y que figure en su Historia Clínica el diagnóstico.

Variables a estudiar: Datos socio-demográficos; Variables relacionadas con calidad del diagnóstico (Hipotiroidismo clínico o subclínico, etiología, resultados de TSH y T4, presencia dislipemia); variables de con-

trol de proceso: Porcentaje de pacientes en tratamiento, porcentaje de hipotiroidismo subclínico, dosis medias de Levotiroxina, pacientes que son derivados a Endocrino y referencia del alta.

Criterios de inclusión: Todos los pacientes > 14 años que consta en su Historia Clínica el diagnóstico de hipotiroidismo y pertenecientes a la ZBS.

Criterios de exclusión: Pacientes en los que no se haya producido ninguna valoración clínica o analítica en el último año.

Análisis de datos: La recogida de datos se hará en formato papel (cuaderno de recogida de datos) recogiendo las variables sociodemográficas, datos analíticos y clínicos.

Para el programa estadístico emplearemos el programa SPSS, versión 9.0 para Windows. Para analizar los factores realizaremos un análisis bivariado, aplicando la prueba de Ji-cuadrado de Pearson o el test exacto de Fisher (variables cualitativas), y el test T-Student o ANOVA (variables cuantitativas). En el caso de no seguir una distribución normal se emplearan test no paramétricos. Para la correlación de métodos diagnósticos aplicaremos el coeficiente de correlación de Pearson si sigue una correlación normal o de Spearman en su defecto.

Aplicabilidad: Estudiar la prevalencia de Hipotiroidismo en la ZBS, intentando conocer la causa que aumenta la incidencia de hipotiroidismo mayor a la esperada según lo publicado. Verificar si existe asociación entre hipotiroidismo/dislipemia. Los datos obtenidos se pretenden difundir en Congresos y revistas de Atención Primaria.

Aspectos ético-legales: Todos los participantes firman consentimiento informado. El estudio se ajusta a la confidencialidad de los datos. Ley de protección de datos: Ley orgánica 15/1999. El proyecto de investigación se ha enviado a la Comisión de Ética del Distrito.

Palabras clave: Prevalencia, hipotiroidismo, dislipemia.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Grado de inadecuación del uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP) en pacientes seguidos en atención primaria

Moreno Montero I¹, Roldán Villalobos AM², Pérula de Torres LA³, García Lupiáñez CM^{3,4}

¹ MIR MFyC. CS Huerta de la Reina. Córdoba

² Dra. en medicina. MFyC. Córdoba

³ Epidemiólogo. Córdoba

⁴ MFyC. Córdoba

Título: Grado de inadecuación del uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP) en pacientes seguidos en atención primaria.

Introducción: En la actualidad, existe tendencia a minusvalorar los efectos secundarios derivados de los tratamientos y en algunos casos, nos dejamos llevar por la inercia prescriptora sin reflexionar sobre ella. No existen suficientes estudios sobre el grado de inadecuación de este tipo de fármacos en atención primaria.

Objetivos: Principal: Conocer el grado de cumplimiento de las indicaciones establecidas para la prescripción médica de los IBP de pacientes atendidos en AP. Otros: Conocer el perfil de los pacientes que presentan inadecuación en el uso de IBP.

Conocer el grado de conocimiento de efectos secundarios del fármaco.

Informar sobre el adecuado uso de los mismos,

Diseño: Se realizará un estudio observacional descriptivo, de prevalencia.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: Los pacientes serán seleccionados utilizando el registro de pacientes en tratamiento con IBP que hayan tenido una prescripción de los mismos en los últimos 2 meses según un muestreo aleatorio polietápico, para el cálculo de la muestra se usa C4-Study Design Pack. Se estima una tasa de no respuesta del 10%. Por tanto, el número mínimo de sujetos a estudiar será de 98. Criterios de inclusión: Adultos mayores de edad que estén tomando algún IBP en los últimos 2 meses. Criterios de exclusión: Patología psiquiátrica u otra que incapacite para cualquier actividad investigadora, pacientes con enfermedad gra-

ve o con una baja laboral prolongada (3 meses), mujeres embarazadas o en período de lactancia y sujetos que no otorguen el consentimiento informado. Limitaciones: Sesgos por eventuales cambios en la población. Sesgo de selección, lo que comprometería la representatividad y la validez externa. El Sesgo de memoria, porque el paciente es directamente preguntado acerca del tiempo que llevan tomando el AINE así como quién lo prescribió por primera vez. Análisis estadístico: Estadística descriptiva de cada una de las variables y se calcularán los Intervalos de confianza para el 95%. Se hará un análisis bivariado para comprobar la relación de las variables independientes y el grado inadecuación del uso de los IBP, para lo cual se emplearán las pruebas de comparación de media. Los datos serán mecanizados en una base de datos creada en el programa ACCESS y el análisis con el paquete estadístico SPSS.

Aplicabilidad: Una vez conocida la idoneidad o no de la prescripción del IBP, podemos tomar la decisión de continuar con él o no. Con ello, mejoraríamos la atención al paciente así como su seguridad y se ahorraría gastos innecesarios.

Aspectos ético-legales: El proyecto está pendiente de ser aprobado por el Comité de Ética e Investigación Sanitaria del Distrito Sanitario Córdoba. Se solicitará el consentimiento informado oral a los pacientes (Art. 4, 8 y 9 de la Ley 41. 2002; Art. 12 del RD 223. 04). En el desarrollo del estudio se considerará la Ley de Autonomía del paciente 41. 2002, y la Ley de Investigación biomédica 14. 2007. El tratamiento de los datos de carácter personal de los participantes se ajustará a lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, 15. 1999 de 13 de Diciembre.

Palabras clave: Proton pump inhibitor, primary care, overuse.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Analíticas que no se recogen ¿qué nos cuestan?

López González FM¹, Martínez Segura P², Gómez Rodríguez T³, Moreno Martos HM⁴, Navarro Moreno P⁵, García Arrabal JJ⁵

¹ Medicina de Familia. UCG Almería Periferia. Almería

² MIR MFyC. Unidad Docente MFyC. Almería

³ Medicina de Familia. CARE Toyo. Almería

⁴ Técnico UD MFyC. Almería

⁵ DUE. UCG Almería Periferia. Almería

Título: Analíticas que no se recogen ¿qué nos cuestan?

Introducción: Las determinaciones analíticas pueden considerarse como tecnologías de bajo costo individual aunque su amplia difusión se traduce en un elevado costo social, perdiéndose oportunidades de asignar recursos en otro tipo de servicios.

En los últimos años se han incrementado notablemente el número de pruebas de laboratorio solicitadas en la práctica médica con diferentes causas en dicho aumento: Mayor monitorización de los pacientes, mayor demanda por los usuarios, práctica de la medicina defensiva...

Diversos estudios sugieren que un importante número de pruebas solicitadas son inapropiadas, basándose en la variación de diferentes médicos en pacientes con la misma patología y de similares características.

Con este trabajo queremos determinar que nos cuesta la actividad de analíticas que luego el usuario no recoge.

Objetivos:

-Describir el perfil del paciente que no recoge los resultados de su analítica en el Centro de Salud.

-Cuantificar el gasto que conlleva esta actuación.

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud Rural.

Material y Método: Sujetos: Analíticas que no han sido recogidas por los usuarios durante 4 años: 2007-2010.

Criterios de inclusión: Analítica no recogida en un periodo de 6 meses desde su extracción.

Tamaño de muestra: Todas las analíticas durante ese periodo de estudio. N: 224

Mediciones e intervenciones:

Variables: Edad, sexo, nacionalidad, motivo de petición, fecha de solicitud, perfil solicitado, existencia de patología crónica que requiere monitorización analítica, costes económicos de los perfiles.

Se elabora hoja de recogida de datos, recogiendo las analíticas del periodo de estudio, accediendo a la Historia Clínica Digital para completar datos. Análisis estadístico:

1. Técnicas de análisis univariable. Variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias. Las variables cuantitativas se resumen en su media, desviación estándar (DE), e I. confianza al 95 %.

2. Técnicas de análisis bivariable, para estudiar la relación de asociación o dependencia de dos variables.

Se evaluará la asociación entre variables cualitativas con el test de Chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher, (si >25% de los esperados fueran <5).

Análisis del comportamiento de las variables cuantitativas mediante test de la T de Student y/o análisis de la variancia. En todos los contrastes de hipótesis se rechazará la hipótesis nula con un error de tipo I o error $8 < 0.05$.

3. Técnicas de análisis multivariable: Ajustaremos un modelo de regresión logística, para evaluar la asociación de aquellas variables que en análisis crudo el resultado de la P del contraste era inferior a 0.15. Se evaluarán la existencia de interacciones. Se presentarán los "odds ratios" ajustados junto a sus intervalos de confianza al 95%.

Limitaciones: Al recoger algunos datos de la Historia Clínica digital puede que no estén registrados.

Aplicabilidad: Conocer el perfil del paciente que no acude a recoger la analítica, nos puede ayudar a la hora de solicitarla.

Calcular los gastos que supone esa actuación, nos puede servir para un uso más eficiente de recursos.

Aspectos ético-legales: Se presentará el proyecto a la Comisión Provincial de Ética de la Investigación. Se pedirá permiso para acceder a las Historias clínicas Diraya. Nos acogemos a la Ley Orgánica 15. 1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Palabras clave: Analíticas, coste, atención primaria.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Asociación entre trombofilias y fenómenos trombóticos de supuesta etiología idiopática

Muñoz Nadales M^aM, Márquez Sánchez V, López Hernández P, Ceballos Luque E, Real Sánchez FE

MFyC. CS Nerja (Málaga)

Título: Asociación entre trombofilias y fenómenos trombóticos de supuesta etiología idiopática.

Introducción: Existen evidencias clínicas y experimentales de que algunos cambios en la hemostasia pueden conducir a estados de hipercoagulabilidad o estados trombogénicos en la circulación que fomentan la formación de trombos en territorios tanto arteriales como venosos. El término trombofilia se va a emplear para denominar a las diversas condiciones, ya sean congénitas o adquiridas, que predisponen a la formación de dichos trombos. Tras diversos estudios se ha visto que un elevado porcentaje de trombosis, sobre todo venosas, de etiología clasificada como idiopática, tienen en realidad de base una trombofilia, de manera que el conocimiento y manejo de dichas enfermedades presenta serias implicaciones diagnósticas, profilácticas, terapéuticas e incluso médico-legales.

Objetivos: Determinar la asociación entre trombofilias y fenómenos trombóticos tanto arteriales como venosos de supuesta causa idiopática en pacientes menores de 45 años.

Diseño: Observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: Sujetos: 100 pacientes menores de 45 años pertenecientes al Centro de Salud Urbano que hayan sufrido algún fenómeno trombótico arterial o venoso y que cumplan los criterios de inclusión: 1) Primer episodio supuestamente idiopático, 2) edad < 45 años, 3) incluidos en proceso de riesgo cardiovascular del programa Diraya, 4) que acepten formar parte del estudio, 5) que hayan transcurrido más de 6 meses des-

de el fenómeno trombótico. Criterios de exclusión: 1) > 45 años, 2) embarazadas, 3) que tengan alguna enfermedad (neoplasias, hepatopatías, infecciones, enfermedades autoinmunes), 4) que estén en tratamiento anticoagulante.

Realizaremos un muestreo aleatorio sistemático. Como variable principal mediremos la existencia de una trombofilia (déficit de atitrombina III, proteína C, proteína S, factor V Leiden, mutación gen 20210, hiperhomocisteinemia, anticoagulante lupico). Como variables secundarias mediremos la presencia de obesidad, dislipemia, tabaquismo, hipertensión y toma de anticonceptivos hormonales. Relacionaremos las variables a través de un análisis estadístico multivariante con ayuda del programa informático SPSS.

Aplicabilidad: La identificación de una trombofilia como causa de un fenómeno trombótico nos va a permitir tomar conductas profilácticas y/o terapéuticas importantes ante situaciones predisponentes en aquellos portadores de la alteración. Detectar la predisposición que presentan estos pacientes permite adecuar el tratamiento del episodio trombótico y disminuir la frecuencia de recidivas y secuelas.

Aspectos ético-legales: Solicitaremos autorización por escrito al Distrito Sanitario Axarquía así como al director del Centro de Salud para consultar los datos registrados en el programa informático Diraya. Los pacientes incluidos en el estudio lo harán de forma anónima y voluntaria, previa firma del consentimiento informado.

Palabras clave: Trombofilia, estados de hipercoagulabilidad, trombosis venosa, trombosis arterial.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Influencia del entorno familiar en el control metabólico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Olivencia Carrión M^aD¹, Merino Jiménez M^aC², Rodríguez Ortega CS²

¹ MIR 3er año MFyC. CS San Felipe

² MIR 3er año MFyC

Título: Influencia del entorno familiar en el control metabólico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Introducción: La prevalencia, complicaciones y asociación a otras enfermedades convierte a la diabetes mellitus (DM) en un problema de salud a nivel mundial. Su etiología y los factores modificantes son multifactoriales, entre ellos la influencia de la familia y aspectos sociales, que pueden influir negativamente en el control de la misma. Se han visto como la presencia de depresión o de acontecimientos vitales estresantes puede alterar el buen control metabólico.

Objetivos: Principal: Conocer la relación entre disfunción familiar y control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2.

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: Dos Centros de Salud (urbano y rural).

Material y Método: Población: Pacientes diabéticos tipo 2 de ambos centros de salud incluidos en el proceso diabetes de Diraya. Se excluirán aquellos en tratamiento con insulina. Tamaño muestral: Según un estudio previo realizado en la misma zona geográfica la proporción de pacientes con disfunción familiar es del 34%. En base a esta proporción, un nivel de confianza del 95% y un error admisible en la estimación del parámetro del 7%, el tamaño muestral será de 176 pacientes. Se realizará un muestreo aleatorio sistemático.

Mediciones: Los datos se recogerán de la historia digital y mediante entrevista personal.

Variable dependiente: Control metabólico (adecuado/inadecuado) según criterios del proceso diabetes, midiendo hemoglobina glicosilada, colesterol LDL y tensión arterial.

Variable independiente principal: Función familiar (se medirá mediante el test Apgar Familiar, de forma numérica aunque se clasifique en normofuncional de 7-10 puntos, disfuncional leve 6-3 puntos y disfuncional grave 0-2 puntos. También se expresará de forma dicotómica, agrupando a la disfunción leve y grave como disfunción y a la normofuncional como no disfunción). Resto de variables independientes: Centro de salud, médico, edad, sexo, profesión, estado civil, nivel de estudios, riesgo cardiovascular, índice de masa corporal, años de evolución de la diabetes, adherencia al tratamiento (test de Morisky Green), tratamientos realizados,....

Análisis estadístico: Análisis descriptivo de los datos (medias y desviación típica para variables cuantitativas, frecuencias absolutas y relativas para cualitativas). Se realizará un análisis bivariante mediante la Chi-cuadrado para ver si existen diferencias entre la función familiar y resto de variables cualitativas y con la T de Student para variables cuantitativas como la edad o años de evolución de la diabetes. Se calculará el riesgo de mal control metabólico según la función familiar mediante la Odds Ratio.

Limitaciones: Sesgo de confusión, puede haber variables no medidas que expliquen el control metabólico. Sesgo de información a al faltar datos de las historias clínicas.

Aplicabilidad: Proporcionar un abordaje integral y multidisciplinar de la persona y su enfermedad, ayudando a un mayor control de la diabetes y su función familiar.

Aspectos ético-legales: Aprobación por el Comité Ético de Investigación Clínica (RD 223/04). Entrega de información pertinente al estudio por escrito con firma de consentimiento informado.

Palabras clave: DMNI, metabolic control, primary health care, DMNID therapy, family care, stress, nuclear family, family practice.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Prevalencia de disfunción eréctil (DE) en los pacientes de consulta programada de riesgo cardiovascular (RCV) de un centro de salud

Lucena Ariza J, Bufoñ Jiméñez M, Aylon Moliner M^aC, López Díaz A, Gil Morata E, Martínez Castillo M^aA

MFyC. CS Carranque. Málaga

Título: Prevalencia de disfunción eréctil (DE) en los pacientes de consulta programada de riesgo cardiovascular (RCV) de un centro de salud.

Introducción: Tanto las enfermedades cardiovasculares como la DE son entidades muy prevalentes en nuestro medio.

La prevalencia de la DE asociada a la comorbilidad y los factores de riesgo en Estados Unidos es del 71%, con más de la mitad de ellos (54%) con DE moderada o grave, 23% con leve a moderada DE, y 23% con DE leve. Incluso la DE leve es un indicador importante de riesgo para la enfermedad subyacente asociada.

Consideramos importante conocer la prevalencia de la DE en los pacientes que acuden a la consulta programada de RCV de nuestro centro y estudiar la correlación que puede existir entre el grado de DE y el RCV.

Objetivos: Averiguar la prevalencia de la DE en los pacientes de la consulta programada de RCV de un centro de salud urbano. Establecer una correlación entre el grado de DE con el RCV de cada paciente.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo y transversal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método: Sujetos: Varones mayores de 18 años, que acudan a consulta programada de RCV de un centro de salud urbano.

Criterios de inclusión: Varones mayores de 18 años con más de un factor de RCV, que acudan a la consulta programada de RCV del centro de salud y firmen consentimiento informado. El RCV será cuantificado

mediante la tabla SCORE (puntuación >5%), a partir de los registros de la historia clínica.

Criterios de exclusión: Pacientes que rechacen realizar el test, dificultad para rellenar el cuestionario, pacientes que no acudan a la consulta programada.

Muestreo: Se incluirán todos los pacientes que acudan a la consulta programada de RCV durante un período de seis meses.

Mediciones e Intervenciones: Las variables a medir serán la DE (mediante test IIDE-5), edad, sexo, DM, HTA, tabaquismo, hemoglobina glicosilada, colesterol LDL, índice de masa corporal, puntuación SCORE.

Análisis estadístico: Análisis descriptivo con los datos obtenidos en los test. Se establecerá una correlación de síntomas según la puntuación del IIDE-5 con la puntuación SCORE de RCV de cada paciente, para ello se realizará un análisis bivariante.

Resultados: Resultados netos, porcentajes, gráficos.

Limitaciones: Sesgos de selección e información, se controlarán de forma individualizada. Para controlar los sesgos del entrevistador, se informará previamente a todos los médicos que recojan datos.

Aplicabilidad: Minimizar la infradetección de DE en los pacientes con otros factores de RCV. Conocer la relación entre DE y RCV.

Aspectos ético-legales: Solicitaremos autorización del Comité Ético y consentimiento informado.

Palabras clave: Disfunción eréctil, IIDE-5, riesgo cardiovascular.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Perfil nutricional del paciente anciano con demencia en atención primaria

Pérez Gómez S¹, Cuenca Montero M², Balaguer Villegas IM², Olea Martínez M³C³, Domene Sánchez M³L³, Ortega Ramírez E³

¹ MIR MFyC. CS Virgen del Mar-Los Molinos. Almería

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Almería

³ Diplomada en Enfermería. Almería

Título: Perfil nutricional del paciente anciano con demencia en atención primaria.

Introducción: La mayor esperanza de vida en países desarrollados lleva consigo un incremento de la población anciana, siendo este grupo el de mayor prevalencia de desnutrición (>50%), especialmente en institucionalizados y hospitalizados respecto al anciano que vive en comunidad.

La nutrición juega un papel fundamental en el proceso de envejecimiento. Un correcto estado nutricional permite afrontar con mayor capacidad los problemas de salud, por el contrario, un estado deteriorado es un factor de riesgo de morbilidad y mortalidad en el anciano. Los síndromes geriátricos comunes que presentan pueden conducir a desnutrición y a la necesidad de soporte nutricional en general, y de nutrición enteral en particular. Esta circunstancia ha sido merecedora de escasos y, con frecuencia, estudios poco rigurosos. La valoración nutricional ha demostrado ser beneficiosa por lo que debería ser una práctica habitual de nuestra labor asistencial. Para su desarrollo es imprescindible una historia clínico-dietética detallada, una exploración física completa, la medición de una serie de parámetros antropométricos y bioquímicos, y la aplicación de sencillos cuestionarios de valoración global diseñados específicamente para el paciente geriátrico, tales como el Mini-Nutritional Assessment (MNA).

Objetivos: Describir el estado nutricional de pacientes ancianos con Demencia en Atención Primaria.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método: Sujetos: Ancianos con Demencia o Deterioro cognitivo.

Criterios de inclusión:

- Pacientes incluidos en el proceso Demencia de los diferentes cupos médicos.
- Pacientes que den su consentimiento u autorización formal de familiar directo o cuidador principal.

Criterios de exclusión: Ancianos no incluidos en el proceso.

Muestreo: Tamaño muestral de 103 pacientes.

Mediciones:

- Variables socio-demográficas: Edad, sexo, cuidador formal/informal, vivienda propia, residencia asistida.
- Variables antropométricas: Perímetro del antebrazo y pantorrilla.
- Variables analíticas: Albúmina, prealbúmina, transferrina.

- Cuestionarios de valoración nutricional: MNA.

Intervención:

- Citación y entrevista individual del paciente y/o cuidador en el centro de salud o domicilio.
- Sensibilización (explicación breve del estudio).
- Consentimiento informado.
- Realización de historia clínica, exploración física, medición de parámetros antropométricos y bioquímicos y aplicación de escala MNA.

Análisis estadístico: Análisis descriptivo, distribución de frecuencias para variables cualitativas y medidas de posición y dispersión para cuantitativas.

Análisis bivariable, comparando medias con T de student; Chi cuadrado para variables cualitativas, y análisis multivariante en el caso de más de dos variables.

Limitaciones:

- Aplicación de escalas a pacientes con Demencia.
- Medición indirecta de parámetros antropométricos en pacientes encamados.

Aplicabilidad: Conocer el estado nutricional del anciano con Demencia y diseñar así, una estrategia nutricional adecuada.

Aspectos ético-legales: Se pedirá permiso a la Comisión Provincial de Ética de la Investigación y autorización al distrito sanitario correspondiente para el acceso a la historia clínica informática de los potenciales participantes.

Nos acogemos a la Ley Orgánica 15. 1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Para el cumplimiento de las normas éticas respecto a la investigación con seres humanos, se diseñará un formato de Consentimiento informado.

Palabras clave: Nutrition, dementia, primary care.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Prevalencia y control de factores de riesgo cardiovascular en diabéticos tipo II asistidos en atención primaria

Pérez Gómez S¹, Cuenca Montero M², Castillo Martínez M^aD³, Gil Campoy JA², Aldrich Céspedes JR³, Segura Vicente P³

¹ MIR MFyC. CS Virgen del Mar-Los Molinos. Almería

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Almería

³ MIR Medicina Familiar y Comunitaria. Almería

Título: Prevalencia y control de factores de riesgo cardiovascular en diabéticos tipo II asistidos en atención primaria.

Introducción: La Diabetes tipo II constituye un importante problema de salud pública en el mundo occidental debido a su elevada prevalencia, morbimortalidad y complicaciones crónicas que conlleva, principalmente por enfermedad cardiovascular.

Supone un gran impacto sobre la calidad y esperanza de vida del paciente diabético, así como también sobre el sistema sociosanitario, representando el segundo motivo de consulta por patología crónica en las consultas de atención primaria tras la Hipertensión arterial.

El control de diabetes (DM) ha demostrado reducir la incidencia de complicaciones microvasculares, siendo atención primaria, el nivel asistencial más apropiado para el desarrollo de las actividades de prevención y control de la DM y factores de riesgo cardiovascular (FRCV) asociados.

El adecuado manejo del paciente diabético implica un abordaje multidisciplinario e integral tanto de la hiperglucemia como del resto de factores de riesgo asociados.

Los objetivos y recomendaciones para este grupo de pacientes son cada vez más exigentes, resultando difícil su cumplimiento en la práctica clínica diaria, condicionado muchas veces por las comorbilidades asociadas.

Objetivos: Estudiar la prevalencia y grado de control de los principales FRCV en DM II atendidos en atención primaria con el objeto de identificar los aspectos que podrían ser mejorados.

Diseño: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Material y Método: Sujetos: DM II pertenecientes a un Centro de Salud.

Criterios de inclusión: Pacientes DM II incluidos en el proceso Diabetes.

Criterios de exclusión: Pacientes DM I.

Muestra: 250 pacientes (Proporción esperada 30%, in-

tervalo de confianza 95% y precisión 5%). Calculando un 10 % perdidas. Se realizara un muestreo con tablas de números aleatorios para elegir a los participantes.

Mediciones:

-Variables sociodemográficas: edad, sexo.

-Variables relacionadas con DM: tratamiento, grado de control (hemoglobina glicosilada).

-FRCV: Índice de masa corporal, hábito tabáquico, colesterol, tensión arterial, triglicéridos.

-Grado de control de los FRCV.

-Tratamientos pautados.

Los pacientes seleccionados se obtienen de la base de datos informatizada del centro y las variables se recogerán en las historias clínicas informatizadas y se complementará con entrevista a los pacientes.

Análisis estadístico: Análisis descriptivo, representación con medias y desviación para variables cuantitativas y con frecuencias o porcentajes para las cualitativas. Análisis bivariante con comparación de medias mediante t de Student (si los datos siguen una normalidad) y comparación de porcentajes chi cuadrado.

Limitaciones: Posible sesgo de información: por no estar bien cumplimentadas las historias clínicas, que se subsanará en la entrevista clínica.

Aplicabilidad: Conocer el grado de control de los diferentes FRCV en DM II y diseñar así, una intervención adecuada.

Si la obesidad es de alta prevalencia en nuestra población, podremos diseñar talleres de ejercicio físico y de alimentación para modificar este factor.

Si la prevalencia de tabaquismo es alta, tendremos que poner en marcha abordaje del tabaquismo de forma más contundente.

Aspectos ético-legales: Se pedirá permiso a la comisión Provincial de Ética de la investigación y consentimiento informado a los participantes.

Nos acogeremos a la Ley Orgánica 15. 1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Palabras clave: Type 2 diabetes mellitus, cardiovascular risk, primary care.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Tratamiento no farmacológico de los trastornos mixtos de ansiedad-depresión en atención primaria

Pérez Gómez S¹, Cuenca Montero M², Linares Morales L³, Castillo Martínez M^aD³, Robles Morales M⁴, Escamilla Pérez R³

¹ MIR Medicina Familiar y Comunitaria. C.S Virgen del Mar-Los Molinos. Almería

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UCG Virgen del Mar. Almería

³ MIR Medicina Familiar y Comunitaria. Almería

⁴ Diplomado en Enfermería. Almería

Título: Tratamiento no farmacológico de los trastornos mixtos de ansiedad-depresión en atención primaria.

Introducción: Los trastornos mixtos ansioso-depresivos presentan una elevada prevalencia en nuestra sociedad, con la consecuente hiperfrecuentación a nivel asistencial, tanto primaria como especializada.

Se caracterizan por una presentación gradual, simultánea e insidiosa, generalmente crónica y frecuentemente somatizada de diversos síntomas como: palpitaciones, agitación, disnea, mareo, sudoración, náuseas o parestesias hasta sentimientos de culpa, tristeza, ánimo deprimido, alteraciones del sueño y apetito, cefalea, astenia, apatía, lentitud, llanto incontrolado, baja autoestima, abandono del autocuidado personal, pensamientos de muerte e ideas autolíticas, así como disminución de la capacidad de concentración o de la atención, aprensión, desrealización y despersonalización entre otros; en ausencia de otro Trastorno Mental grave.

Existen diferentes técnicas psicológicas y de relajación que persiguen minimizar la gravedad de la sintomatología, conseguir un mayor control sobre las dificultades de la vida diaria mediante el aprendizaje de habilidades adecuadas, técnicas de afrontamiento, reducción del consumo de fármacos, prevención de recaídas y reducción de consultas urgentes motivadas por este trastorno psiquiátrico.

Objetivos: Evaluar la eficacia de una terapia psicológica grupal (Técnicas de relajación y terapias cognitivo-conductuales) en pacientes afectos de trastorno ansioso-depresivo.

Diseño: Estudio cuasi-experimental con evaluación antes y después de la intervención sin grupo control, ni aleatorización.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: Sujetos: Pacientes afectos de Ansiedad y/o Depresión.

Muestra: Pacientes diagnosticados según criterios CIE-10 e incluidos en el proceso Ansiedad-Depresión-Somatización atendidos en atención primaria.

Mediciones:

-Variables socio-demográficas: Edad, sexo, estado civil, número de hijos, nivel de estudios, nivel socio-económico, situación laboral, ocupación.

-Variables psicosociales: Relaciones sociales, aislamiento social, actividades de ocio, ejercicio físico, discapacidades reconocidas, hábitos tóxicos, grado de incapacidad generado por el problema en su vida cotidiana, valoración funcional y de calidad de vida.

-Variables relacionadas con la enfermedad: Antecedentes personales y/o comorbilidades, tratamiento actual y previo, cumplimiento farmacológico, gestos autolíticos e ingresos en el último año.

Test y escalas de valoración (medidas antes –después):
-Inventario de ansiedad estado-rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI).

-Escala de Hamilton para la depresión (Hamilton depression rating scale, HDRS).

Intervenciones: 9 sesiones grupales, semanales de dos horas de duración.

Análisis: Análisis descriptivo. Distribución de frecuencias para variables cualitativas y medidas de posición y de dispersión para cuantitativas.

Análisis bivariable, asociación entre variables cualitativas con el test de Chi-2 o prueba exacta de Fisher, si más de un 25% de los esperados fueran <5. Análisis de variables cuantitativas mediante test T de Student y/o análisis de la variancia (ANOVA). En los contrastes de hipótesis se rechazará la hipótesis nula con un error de tipo I o error $\alpha < 0.05$. Técnicas de análisis multivariable, si dos o más variables.

Limitaciones: Ausencia de grupo control.

Aplicabilidad: Implantación de dichos talleres en nuestro centro de salud si se consigue mejora en la calidad de vida así como mayor cumplimiento terapéutico.

Aspectos ético-legales: Se pedirá permiso a la Comisión Provincial de Ética y consentimiento informado a los participantes.

Nos acogeremos a la Ley Orgánica 15. 1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Palabras clave: Anxiety-depression, psychological treatment, primary care.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Adecuación del manejo del síncope desde atención primaria y urgencias hospitalarias

Martínez Prieto V¹, Muñoz Puentes M¹, Linzoain Belzarena L¹, Añón Barbudo C¹, Durán Torralba C², Martín-Aragón González M³V³

¹ MIR 3ª MFyC. Andújar

² FEA de Cardiología. Hospital Alto Guadalquivir

³ Médica de Familia del CS. Andújar A

Título: Adecuación del manejo del síncope desde atención primaria y urgencias hospitalarias.

Introducción: El síncope tiene una alta incidencia (20% global, 3% urgencias) llegando a ingresar un 40%. Sin embargo su manejo y derivación no es siempre correcto.

Objetivos: 1. Conocer el porcentaje y tipos de episodios sincopales producidos en atención primaria (AP), urgencias hospitalarias y número de derivaciones a la consulta especializada de Medicina Interna y/o Cardiología para concluir estudio.

2. Valorar la adecuación al protocolo.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: Una Zona Básica de Salud (ZBS) y su hospital de referencia.

Material y Método: POBLACIÓN: Pacientes pertenecientes a la ZBS, diagnosticados de síncope desde AP o urgencias hospitalarias y derivados a la consulta especializada durante el año 2010.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Pacientes con diagnóstico de síncope en su historia clínica.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Síncope de origen epiléptico y psiquiátrico.

2. Pacientes con síntomas de mareo o presíncope y queden diagnosticados de síncope.

MUESTREO: El tamaño muestral necesario se calcula para una proporción del 20%, confianza del 95% y error máximo admisible en la estimación del 5%. N=246.

MEDICIONES: Los datos se recogerán de las historias clínicas informatizadas:

- Datos demográficos (edad, sexo, médico, centro de salud, profesión, estudios).

- Número y tipo de síncope (reflejo, ortostático, cardiogénico), síncope de alto riesgo (si/no) en base a las características del protocolo y que se define mediante diferentes variables como el electrocardiogra-

ma (ECG), presencia de cardiopatía estructural, palpitaciones, etc.

- Derivación (correcta/incorrecta) según los siguientes criterios: Síncope de alto riesgo, síncope de origen desconocido con historia clínica no concluyente y ECG normal, puntuación superior a 3 en la escala EGSYS (Evaluation of Guidelines in Syncope Study), historia de traumatismo grave a consecuencia del síncope y finalmente paciente con síncope y alguna de los siguientes condiciones: Mayor de 60 años con historia de enfermedad coronaria, historia familiar de muerte súbita, asociación a dolor precordial, evidencia de insuficiencia cardíaca o enfermedad valvular y hallazgo en el ECG de isquemia, QT largo, arritmia o bloqueo de rama.

- Número de derivaciones a Cardiología y a Medicina Interna.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Análisis descriptivo de los datos (medias y desviación típica para variables cuantitativas, frecuencias absolutas y relativas para cualitativas). Se realizará un análisis bivariante mediante la Chi-cuadrado para ver si existen diferencias por sexo, centro de salud y médico entre los tipos de síncope y la T de Student para ver esas diferencias por edad. Finalmente se calcularán los porcentajes de derivaciones correctas y se analizará si hay diferencias por centros de salud y médico mediante la Chi-cuadrado.

LIMITACIONES: Sesgo de selección, diagnósticos erróneos en la historia clínica.

Sesgo de información, por la posible falta de datos en las historias.

Aplicabilidad: Un correcto manejo de los pacientes con este problema repercutirá en una mejor atención, más rápida y correcta.

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: Síncope, garantía de la calidad de atención de salud, atención primaria de salud.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Estudio TIEPOC: Evaluación de la eficacia de dos intervenciones educativas sobre las técnicas de inhalación en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Leiva Fernández J¹, Barnestein Fonseca P², Porcel Martín E³, Zubeldia Santoyo F⁴, Prados Torres JD⁵, Leiva Fernández F⁵

¹Médico Atención Primaria. CS Vélez Sur (Málaga)

²Bióloga. Técnico de apoyo a la investigación. Málaga

³MIR MFyC. Málaga.

⁴Enfermero Atención Primaria. Vélez Sur (Málaga)

⁵Médico de Familia. Mála

Título: Estudio TIEPOC: Evaluación de la eficacia de dos intervenciones educativas sobre las técnicas de inhalación en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Introducción: La efectividad de los fármacos inhalados está influenciada por factores como tipo de inhalador y correcta técnica de inhalación. Profesionales sanitarios y pacientes deben ser entrenados para adquirir destreza en el uso de esta medicación. El 75% de los pacientes realizan una técnica de inhalación incorrecta en nuestro medio (datos propios).

Objetivos: Principal: Evaluar la eficacia de dos intervenciones educativas para mejorar la técnica de inhalación en pacientes con EPOC. Secundarios: Determinar el porcentaje de pacientes que realizan una buena técnica inhalatoria. Analizar la relación entre corrección de la técnica inhalatoria y situación clínico-funcional del paciente. Evaluar factores asociados con buena técnica de inhalación.

Diseño: Ensayo clínico controlado aleatorizado.

Emplazamiento: 6 Centros de Atención Primaria.

Material y Método: Sujetos: 296 pacientes diagnosticados de EPOC en tratamiento inhalado seleccionados por muestreo consecutivo de los registros del proceso EPOC (diferencia entre grupos 25%, potencia 80%, nivel de confianza 95%, pérdidas esperadas 40%). Criterios inclusión: Diagnóstico de EPOC; adscritos a centros de salud del estudio; tener prescrito tratamiento inhalado; firma del consentimiento informado. Criterios exclusión: Otros procesos respiratorios no incluidos en definición de EPOC, problemas cognitivos. Asignación aleatoria por bloques (6 sujetos) a tres grupos: CONTROL; INTERVENCIÓN A (folleto con correcta técnica de inhalación por dispositivo); INTERVENCIÓN B (demostración de la técnica de inhalación por monitor más folleto informativo). Variable resultado principal: Realización correcta técnica de inhalación (recomendaciones SEPAR). Variables resultado secundarias: Flujo inhalatorio, Índice disnea

basal. Variables independientes: Edad, sexo, tiempo diagnóstico EPOC, estado clínico-funcional, estado mental/cognitivo, tipo y número de dispositivos, entrenamiento sobre la técnica, tratamiento recibido, nivel educativo, comorbilidad. Seguimiento: 3 visitas (3, 6 y 12 meses). Análisis estadístico: Análisis por intención de tratar. Comparación de eficacia entre grupo control y grupos de intervención, mediante el test Chi-cuadrado. Efecto terapéutico para conseguir mejorar la técnica inhalatoria: Cálculo del NNT de los grupos intervención entre sí y respecto al control. Las diferencias detectadas en las variables resultado secundarias se medirán mediante el ANOVA. Modelo multivariante de regresión logística: Variable dependiente: Correcta técnica de inhalación (sí/no); variable predictora: Intervención; variables modificadoras del efecto: Restantes variables independientes. Limitaciones del estudio. Pérdidas durante el seguimiento (contactar con el paciente al menos en tres ocasiones diferentes). Efecto Hawthorne (grupo control). Sesgos de información (cuestionarios validados y entrenamiento de entrevistadores-monitores con expertos en entrevista motivacional y técnicas de inhalación). Factores de confusión (modelo multivariante). **Aplicabilidad:** Este trabajo podría arrojar luz sobre la situación de los pacientes con respecto a la técnica y una forma de mejorarla para su utilización en la consulta de AP.

Aspectos ético-legales: Aspectos éticos de la investigación. Firma del consentimiento informado para la participación en el estudio. Se garantizará al paciente la confidencialidad de los datos (Ley Orgánica 15. 1999 de Protección de Datos y el R. D. 994. 99). Mecanismo de rescate para pacientes de los grupos control e intervención A cuando se observe un error en la técnica de inhalación que pudiera comprometer de forma importante el beneficio del fármaco.

Palabras clave: EPOC, técnicas de inhalación, intervenciones educativas.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Predictores de riesgo cardiovascular entre población adulta diabética de etnia gitana y un grupo control no gitano

Vides Batanero M^aC, Ramírez Robles R, Berná Guisado C, Hernández Pérez de la Blanca M, Rébora Mariano T, Castro Gómez JA

MFyC. Granada

Título: Predictores de riesgo cardiovascular entre población adulta diabética de etnia gitana y un grupo control no gitano.

Introducción: La alta prevalencia de predictores de enfermedad cardiovascular en la población gitana que existe en nuestro ámbito de trabajo y la hipótesis de que presenten un mayor número y peor control de los mismos, nos han llevado a escoger esta línea de investigación.

Es de gran importancia la realización de este proyecto dado el vacío literario encontrado sobre población gitana diabética y factores de riesgo cardiovascular.

Objetivos: Determinar la prevalencia de los predictores de enfermedad cardiovascular (colesterol total, hipertensión arterial, hábito tabáquico, obesidad) en población adulta diabética de etnia gitana y no gitana.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Dos centros de salud urbanos.

Material y Método: Sujetos: 200 pacientes adultos diabéticos de etnia gitana y 200 de etnia no gitana pertenecientes a dos centros de salud.

Criterios de inclusión: Pacientes diagnosticados de diabetes pertenecientes a ambos centros de salud.

Criterios de exclusión: No aceptar la participación en el estudio.

Muestreo: Sistemático sobre el listado de pacientes diabéticos de cada profesional de los dos centros de salud, diferenciando los de etnia gitana y no gitana. Se realizará arranque aleatorio sobre la lista de pacientes y se irán escogiendo según una constante con posibilidad de reposición. Los pacientes seleccionados serán avisados telefónicamente.

Mediciones e intervenciones: Se diseñará un cuestionario normalizado que debe rellenar cada médico cuando se encuentre con un paciente diabético. El cuestionario recogerá: Datos de la historia clínica (edad, sexo, etnia, año de diagnóstico de diabetes, antecedentes familiares de primer grado de diabetes, hábito tabáquico, hipertensión arterial, complicaciones vasculares, riesgo cardiovascular según Framingham), valores antropométricos (peso, talla, índice de masa corporal), valores analíticos (HbA1c, colesterol total, HDLc, triglicéridos, urea, creatinina, microalbuminuria).

Análisis estadístico descriptivo mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Las cuantitativas se resumirán en torno a valores centrales acompañados del rango o amplitud. Se estudiarán las diferencias de los parámetros según edad, sexo y etnia. La comparación para variables cualitativas se hará por el test de la T Student y para variables cuantitativas por el de Chi-cuadrado. Se tomarán como valores estadísticamente significativos $p < 0,05$. Limitaciones: No asistencia al centro de salud de los pacientes seleccionados. La ubicación tan concreta del área de estudio puede limitar la extrapolación de los resultados a la población general por el alto porcentaje de población en situación de exclusión social.

Aplicabilidad: Los resultados aportarán información sobre el distinto control de los predictores de enfermedad cardiovascular en pacientes diabéticos pertenecientes a dos etnias diferentes. El vacío literario encontrado en este tema es lo que hace necesario la realización de este proyecto y en el caso de obtener diferencias significativas entre ambos grupos, poder hacer hincapié en la prevención de los factores de riesgo cardiovascular en la población de etnia gitana, que sería finalmente la más beneficiada.

Aspectos ético-legales: Se salvaguarda la confidencialidad de los participantes identificándolos mediante su NUSSE. A cada paciente se le informará verbalmente sobre la finalidad del estudio y se entregará un consentimiento informado que deberán firmar para formar parte del estudio.

Palabras clave: Cardiovascular risk factors, gypsies, diabetes mellitus.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Impacto a corto y medio plazo del embarazo en la calidad de vida del adolescente

Abdellah Mohamed M, Carretero Matas M, González Fábregas A, Torres Duque M^ªJ, García Tirado C, de los Ríos Álvarez AM^ª

MFyC. Granada

Título: Impacto a corto y medio plazo del embarazo en la calidad de vida del adolescente.

Introducción: Embarazo en mujeres menores de 20 años es muy frecuente en algunos estratos poblacionales, hay diferencias por zonas en función del desarrollo socioeconómico, estilos de vida. Pudiendo suponer diferencias en salud y otros aspectos cualitativos en vida de mujeres, repercutiendo en esferas familiares, laborales, sociales... no solo en momento del nacimiento, también puede afectar a largo plazo tras embarazo precoz.

Objetivos: 1. Describir en zona de transformación social (ZTS): Impacto percibido, calidad de vida relacionada con salud madres adolescentes en primer año tras embarazo, conocer evolución dichos indicadores transcurridos cinco-diez años de gestación precoz.

2. Explorar impacto de gestación en calidad de vida comparando dicho indicador entre adolescentes con y sin antecedentes gestación.

Diseño: Estudio Observacional con grupos comparación.

Emplazamiento: Atención primaria. Multicéntrico. ZTS: Dos centros de salud (CS) y zona de nivel socioeconómico medio (un CS).

Material y Método: Población: Mujeres con historia de embarazo menores 20 años zona transformación social. De acuerdo tiempo transcurrido desde gestación se definirán dos grupos: (1) tras primer año del embarazo (GA) y (2) tras cinco-diez años gestación (GB). Definiendo grupo referencia con adolescentes escolarizadas sin gestación y nivel socioeconómico medio (GC). El GA y GB se identificarán del registro programa de embarazo de dos CS; GC lo conformarán adolescentes incluidas en programa forma joven zona nivel socioeconómico medio. Tamaño previsto en grupos A y B de 50 adolescentes y grupo C referencia 150 adolescentes. Se excluirán adolescentes que informadas declinen participar.

Mediciones e Intervenciones: GA y GB se valorará entrevista individual semiestructurada con comunicación centrada en el paciente: (1) experiencia vivencial de impacto (aproximación cualitativa) y (2) variables objetivas (aproximación cuantitativa) como calidad de vida del adolescente (cuestionario Kidsscreen de 52 ítems, valora 10 dimensiones: Bienestar físico, psicológico, estado animo, autonomía, autopercepción, apoyo familiar, aceptación social, ambiente escolar, recursos económicos), apoyo social percibido (Duche_unc), situación familiar (estructura y ciclo vital) y redes de apoyo social.

GC se valorará mediante cuestionario autocumplimentado grupal en instituto, calidad de vida relacionada con salud (cuestionario Kidsscreen_52).

Análisis Estadístico: Estadísticos descriptivos, comparación de proporciones, análisis multivariante diferencias que puedan existir en distintos grupos, variable dependiente presencia ó no embarazo menores de 20 años. Se realizará un perfil riesgo psicosocial para cada grupo etario.

Limitaciones del estudio: Sesgo de selección.

Aplicabilidad: Conocer impacto embarazo precoz en situación vital de mujeres y elaborar perfiles de riesgo que permitan actuar de forma más eficaz ofertando mejores servicios a pacientes. Planificar actividades de intervención para mejorar situaciones riesgo detectadas: Parámetros seguimiento gestantes precoces.

Posteriormente realización grupos focales con mujeres para mejorar situaciones riesgo detectadas.

Aspectos ético-legales: Consentimiento informado escrito a todas las participantes. Se garantizará confidencialidad de datos personales.

Palabras clave: Embarazo, adolescentes, transformación social.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Eficacia de una dieta mediterránea en la prevención primaria de insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular en hipertensos

Lapetra Peralta J¹, Lozano Rodríguez J², Santos Lozano JM¹, Romero Rodríguez N³, Román Torres P⁴, García de la Corte FJ⁵

¹ Doctor. Medicina de Familia. CS San Pablo. CIBERObn (ISCIII). Sevilla

² Licenciado. Medicina de Familia. CS de Lora del Río. Lora del Río (Sevilla)

³ Licenciada. Cardiología. Servicio Cardiología Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

⁴ Licenciada. Medicina de Familia. CS Mercedes Navarro CIBERObn (ISCIII). Sevilla

⁵ Licenciado. Medicina de Familia. CS San Pablo. CIBERObn (ISCIII). Sevilla

Título: Eficacia de una dieta mediterránea en la prevención primaria de insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular en hipertensos.

Introducción: Se desconoce el efecto, en hipertensos de alto riesgo cardiovascular en situación de prevención primaria, sin insuficiencia cardíaca (IC) ni fibrilación auricular (FA), de una dieta mediterránea (DTM) sobre parámetros ecocardiográficos de valor pronóstico y capacidad predictiva, así como sobre la incidencia de complicaciones cardíacas de la hipertensión arterial (HTA), tales como IC y FA.

Objetivos: (1) Estudiar el efecto de una DTM, en comparación con una dieta baja en grasas (DBG), sobre la incidencia de IC y FA en hipertensos de alto riesgo en situación de prevención primaria. (2) Describir las repercusiones de una DTM vs DBG sobre los siguientes parámetros ecocardiográficos: Masa ventricular izquierda, función sistólica, función diastólica e índice de funcionamiento miocárdico.

Diseño: Ensayo clínico de intervención dietética, multicéntrico, aleatorizado, simple ciego y controlado.

Emplazamiento: Centros de Salud urbanos.

Material y Método: Duración del estudio: 3 años. Seguimiento: 2 años tras reclutamiento. Sujetos: Hipertensos de alto riesgo cardiovascular en situación de prevención primaria. Asignación aleatoria a uno de los dos grupos de intervención. Reclutamiento en consultas de 10 Centros de Salud. Tamaño muestral: riesgo alfa: 0.05, riesgo beta: 0.20, contraste bilateral, detección de una diferencia \geq al 15 %, con 20% de posibles pérdidas de seguimiento; se precisarán 174 pacientes, 87 en cada uno de los 2 grupos. Variables resultados principales: Incidencia de IC y/o de FA. Intervención: Grupo de intervención: Consejo dietético personalizado para aproximar sus hábitos dietéticos a una DTM

ideal. Grupo control: Consejo dietético personalizado para seguir una DBG, según las pautas establecidas por la American Heart Association. Análisis estadístico: Análisis por intención de tratar. Para la comparación de variables: Chi-cuadrado y test de McNemar para las cualitativas y T de Student y análisis de la variancia para las cuantitativas. Cálculo de OR ajustadas, IC al 95 % y reducción relativa y absoluta del riesgo y número necesario a tratar. Limitaciones: 1) Seguimiento adecuado de recomendaciones dietéticas. La realización de modelos de entrevista prealeatorización seleccionará individuos predispuestos al cambio y con alta probabilidad de cumplimiento. 2) Abandonos y o pérdidas durante el seguimiento.

Aplicabilidad: La demostración de que, en hipertensos de alto riesgo cardiovascular que aún no han tenido ninguna manifestación clínica de enfermedad del aparato circulatorio ni presentan FA, el seguimiento de una DTM mejora parámetros ecocardiográficos con valor pronóstico y predictivo y reduce la frecuencia de aparición de IC y de FA, supondría un importante aval científico para emplear este modelo de dieta entre las diferentes estrategias no farmacológicas propuestas en el manejo terapéutico y preventivo de este tipo de pacientes.

Aspectos ético-legales: Se garantizarán los principios éticos aceptados en investigación biomédica con humanos: Respeto a la persona y autonomía. Se solicitará el consentimiento informado. Se informará a los pacientes sobre las restricciones a terceros en el acceso a los datos y procedimientos para preservar la confidencialidad. Se asumirán los requisitos de la Declaración de Helsinki. Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación Sanitaria del Distrito Sanitario.

Palabras clave: Dieta mediterránea, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Efectividad de la detección oportunista de fibrilación auricular en personas de 65 años o más realizada en atención primaria. Estudio DOFA-AP

García-Baquero I, Zurita Aparicio C, Romero Ortega P, Jiménez Pérez R, Lora Coronado M, López Sánchez C

Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba

Título: Efectividad de la detección oportunista de fibrilación auricular en personas de 65 años o más realizada en atención primaria. Estudio DOFA-AP.

Introducción: La Fibrilación Auricular (FA) es una enfermedad donde la Toma del Pulso Arterial –TPA– nos posibilita sospechar de su existencia en aquellas situaciones en las que no se manifiesta de forma clínica, y previsiblemente en estadios más precoces. Actualmente no existen suficientes trabajos como para que podamos llegar a la conclusión de que la detección oportunista de la FA es eficaz.

Objetivos: Comprobar si el screening activo mediante la TPA, dirigido a pacientes mayores de 65 años que acuden a los servicios de atención primaria de salud (APS), es más eficaz que la atención clínica habitual, para detectar FA.

Diseño: Ensayo clínico controlado, por clúster, de dos brazos paralelos.

Emplazamiento: Estudio multicéntrico. Nivel de APS.

Material y Método: Participantes: médicos y enfermeras de centros de salud de una provincia andaluza. Se estima que será necesario reclutar para el estudio entre 80-120 profesionales.

- Criterios de inclusión: Pacientes \geq 65 años que acuden a su centro de salud y den su consentimiento informado.
- Criterios de exclusión: Diagnóstico previo de FA.
- Tamaño muestral: Para un riesgo en expuestos: 1,63%, riesgo en no expuestos: 1,012%, riesgo relativo: 1,62;
- Controles por caso: 0,5; nivel de confianza: 95,0%, y precisión relativa del 80%, el tamaño muestral resultante sería de 7.722 sujetos en el Grupo Experimental –GE– y 3.861 en el Grupo Control –GC–. Se estima una tasa de no respuesta del 10%: N del GE= 8.580. N del GC=4.290. N total=12.870 sujetos.

- Mediciones e intervenciones: Los pacientes del GE se captarán mediante búsqueda activa, se les tomara el pulso y si este es irregular se les realizará un ECG. Los pacientes del GC serán reclutados según los procedimientos clínicos habituales. Resultado principal a medir: nuevos casos de FA. Los datos se obtendrán de las historias clínicas, y de la entrevista clínica (anamnesis, exploración complementaria, TPA). Se realizará un análisis estadístico descriptivo e inferencial (bivariado y multivariado, mediante análisis de regresión logística multinivel).

- Limitaciones: Sesgo de información por falta de destreza del observador en la lectura del ECG; e procederá a un programa de adiestramiento previo. Sesgo de selección, por el hecho de que en alguno de los grupos tengan más casos detectados con FA antes del periodo de estudio. La aleatorización facilitará que los dos grupos estén balanceados. Los posibles sesgos de confusión serán controlados mediante análisis multivariante.

Aplicabilidad: Dada la magnitud del problema, la morbimortalidad cardiovascular asociada a ésta y su prevención con la farmacopea disponible, la realización de este estudio nos puede permitir aportar evidencias para postular la recomendación de la TPA dirigido a pacientes de estos grupos de edad como el procedimiento de diagnóstico precoz más apropiado en el nivel de APS.

Aspectos ético-legales: Proyecto aprobado por la Subcomisión de Investigación Sanitaria del Hospital Reina Sofía (Córdoba). Se solicitará la firma del consentimiento informado. Se respetarán los principios establecidos en la Declaración de Helsinki y se ajustará a las normas de BPC y a la LOPD. El estudio ha sido registrado en el Clinicaltrials (NCT01291953).

Palabras clave: Fibrilación Auricular, detección precoz, screening.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

La depresión en atención primaria. Descripción y detección precoz de grupos vulnerables

LLoris Moraleja M^aC¹, García Parra M¹, Lloris Moraleja A², García Martínez F¹, González Villafranca E¹, Gómez Beltrán M³

¹ Unidad Docente MFyC. Distrito Almería

² Unidad Docente MFyC Distrito Zaragoza

³ Diplomado en Magisterio. Educación Física. Húercal- Overa. Almería

Título: La depresión en atención primaria. Descripción y detección precoz de grupos vulnerables.

Introducción: En los últimos años la depresión se ha convertido en un objetivo prioritario en salud pública debido a su elevada prevalencia y a las consecuencias que origina sobre la sociedad en términos de mortalidad, morbilidad, costes económicos y sociales. Según un estudio de la OMS, los síntomas depresivos afectan a la capacidad funcional y al bienestar tanto o más que la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la hipertensión o la enfermedad cardiaca. A pesar de todo esto, aún queda un largo camino por recorrer para garantizar la detección precoz desde Atención Primaria (AP) para este tipo de trastornos.

Objetivos: Conocer en una consulta de AP los "probables casos" de depresión para evitar infradiagnósticos. Describir el perfil de los pacientes e identificar los grupos más vulnerables.

Diseño: Observacional Descriptivo Transversal en dos fases.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: Sujetos: Todos los pacientes que acuden a consulta.

Criterio de Exclusión: Aquellos pacientes pertenecientes a otro cupo de consulta, los que acuden en horario de urgencias, por motivos administrativos, menores de 18 años y con limitaciones que haga imposible la aplicación de escalas de valoración.

Muestreo:

1^a fase: Muestra compuesta por todas las visitas consecutivas realizadas por cualquier motivo a las que se les realiza un test de cribado (escala de Zung) clasificando a los individuos en "probables casos" y "probables no casos".

2^a fase: Muestra compuesta por aquellos que habiendo sacado un resultado positivo en el test de la pri-

mera fase se les aplican escalas más elaboradas que sirvan tanto para el diagnóstico como para la evaluación de la gravedad y seguimiento de los diagnosticados en la primera fase.

Variables:

Independientes: Sexo, estado civil, situación laboral, hogar, toma de antidepresivos, clase social, nivel de estudio, edad, nº trastornos crónicos.

Dependientes: Escala de Zung, Golberg, Hamilton y Beck.

Análisis de datos: Tablas de frecuencia para variables cualitativas y medidas de dispersión y posición para variables cuantitativas. El análisis de resultados para con las variables dependientes se realizará mediante ANOVA y correlación de Spearman.

Limitaciones del estudio: Las propias de los estudios descriptivos que se controlarán estrictamente en la fase de diseño además de un alto porcentaje de pacientes susceptibles de nuestro estudio que no acuden a los centros de salud, pacientes ya diagnosticados de depresión y médicos que no reflejen en la Historia clínica los ítem a estudio.

Aplicabilidad: Conocer los grupos más vulnerables, para así, distribuir los recursos según las necesidades y orientar los futuros posibles casos en base a los existentes para evitar infradiagnósticos y cronificaciones de la enfermedad desde AP.

Aspectos ético-legales: Se pedirá permiso a la Comisión Provincial de Ética de la Investigación y consentimiento informado a los pacientes objeto de estudio.

Necesidad de autorización para acceder a historia clínica informática de los pacientes.

Nos acogemos a la Ley Orgánica 15. 1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Palabras clave: Depresión, atención primaria, detección precoz.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Impacto de una estrategia educativa dirigida a médicos y enfermeros de atención primaria para el uso racional de tiras reactivas en pacientes diabéticos tipo 2 no insulinizados

García Parra M¹, Lloris Moraleja M^aC¹, García Parra M^aF², García Martínez F¹, González Villafranca E¹, Lloris Moraleja A³

¹ Unidad Docente MFyC. Distrito Almería;

² Licenciado en Farmacia. AGS zona norte de Almería

³ Unidad Docente MFyC. Distrito Zaragoza

Título: Impacto de una estrategia educativa dirigida a médicos y enfermeros de atención primaria para el uso racional de tiras reactivas en pacientes diabéticos tipo 2 no insulinizados.

Introducción: La utilidad de la determinación de la glucemia por el paciente con Diabetes tipo 2 (DM2), en su domicilio, es un tema muy controvertido. La evidencia existente nos indica que el AGC (autoanálisis de glucemia capilar) no produce mayor beneficio en el control glucémico o la presentación de complicaciones cuando se compara con determinaciones periódicas de HbA1c. Sin embargo, parece que el autocontrol puede ser una herramienta útil siempre que se incluya como parte de un programa de educación integral y estructurada al diabético, de no ser así, suministrar aparatos de medición a los pacientes sin acompañarlo de un programa de educación sanitaria puede no ser útil. A pesar de todo esto, la utilización de tiras de glucemia sigue incrementando y esto es uno de los elementos que está contribuyendo en los últimos años a aumentar los costes generados por la atención a la diabetes.

Objetivos:

- Valorar la eficacia de una estrategia educativa y de un acuerdo de prescripción dirigido a médicos y enfermeros para la reducción de prescripción de tiras reactivas en pacientes DM2 no insulinizados en Atención Primaria.

- Conocer el consumo de tiras reactivas en pacientes DM2 no insulinizados según antidiabético oral prescrito.

Diseño: Cuasiexperimental antes-después sin grupo control.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: Sujetos: Prescripciones de tiras reactivas.

Criterio de Exclusión: Prescripciones de tiras reactivas a pacientes con tratamiento con insulina.

Muestra: Se recogerán las prescripciones de tiras reactivas realizadas en el último semestre, (utilizare-

mos el sistema de Información Farma de facturación de recetas con cargo a la seguridad Social dispensadas en Oficina de Farmacia).

Variables: Cupo medico/cupo enfermero.

Tratamiento: Tipo de antidiabético oral, indicado (si/no).

Intervención: Consiste en sesiones educativas grupales dirigidas a médicos y enfermeros del centro de salud, difusión de listados de pacientes, y feedbacks. Se completará con herramientas de apoyo: Documentación escrita, soporte telefónico.

Análisis de datos: Tabla de frecuencias absolutas y relativas en porcentajes para variables cualitativas. Análisis bivariante con Chi-cuadrado (diferencias en porcentajes antes y después).

Limitaciones del estudio: La variable de confusión más relevante es la posibilidad de recetas no adjudicadas a una tarjeta sanitaria, y por tanto, no se puede identificar con el paciente.

Otro factor a tener cuenta, es la rotación de médicos por los salientes de guardia, vacaciones o la propia dispersión geográfica que complica la presencia de todos los profesionales del equipo de AP.

Aplicabilidad: A pesar de que hay evidencias de la innecesaria utilización de AGC de forma regular en los DM2 no tratados con insulina. La utilización de tiras de glucemia sigue incrementando. Si se demuestra que con esta intervención se adecua la prescripción de tiras reactivas el formato se podrá implantar en los diferentes centros de Salud.

Aspectos ético-legales: Se pedirá permiso a la Comisión Provincial de Ética de la Investigación.

Necesidad de autorización para acceder a historia clínica informática de los pacientes.

Nos acogeremos a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Consentimiento informado a los profesionales que van a participar en esos talleres.

Palabras clave: Diabetes tipo 2, atención primaria, uso racional.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Influencia del ejercicio físico suave sobre el dolor y su impacto en la salud física y mental en los pacientes diagnosticados de fibromialgia

Belhadj H¹, Calderón Guadalupe JM², Vázquez Merino AM³, López Aguilar J⁴

¹ CS Isla Chica. Huelva

² MIR MFyC. UD Huelva

³ Enfermero. CS Isla chica. Huelva

⁴ Médico de AP. CS Isla chica. Huelva

Título: Influencia del ejercicio físico suave sobre el dolor y su impacto en la salud física y mental en los pacientes diagnosticados de fibromialgia.

Introducción: La fibromialgia se puede considerar una entidad bastante desconocida sobretodo en referencia a su patogenia. Un 4% de la población española padece la enfermedad que es de predominio femenino. Por sus síntomas, es una enfermedad bastante limitante para el paciente que le impide la realización de sus actividades diarias tanto personales como laborales empeorando así su calidad de vida. El abordaje de la enfermedad es muy diverso y poco o casi nada protocolizado presentando varias lagunas que no permiten establecer un tratamiento satisfactorio.

Objetivos: Influencia del ejercicio físico sobre el dolor y su impacto sobre la salud física como psíquica de los pacientes.

Diseño: Ensayo cuasiexperimental con grupo control.

Pacientes de ambos sexos diagnosticados de Fibromialgia entre 25-65 años según los criterios de la Academia Americana de Reumatología.

Variables cuantitativas: Edad, escala (EVA), puntos gatillo, número de visitas a MAP, número de repeticiones de los ejercicios entregados.

Variables cualitativas: Sexo, estado civil, escala de depresión de Hamilton. Escala de ansiedad de Goldberg. Versión española del Cuestionario Fibromyalgia impact questionnaire. Test de cumplimiento de Morisky-Green. Se calcula la muestra teniendo en cuenta el número total de pacientes censados en el centro de salud aplicando la prevalencia del 4% obteniéndose un número de 540. Con epiinfo/epitable con un IC del 95% y una precisión del 5% obtenemos una muestra de 54 pacientes, aplicando 15% por pérdidas obtenemos 62 pacientes captados de forma secuencial en consulta distribuidos de forma aleatorizada en dos grupos de 31 pacientes cada uno. Se excluye pacientes con enfermedades psi-

quiátricas. Enfermedades Reumáticas. Alteraciones tiroideas. Enfermedades terminales y DABVD.

Se abre una historia en la que se recoge los AP. Se realizará la valoración inicial con la realización de las escalas anteriores. Se procede a entregar las tablas de ejercicios para columna cervical, dorsal, lumbar y hombros del portal de internet de la Sociedad andaluza de Traumatología y ortopedia. Valoración mensual de la mejoría se mediante la disminución de la puntuación en la escala FIQ-S, de la ansiedad y depresión. Disminución de puntos gatillo y de visitas al MAP.

El análisis estadístico se realiza mediante el programa informático SPSS V17. Calculando la media y desviación típica para las variables cuantitativas y porcentajes para las cualitativas, aplicando Chi-cuadrado para comparar realización de ejercicio y reducción del dolor, realización de ejercicios y toma de antidepressivos, realización de ejercicio y ansiedad, realización de ejercicio y depresión.

Emplazamiento: Área urbana del CDS.

Material y Método: Consultas del centro de salud y DIRAYA, internet, tratados sobre fibromialgia, biblioteca virtual del SAS e historias clínicas facilitadas por el Servicio de Salud mental. El equipo de trabajo estará compuesto por MIR, médicos y enfermeros.

Aplicabilidad: Aplicar los resultados en la mejora en la atención de la fibromialgia en AP.

Aspectos ético-legales: Todo paciente incluido en el estudio deberá dar por escrito su consentimiento firmando un formulario en el que se recoge toda información sobre el estudio y la metodología a seguir. Respetando en todo momento su principio de autonomía conforme las normas de no maleficencia y justicia.

La participación es voluntaria pudiendo abandonar el estudio en cualquier momento.

Palabras clave: Exercise, mental health, fibromyalgia.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Factores causantes de sobrecarga en cuidadoras de mayores dependientes

Millán Cobo MD¹, Chica Fuentes Y², Gámez Aguilar LC³, Jurado Sánchez I⁴, Carrascosa Martínez S³, Pérez Durillo FT⁵

¹ DUE. Enfermero Gestor de Casos. CS de Bailén (Jaén)

² Licenciada en Medicina. Especialista en Pediatría. CS de Bailén (Jaén)

³ DUE. CS de Bailén (Jaén)

⁴ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Baños de la Encina. ZBS Bailén (Jaén)

⁵ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Bailén (Jaén)

Título: Factores causantes de sobrecarga en cuidadoras de mayores dependientes.

Introducción: El avance sobre la salud y la enfermedad conseguido en los países desarrollados han supuesto una baja natalidad y mortalidad. Estos factores conllevan una elevada expectativa de vida y un predominio de las enfermedades crónicas que suponen un incremento en el número de personas dependientes que requieren cuidados de larga duración y de las necesidades de asistencia desde los sistemas formal e informal. En muchas ocasiones, esta atención sobrepasa la capacidad física y mental del cuidador, conformando un evento estresante crónico denominado sobrecarga del cuidador.

Objetivos: El objetivo principal del estudio es analizar la sobrecarga subjetiva del cuidador de personas mayores dependientes. Otros objetivos son describir las características sociodemográficas de las personas dependientes y de sus cuidadores/as, así como estudiar la relación existente entre la funcionalidad familiar, el apoyo social, las estrategias de afrontamiento, la dedicación al cuidado en cuidadores /as de mayores dependientes y la sobrecarga en las personas cuidadoras de personas mayores dependientes.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo y transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud y Consultorio rurales.

Material y Método: Se ha calculado una muestra de 191 cuidadores y una cifra igual de personas dependientes obtenidos de forma aleatoria a partir de los datos del censo de pacientes incluidos en el proceso de inmovilizados de la aplicación informática Diraya. Se realizarán entrevistas en el domicilio y que recogerán diversas variables psicosociales de la diada cuidadoras y personas dependientes. Se evaluarán los datos sociodemográficos y las variables: sobrecarga (Índice de Es-

fuerzo del Cuidador), apoyo social percibido (Duke University Center), funcionalidad familiar (APGAR familiar), afrontamiento (Lazarus y Folkman) en las cuidadoras así como el deterioro cognitivo (Pfeiffer) y la dependencia funcional (Barthel) del paciente dependiente. Análisis estadístico: estudio descriptivo mediante frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión, con sus respectivos intervalos de confianza. Análisis inferencial mediante regresión lineal múltiple. Para la construcción del modelo de regresión se tendrán en cuenta tanto las variables principales de motivos como variables potencialmente confundidoras. Paquete estadístico SPSS 15.0. Limitaciones: Al ser un estudio transversal, no pueden estudiarse los cambios en el tiempo de las distintas variables. Además, existe el riesgo de identificar como posibles causas lo que son consecuencias de la carga subjetiva.

Aplicabilidad: La adecuada determinación de los factores de riesgo de la sobrecarga en cuidadores familiares en general, relacionados con los motivos para el cuidado en particular, permitirá tanto la definición de un perfil de cuidador con riesgo de sobrecarga o riesgo de cansancio en el rol del cuidador, como el establecimiento de criterios de atención precoz basados en dichos criterios de riesgo. Por todo ello, dicha definición de perfiles de riesgo permitirá y apoyará la consecución de los objetivos de calidad de vida del cuidador y la persona dependiente y mantenimiento del Sistema de Atención a la Dependencia.

Aspectos ético-legales: El estudio ha sido aprobado por la Comisión de Ética e Investigación. Se garantizará la confidencialidad. Obtención del consentimiento informado de los participantes. Se garantizará la retirada voluntaria del estudio.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Cuidador. Pacientes dependientes. Sobrecarga.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Evaluación de una intervención grupal en mujeres de 45 a 55 años residentes en zona de transformación social

Gómez Velasco A¹, Carretero Matas M¹, del Ojo García F¹, Mañas Pérez E², Pérez Luna T¹, Abdellah Mohamed M³

¹ Medicina de familia. CS Cartuja. Granada

² DUE. CS Cartuja. Granada

³ Medicina de familia. CS Granada

Título: Evaluación de una intervención grupal en mujeres de 45 a 55 años residentes en zona de transformación social.

Introducción: Se observa un aumento de demanda en mujeres perimenopáusicas por una serie de temas relacionados con la salud percibida (alteraciones menstruales, insomnio, ansiedad, problemas osteoarticulares, problemas de relaciones, entre otros) que pensamos que pueden tratarse de forma conjunta en una intervención comunitaria donde las mujeres puedan aclarar sus dudas y comprender el tránsito que están haciendo en esta etapa de su vida sin necesidad de medicalizar excesivamente su situación. Se han puesto carteles en dos centros de salud de nuestra zona y la respuesta positiva ha sido muy numerosa.

Objetivos: Evaluar el impacto de una intervención grupal en mujeres entre 44 y 55 años de edad y residentes en zona de transformación social (ZTS) mediante un modelo de resultados multidimensional que integra componentes cognoscitivos, sociales, afectivos y de salud.

Diseño: Estudio cuasiexperimental.

Emplazamiento: Atención primaria. Multicéntrico.

Material y Método: Mujeres de 44-55 años de edad residentes en ZTS. La captación se realizará en dos centros de salud (CS) mediante doble estrategia: Oportunista en consulta y carteles en soporte papel ubicados en CS. Se excluirán mujeres con problemas cognitivos, sensoriales y/o mentales severos.

Mediciones.

- Intervención: Se organizará en tres sesiones de una hora de duración en horario de tarde. La metodología de las sesiones (S) será tipo grupo focal para las dos primeras y la tercera sesión mediante juego de roles (rol Play). Los contenidos se organizarán en aspectos generales del climaterio (1ª S), afectividad y salud mental (2ª S) y aspectos personales, familiares o sociales que preocupen a las mujeres (3ª S).

Todas las sesiones serán audiograbadas y transcritas; solicitándose consentimiento (para ambas cosas). La

composición de los grupos se homogeneizará por edad y el número de participantes será entre 10-12. Se prevé desarrollar 3 grupos.

- Evaluación mediante cuestionario administrado antes del taller, al finalizar el taller y a los tres meses del mismo.

Antes del taller: Se valorará salud percibida (1 ítem) percepción de apoyo social (DucKe_UNC) y malestar psíquico (Goldberg breve);

Después del taller: Además de las variables monitorizadas en pretaller, se incluirán preguntas cerradas en escala de 1-5 sobre metodología del taller y preguntas abiertas.

A los tres meses de la intervención se reevaluarán, mediante encuesta telefónica.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Se articulará estrategia de análisis cuantitativo con carácter descriptivo y bivariante antes y después; y estrategia de análisis cualitativo para la información proporcionada con las preguntas abiertas mediante transcripción literal, definición de categorías y análisis de contenidos. Finalmente se analizarán las audiograbaciones realizadas durante el taller y se identificarán resultados intermedios y finales mediante categorización y análisis de contenidos.

Limitaciones: La voluntariedad de la participación y ello podría facilitar la percepción de mejores resultados con taller. Los abandonos podrían igualmente sobrestimar la utilidad del taller (se recabarán siempre motivos de abandono).

Aplicabilidad: Se propone una actividad grupal para mejorar la salud y el nivel de conocimientos en un estrato etario y social con dificultades vitales que pueden mejorar sin medicalización.

Aspectos ético-legales: Consentimiento informado escrito.

Palabras clave: Menopause, group education, primary care.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Obesidad infantil: Nivel de actividad física y hábitos alimentarios en escolares de 12 a 16 años

Muñoz Medina SC¹, Carlet Pérez MV¹, Chacón Gamero M^aA¹, Romero Gutiérrez JA¹, Méndez Segovia JC², Guija Villa E²

¹ MIR 4º año MFyC. CS Pinillo Chico. Puerto Santa María (Cádiz)

² MFyC. CS Pinillo Chico. Puerto Santa María (Cádiz)

Título: Obesidad infantil: Nivel de actividad física y hábitos alimentarios en escolares de 12 a 16 años.

Introducción: La obesidad en la adolescencia es el factor predictivo más importante de obesidad en la vida adulta y de sus patologías asociadas. Por ello nos planteamos describir los niveles de actividad física, los hábitos alimentarios y el índice de masa corporal (IMC) de los escolares de nuestra área de salud para obtener datos que sean una herramienta fundamental para un mejor conocimiento del peso corporal y los hábitos de vida saludable o no de los escolares de nuestra zona.

Objetivos: Valorar la asociación entre el nivel de actividad física, hábitos alimentarios e IMC en escolares de 12 a 16 años, de ambos sexos en el curso escolar 2011-2012.

Diseño: Observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: Área de influencia de un centro de salud urbano de Atención Primaria.

Material y Método: Escolares de ESO y Bachillerato, de ambos sexos, de 12 a 16 años. Muestreo por conglomerado + muestreo intencional. Muestra representativa de 384 sujetos con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de ± 3 . Criterios de inclusión: Estar dentro del rango de edad predeterminado de 12 a 16 años. Estar matriculado en ESO/Bachillerato en un IES/Colegio de esta localidad. Escolares de ambos sexos. Firmar el consentimiento informado los padres/tuto-

res de los menores de edad. Criterios de exclusión: No cumplir algunos de los criterios de inclusión. Cumplimentación errónea o insuficiente de los cuestionarios. Para una correcta toma de medidas Antropométricas se realizara mediante báscula calibrada con tallmetro acoplado y con los sujetos descalzos, en pantalón corto (niños) + top (niñas). Se utilizaran variables cuantitativas: Edad, peso, talla, índice de masa corporal (IMC) y tabla de percentiles de IMC. Variables cualitativas: Sexo, nivel socio económico, cuestionario IPAQ-A y Test Kidmed. Análisis estadístico: Describiremos las variables cualitativas con frecuencia y porcentaje y las cuantitativas con media, desviación típica o con mediana según sigan o no una distribución normal. Valores antropométrico mediante percentiles. Prevalencia de obesidad-sobrepeso según sexo y edad (criterio Enkid). Análisis multivariante, Programa SPSS v.14.0 para Windows. Presenta como limitaciones sesgos de información.

Aplicabilidad: Tener un mejor conocimiento de la situación en la que se encuentran los adolescentes de nuestra zona respecto a aspectos de salud como pueden ser su peso corporal y hábitos de vida saludable. En caso de prevalencia de sobrepeso u obesidad establecer medidas preventivas y tratamiento de la morbilidad asociada a dicha patología.

Aspectos ético-legales: Firma del consentimiento informado por los padres/tutores de los niños que participaran en el estudio.

Palabras clave: obesity, adolescents, exercise.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Conocimiento, actitudes y prácticas de los profesionales sanitarios en atención primaria en relación con el Código Europeo contra el Cáncer: Estudio CECC-PRO

Córdoba

¹ Unidad Docente MFyC. Distrito Almería

² Unidad Docente MFyC Distrito Zaragoza

³ Diplomado en Magisterio. Educación Física. Húercal- Overa. Almería

Título: Conocimiento, actitudes y prácticas de los profesionales sanitarios en atención primaria en relación con el Código Europeo contra el Cáncer: Estudio CECC-PRO.

Introducción: El Código Europeo Contra el Cáncer (CECC) introduce una serie de recomendaciones, que si se siguen, podrían conducir en muchos casos a la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer. El Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) de la semFYC, consideró pertinente realizar un estudio para comprobar los conocimientos del CECC, las actitudes y el grado en que la población general practica las recomendaciones de dicho código. Según los resultados de este estudio, el 87% de la población desconoce el CECC, teniéndose la impresión de que ello es debido en gran parte a la falta del conocimiento existente entre los propios profesionales sanitarios, más concretamente, de Atención Primaria (AP). Por ello, y en una segunda fase, estimamos oportuno hacer un estudio para comprobar también el grado de conocimiento y actitud que los profesionales de AP presentan en relación al CECC.

Objetivos: Comprobar el grado de conocimiento del CECC, la actitud y la medida en que practican sus recomendaciones los profesionales sanitarios de AP.

Diseño: Estudio observacional descriptivo, transversal.

Emplazamiento: Estudio multicéntrico. Centros de AP del Sistema Nacional de Salud.

Material y Método: Se invitarán a participar a aquellos profesionales de AP (médicos/enfermero/as) que previamente han colaborado en un estudio para co-

nocer la conducta de la población en relación a las recomendaciones del CECC (estudio CECC-AP). Son 240 profesionales ubicados en 110 centros de salud de todo el territorio español. Una vez establecida su intención de participar, cumplimentarán un cuestionario y serán ellos los que facilitaran al resto de compañeros del propio centro el cuestionario autocumplimentado, el cual recoge preguntas sobre el conocimiento y las prácticas de las recomendaciones incluidas en el CECC. Los datos serán mecanizados en Google Docs por los propios profesionales. Para un error alfa del 5%, una precisión del 4% y una proporción de profesionales que conocen el CECC del 50%, sería necesario incluir en el estudio al menos a 801 profesionales. Se hará una estadística descriptiva e inferencial (análisis bivariado y multivariado, mediante regresión logística múltiple; $p < 0,05$).

Aplicabilidad: la evaluación del estado de conocimiento de nuestros profesionales y de las actitudes de estos ante este código nos ayudaría a enfocar mejor y adoptar las medidas informativas y formativas más oportunas.

Aspectos ético-legales: Se solicitará aprobación del Comité de Ética de Investigación, así como el consentimiento informado a los participantes (Art. 4, 8 y 9 de la Ley 41/2002; Art. 12 del RD 223/04). Se tendrá en cuenta la Ley de Investigación biomédica 14/2007. El tratamiento de los datos de carácter personal de los sujetos que participan en el estudio se ajustará a lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, 15/1999 de 13 de Diciembre.

Palabras clave: Código Europeo Contra Cáncer, prevención cáncer, atención primaria.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Intervención educativa sanitaria sobre el incumplimiento terapéutico en pacientes con síndrome metabólico

Cabrerizo Domínguez S¹, Domínguez Camacho S², González Correa JA³, Cabrerizo Cómitre E⁴

¹ MFyC. CS Santa Bárbara. Ronda Sur. Ronda (Málaga)

² Enfermera. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

³ Profesor Titular del departamento de Farmacología. Universidad de Málaga

⁴ Médico Especialista en Medicina Interna. Málaga

Título: Intervención educativa sanitaria sobre el incumplimiento terapéutico en pacientes con síndrome metabólico.

Introducción: Cumplimiento terapéutico es el grado en que la conducta de un paciente en relación con su tratamiento, coincide con las prescripciones. El incumplimiento terapéutico es un problema importante, bien documentado en patologías crónicas como síndrome metabólico, pudiendo mejorarse mediante intervenciones educativas.

Objetivos: Principal: Evaluar adherencia al tratamiento tras intervención educativa en pacientes incumplidores. Secundarios: Comparar cumplimiento terapéutico en consultas de Atención Primaria y de Medicina Interna hospitalaria; describir aspectos demográficos y clínicos de la población estudiada, evaluar factores que influyan sobre cumplimiento y desarrollar estrategias de educación sanitaria para mejorarlo.

Diseño: Estudio cuasiexperimental (antes - después).

Emplazamiento: Todos los Centros de salud correspondientes a un distrito sanitario de ámbito urbano y consultas hospitalarias de Medicina Interna de los hospitales de referencia. Un Centro de Salud urbano y una consulta hospitalaria de Medicina Interna.

Material y Método: Sujetos de estudio: Pacientes de Atención Primaria y de consulta de Medicina Interna general hospitalaria que cumplan criterios:

- Inclusión: Pacientes con diagnóstico de síndrome metabólico (Criterios NCEP. ATP III 2001, revisados 2005) seguidos al menos un año antes de la fecha de inclusión con un mínimo de tres visitas en ese periodo. Periodo de inclusión de pacientes: 6 meses.

- Exclusión: Fallecidos en el periodo; no cumplan número mínimo de visitas o no concedan consentimiento.

Cálculo del tamaño muestral: 680 pacientes (proporción estimada de incumplimiento 40-60%, precisión 0,03 y error alfa 0,05). Los pacientes serán incluidos mediante muestreo aleatorio simple, atendiendo al total de centros y consultas participantes.

Variables: Edad, sexo, diagnósticos, control clínico, fármacos (total y número de tomas), prescripción de dieta y ejercicio, medida del cumplimiento, estimación del prescriptor.

Procedimiento: Primera fase: A todos los pacientes que cumplen los criterios de inclusión se les efectúa en la consulta la toma de datos y se pasa el test de Haynes-Sackett. A los incumplidores se les asigna ("no adherentes") aleatoriamente al estudio de forma secuencial (Uno sí, uno no). Segunda fase: Intervención educativa sobre el grupo asignado: Una enfermera efectúa entre 3 y 6 semanas de la primera visita una llamada telefónica para una entrevista centrada en informar sobre las consecuencias del incumplimiento, valorar las causas de incumplimiento de cada paciente y analizar con el mismo sus posibles soluciones.

Tercera fase: Análisis de cumplimiento en consulta, a los 3 meses de la intervención educativa.

Análisis estadístico: (SPSS ver. 19). Variable dependiente, el cumplimiento terapéutico (variable continua o dicotómica -sí/no). Análisis univariante para variables cuantitativas cualitativas (Media, frecuencias...). Análisis bivariante: T de student, correlación lineal, tests no paramétricos (Mann-Whitney y Kruskal-Wallis), para variables cuantitativas. Test de Chi-cuadrado o Fisher, regresión logística binaria para las variables cualitativas policotómicas. Análisis multivariante mediante regresión logística y regresión lineal múltiple.

Limitaciones: No está proporcionado el número de pacientes elegidos a nivel de atención primaria frente a especializada. El entrevistador será siempre la misma enfermera utilizando un modelo de entrevista telefónica estructurada.

Aplicabilidad: Desarrollo de estrategias de prescripción y educación de pacientes para mejora del cumplimiento terapéutico.

Aspectos ético-legales: Consentimiento informado de pacientes y permisos a comités éticos de centros.

Palabras clave: Patient compliance, patient education, metabolic syndrome.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Beneficios del uso de terapias complementarias, en el tratamiento de pacientes diagnosticados de fibromialgia

García Martínez F¹, Copado Campos LJ¹, García Parra M², Lloris Moraleja M^aC², Lozano Mengibar C¹, Mir Ruiz JJ³

¹ MIR MFyC. CS Almería centro. Almería

² MIR MFyC. CS Nueva Andalucía. Almería

³ MIR MFyC. CS La Cañada. Almería

Título: Beneficios del uso de terapias complementarias, en el tratamiento de pacientes diagnosticados de fibromialgia.

Introducción: La Fibromialgia ha sido definida como un síndrome de origen reumático cuyo síntoma fundamental es el dolor musculoesquelético generalizado y crónico, junto con problemas de sueño y fatiga. La evidencia sugiere que debe ser abordada con terapias multidisciplinarias, que incluyen fármacos, terapias conductuales, ejercicio. Aunque se ha visto que el ejercicio es beneficioso para el dolor, la mayoría de los pacientes continúan con él, por lo que se necesitan nuevos enfoques para mejorar su funcionamiento físico, emocional y de calidad de vida.

Objetivos:

- Describir las características de los pacientes diagnosticados de fibromialgia.
- Comprobar la eficacia de las terapias complementarias en la calidad del sueño, control de ansiedad y depresión, dolor muscular y calidad de vida.

Diseño: Estudio cuasiexperimental antes –después.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: Sujetos: Pacientes diagnosticados de fibromialgia.

Criterios de Inclusión:

- Edad: 18-65 años.
- Escala visual analógica del dolor sea mayor de 3.
- Consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Tener otra enfermedad concomitante que pueda producir dolor y fatiga muscular: artrosis, hernias discales, aplastamientos vertebrales, artritis reumatoide, etc.
- Mujeres embarazadas.
- Presente alguna incapacidad física que le impida realizar ejercicio.

Muestreo:

- Tamaño muestral: 59 pacientes (80%potencia, nivel significación 5%).
- Tipo de muestreo: Consecutivo. Conforme acudan las pacientes a la consulta se les ofertara a las que cumplan los criterios de inclusión.

Intervención: Talleres donde se trabajara chikung, ríoterapia, meditación y relajación muscular, 2 horas/semanales durante 3 meses (10sesiones).

Variables:

- Variables socio demográficas: Edad, sexo, estado civil, nivel estudios, situación laboral. N° IT, duración en los 2 últimos años.

Variable relacionada con la enfermedad: Tratamiento (analgésicos, antidepresivos, relajantes musculares, benzodiazepinas, anticonvulsivos). Tiempo diagnóstico.

Dolor: Encuesta EVN.

Calidad del sueño: Test de Pittsburgh.

Ansiedad y depresión: Escala de Golberg.

Calidad de vida: Test FIQ-S.

Las variables se recogerán mediante entrevista personal, antes y después de la intervención y seguimiento a los 6 y 12 meses.

En el análisis descriptivo de la muestra, las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias, las variables cuantitativas se resumen con su media, desviación estándar (DE) e intervalos de confianza.

Analizaremos si hay relación entre la intervención y la modificación de las diferentes variables cuantitativas usando para ello la prueba estadística T de Student para datos apareados.

En todos los contrastes de hipótesis se rechazará la hipótesis nula con un error de tipo I o error alfa < 0.05. Por último realizaremos un análisis multivariante, detectando posibles variables confusoras e interacciones.

Aplicabilidad: Su utilidad se basa en conocer el impacto de estas terapias en el tratamiento de estos pacientes, y si se comprueba la eficacia poder implantarlos en centros de salud, de manera que el paciente los aprenda y utilice de forma rutinaria, contribuyendo al control de los síntomas y aumento de la calidad de vida.

Aspectos ético-legales: Se pedirá autorización a la comisión de Ética de la Investigación de la Provincia, el consentimiento informado a los pacientes.

Palabras clave: Fibromialgia, técnicas de relajación, dolor.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Prevalencia de obesidad, sedentarismo y adhesión a dieta mediterránea de la población adolescente entre 14- 17 años de un área rural

Moreno Román EV¹, Díaz Samos RM^{a1}, Vélez Clarés B¹, Suárez Cadenas R¹, López García M^{a2}J,
Mingorance Pérez I²

¹ MIR MFyC. UGC Huétor Tájar. UD Granada

² Médico MFyC. UGC Huétor Tájar. Granada

Título: Prevalencia de obesidad, sedentarismo y adhesión a dieta mediterránea de la población adolescente entre 14- 17 años de un área rural.

Introducción: Es un proyecto para conocer prevalencia de obesidad en población juvenil, problema de salud crucial; así como hábitos dietéticos saludables de esta problemática en vigor actualmente dado que su comportamiento alimentario se está modificando en la última década. También incluye hábito sedentario observando si dichos comportamientos pueden estar asociados a obesidad. Además de analizar calidad de vida, variable con características diferentes a los adultos, ya que alberga dimensiones de aceptación social y autonomía, mucho más importante en los adolescentes, así como otras como la autopercepción que pueden influir en obesidad y los comportamientos analizados.

Objetivos: Conocer la prevalencia de obesidad en adolescentes entre 14-17 años de edad en una comarca rural de 18107 y su relación con factores sociofamiliares. Conocer calidad de vida, sedentarismo y adhesión a la dieta mediterránea. Explorar modelo multidimensional integrado por: Variables sociodemográficas, calidad de vida y su asociación con obesidad.

Diseño: Descriptivo transversal observacional.

Emplazamiento: Comarca rural con cuatro municipios. Con dos institutos de enseñanza pública (IEP) y una zona básica de salud (ZB) con 5 consultorios. **POBLACIÓN:** Adolescentes entre 14-17 años empadronados en la ZB (1228); que cursan matrícula en los IEP 915. Del marco muestral se elegirán 300 (nc 95%, porcentaje obesidad del 50% y precisión del 6%) mediante muestreo probabilístico de aulas y proporcional a la matriculación en dichas edades. Criterio de exclusión: Ausencia en aula durante mediciones.

Material y Método: **MEDICIÓN:** Dos fuentes informativas:

- Cuestionario autocumplimentado en el aula presenciado por un investigador (96 ítems) valora:

- Adhesión a dieta mediterránea Kidmed: Analiza 16 ítems enfocados a medir hábito nutricional saludable. Oscilando la puntuación (0-12). Considerándose rangos de buena adherencia (8-12), media (4-7) y baja (1-3).

- Sedentarismo: Se valoró mediante el cuestionario ASAQ (20 ítems). En el que se valoran las horas semanales y durante el fin de semana que el adolescente dedica a 3 grupos de actividades: Uso de televisión y ordenador, actividades de ocio/tiempo libre y escolares.

- Variables sociodemográficas (8 ítems).

- Calidad de vida (KIDSScreen): Valora 10 dimensiones (52 ítems): Bienestar físico, psicológico, estado de ánimo, autonomía, autopercepción, apoyo familiar, ámbito y aceptación social, ambiente escolar y recursos económicos.

- Peso y talla por sanitarios valorando obesidad por estimación del IMC.

ANÁLISIS: Tres estrategias de gestión de información, tanto descriptiva como analíticamente: Univariante, bivalente y multivalente.

LIMITACIONES: No se establecen relaciones de causalidad.

Aplicabilidad: Conocer la prevalencia de obesidad en nuestra Área de Salud, así como la relación que de esta con las demás variables estudiada. Sirviendo éste como base para diseñar ensayos clínicos de posibles intervenciones sobre obesidad en edad juvenil así como estudios de cohorte que establezca una relación de causalidad entre variables.

Aspectos ético-legales: Los datos serán tratados de manera confidencial según ley orgánica 15/1999 de protección de datos personales, obteniéndose el consentimiento de todos los participantes y garantizándose que el manejo de estos no se realizará fuera del centro sanitario.

Palabras clave: Obesity, mediterranean diet, sedentary lifestyle.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Cálculo de la eficiencia de un programa para la disminución de errores relacionados con la medicación

Ortiz Arjona MA¹, Fernández Berchez M², Ortiz Otero A³, Gallardo Raya AI², Alba Jurado M², Lucena Rabaneda R⁴

¹ Experto en Seguridad del Medicamento. Coordinador GEMAF

² Médico de Familia. UGC Aguilar. Investigador de GEMAF

³ Miembro GEMAF

⁴ DUE. UGC Aguilar. Investigador GEMAF

Título: Cálculo de la eficiencia de un programa para la disminución de errores relacionados con la medicación.

Introducción: La mejora en la seguridad del paciente es uno de los objetivos prioritarios para los Servicios Nacionales de Salud. El uso adecuado de fármacos para evitar los errores relacionados con los medicamentos (ERM) lo es en los países más avanzados. Los trabajos descriptivos de los ERM son abundantes. Mucho menos los de intervención, pero prácticamente nulos los que evalúan la eficiencia de los mismos.

Objetivos: Conocer la eficiencia de un programa de intervención para uso adecuado de fármacos implementado en nuestra UGC y que ya ha demostrado su eficacia y efectividad.

Diseño: Estudio de cohortes prospectivo.

Emplazamiento: Centro de salud rural.

Material y Método: Cohorte de 343 pacientes mayores de 65 años y tomando 10 o más fármacos durante al menos 6 meses al año. Se excluyen los pacientes trasladados a otra localidad no perteneciente a la UGC así como aquellos que reciban tratamiento paliativo por situación terminal. El estudio se inició en el 2010 con una valoración inicial al año. Las posibilidades clínicas observadas y los criterios de valoración son las siguientes: Interacciones farmacológicas, (Programa informático BOT) inercia terapéutica (3 o más meses sin valorar el tratamiento), idoneidad terapéutica (adaptación a los criterios STOPP), y cumplimiento terapéutico (test de cumplimiento autoinformado). En la intervención un experto en Seguridad de Medicamentos analiza los posibles ERM y propone las medidas para evitarlos. El médico responsable de cada paciente toma la decisión final. Se medirán las varia-

bles relacionadas con los gastos directos e indirectos que supongan la intervención, así como los ahorrados por la misma. Entre otros serán: Asistencia a servicio de urgencias, días de hospitalización e incapacidad o muerte por ERM, gasto farmacéutico, ERM evitados, consultas a médico general y/o especialistas derivadas de un ERM, consultas evitadas, y valoración de la seguridad percibida por el paciente. El análisis estadístico se realizará con paquete SPSS (v. 15.0 o superior) Se realizará análisis univariante para las variables descriptivas y ANOVA para el análisis multivariante, en ambos casos con intervalo de confianza del 95%. Cálculo de los riesgos, OR, NNT y otras razones de predicción. Las limitaciones del estudio vienen fundamentalmente de la dificultad de detectar la presencia de un ERM en los diferentes motivos de consulta de los pacientes, sobre todo cuando se realizan al margen del circuito del SAS o en otros centros ajenos a nuestra UGC. Para disminuir este hecho se realizan revisiones periódicas de los historiales y se darán instrucciones concretas a los pacientes. No obstante, no encontramos ningún motivo por el que la intervención en sí aumente este impedimento sobre el de la población general, sino que pensamos que será al contrario.

Aplicabilidad: El conocimiento de la eficiencia de un Programa dirigido a prevenir los ERM facilita a las autoridades sanitarias las decisiones sobre priorización de inversiones. Igualmente, la ecuación tiempo invertido/resultados obtenidos orientará a otros equipos para la elección entre diversos programas de Mejora de la Seguridad del Paciente.

Aspectos ético-legales: Proyecto aprobado por la comisión de Ética del Distrito Sanitario.

Palabras clave: Uso Racional del Medicamento, eficiencia, estudio de cohortes.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Comunicación de errores médicos al paciente en centros de salud por parte de médicos y residentes

García-Baquero Martín I

MIR MFyC. Consultorio de Villarrubia. Córdoba

Título: Comunicación de errores médicos al paciente en centros de salud por parte de médicos y residentes.

Introducción: El error médico constituye un problema creciente de preocupación en los sistemas de salud. Nuestro objetivo es caracterizar la naturaleza, la frecuencia y los factores que pueden influir en la aparición de los errores en las consultas de atención primaria así como las actitudes que médicos adjuntos y residentes toman ante los mismos, puesto que es poca la información que tenemos acerca de este tipo de acontecimientos.

Objetivos: Conocer el tipo y la prevalencia percibida de errores médicos que se comenten en centros de salud urbano por parte de médicos de familia y residentes de dicha especialidad.

Diseño: Estudio epidemiológico, observacional, transversal.

Emplazamiento: Estudio multicéntrico. Centros de Atención primaria de una Zona Urbana adscrito a una Unidad Docente de MFyC.

Material y Método: Los datos se obtendrán de una muestra aleatoria, empleando como fuente de información el procedimiento de encuesta autocumplimentada vía on line. Criterios de inclusión: Tutor o Médico Interinos Residentes adscritos a la Unidad Docente de MFyC urbana. Criterios de exclusión: Negativa a la participación en el estudio. Encontrarse en periodo de incapacidad laboral temporal. Para el tamaño muestral se ha utilizado el programa C4 Study Design Pack. Se calcula el tamaño muestral en nuestro caso, para una estimación de un parámetro poblacional para una población finita. Los criterios en los que nos vamos a basar, al no existir estudios previos, utilizaremos una proporción esperada basada en la situación más desfavorable, para ellos, consideraremos:

- Proporción esperada de errores médicos cometidos del 50%.

- Índice de confianza del 95%.

- Precisión: 10%.

Con estos datos, serían necesarios $n=149$ sujetos para obtener una proporción esperada del 50% con un nivel de confianza del 95%. Calculado el tamaño muestral previo correspondería con $n=96$, como calculamos previamente que no se va a recibir un 20% de respuestas, procedemos a calcular el tamaño muestral mínimo que se necesita, puesto que es el que se acerca al tamaño poblacional total del estudio ($n=149$).

Tomaremos por tanto este tamaño, por lo que no vamos a utilizar ninguna otra técnica de muestreo.

Aplicabilidad: Analizar si existen diferencias entre la prevalencia de errores médicos percibidos entre los residentes y tutores. Analizar qué grupo de pacientes se van más afectados por los errores médicos cometidos (pacientes con enfermedades crónicas, diagnósticos en urgencias, diagnósticos y/o tratamientos pediátricos etc.) para poder poner solución ante éstos. Determinar qué tipo de error se comete con más frecuencia; de diagnóstico, de tratamiento, iatrogénico etc. Conocer las actitudes de los profesionales respecto a su comunicación, conocer si son las adecuadas, de lo contrario, aprender a saber a afrontar y resolver este tipo de situaciones. Conocer si existen diferencias en la experiencia de comunicar el error entre los distintos profesionales estudiados, y aprender de aquellos que manejan mejor este tipo de acontecimientos.

Aspectos ético-legales: El proyecto de Investigación está pendiente de ser aprobado por el Comité de Ética e Investigación Sanitaria del Distrito Sanitario Córdoba. Se solicitará el Consentimiento Informado que otorga voluntariedad a la participación en el Estudio.

Palabras clave: Error Médico, mala praxis médica, derecho de los pacientes.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Testosterona y riesgo cardiovascular. ¿Relacionados?

Márquez López A¹, Ortiz Puertas T¹, López Muñoz C², Santiago Fernández P³

¹ MIR 2º año MFyC. CS San Felipe. Jaén

² MIR 2º año MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén

³ FEA Endocrinología. Jaén

Título: Testosterona y riesgo cardiovascular. ¿Relacionados?

Introducción: Niveles bajos de testosterona séricos suponen un factor de riesgo metabólico, para la diabetes y la inflamación. A su vez los niveles bajos de esta hormona es un factor predictor de mortalidad cardiovascular independiente, ¿es hora de incluir a los niveles bajos de testosterona como un factor de riesgo cardiovascular?

Objetivos: Valorar prevalencia de consultas por retraso del desarrollo de caracteres sexuales secundarios en Endocrinología y su relación con parámetros metabólicos que conllevan riesgo cardiovascular.

Diseño: Estudio descriptivo transversal mediante registro de historias clínicas de varones derivados desde Atención Primaria a Endocrinología por retraso en desarrollo de caracteres sexuales secundarios.

Emplazamiento: Centros de Salud, UGC endocrinología.

Material y Método: Varones adultos derivados desde AP por retraso del desarrollo de caracteres sexuales secundarios. Se han incluido a 34 varones. Variables: Peso, talla, IMC, tensión arterial; testosterona total, FAI, glucemia, colesterol total, LDL-C, HDL-C,

triglicéridos. Análisis estadístico: Análisis descriptivo, correlación de Pearson. Se consideró significativo un valor de $p < 0.005$. Software SPSS 17.0. La principal limitación del estudio viene dado por el sesgo de información que pueden contener las historias clínicas y recapitular datos analíticos.

Aplicabilidad: Poner de manifiesto la relación existente entre niveles de testosterona inferiores a 3 ng/ml con aumento de riesgo cardiovascular.

Hasta mayo del 2011 se han analizado 34 historias. La media de edad es de 44,47 años (18-63). El 26,47% tenía un IMC entre 25-30 Kg/m² (sobrepeso), el 14,7% entre 30-35 kg/m² (obesidad tipo 1) y el 11,7% >35 kg/m² (obesidad tipo 2). El motivo de consulta más frecuente fue la ausencia de caracteres sexuales secundarios (n=8). La media de testosterona fue de 1,95 (0,1-5,1; SD 1.28). No hay diferencias entre los niveles de testosterona y el IMC. Tampoco se han encontrado diferencias significativas entre los valores lipídicos y los de testosterona, ni entre la glucemia en sangre y los niveles de testosterona.

Aspectos ético-legales: Los datos recogidos serán confidenciales, asegurando el anonimato de los sujetos estudiados.

Palabras clave: Testosterona, cardiovascular, riesgo.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Uso de antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes orales en atención primaria: Evaluación y propuestas de mejora

Lara Rodríguez JM, Nieto González M, González Almendros EM^a, Fernández Fernández J, López Verde F, Corredera Guillén A

MFyC. CS Delicias. Málaga

Título: Uso de antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes orales en atención primaria: Evaluación y propuestas de mejora.

Introducción: Las guías de práctica clínica basadas en la evidencia coinciden en el beneficioso uso de antiagregantes, salvo contraindicación, en la prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular (ECV). La controversia aparece cuando hablamos de pacientes sanos con riesgo de ECV. En el caso de los anticoagulantes orales (ACO), tanto las diversas indicaciones como sus rangos son objeto de consensos periódicos para unificar criterios.

Objetivos: Conocer la tasa de prescripciones correctamente indicadas de tratamiento antiagregante. Conocer la tasa de prescripciones correctamente indicadas de tratamiento anticoagulante oral.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo y transversal mediante revisión sistemática de las indicaciones que llevaron a las prescripciones de antiagregantes y anticoagulantes orales. Se realizará un muestreo de los pacientes que están en tratamiento con antiagregantes y otro muestreo de los pacientes que están en tratamiento con anticoagulantes orales para seleccionar la muestra a analizar finalmente en el estudio.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: Sujetos: Muestra de 300 pacientes (30 pacientes. cupo).

Técnica de muestreo: Sistemático, aleatorio. Criterios de inclusión: Pacientes = 18 años registrados en la Historia Clínica de Diraya en tratamiento con antiagregantes y/o ACO en el momento del estudio como tratamiento agudo o crónico. Criterios de exclusión: Pacientes no adscritos al Centro de Salud del Sistema Sanitario Público objeto de la evaluación y pacientes que aparezcan como desplazados de otro lugar por

motivos de traslado temporal y adscritos temporalmente dicho Centro de Salud. Intervención: Las historias clínicas en formato electrónico (con programa Diraya) de los pacientes seleccionados, serán revisadas con el fin de determinar la patología que implica la prescripción de antiagregantes o anticoagulantes orales (se valorarán: Problemas activos, fecha de prescripción, informes médicos de atención especializada en hojas de historias de atención en consulta, dosificación, uso en monoterapia o combinación). Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Se cuantificarán la tasa de prescripciones con correcta indicación de antiagregantes y anticoagulantes orales. Se analizarán las indicaciones con mayor tasa de prescripciones de dichos fármacos. Limitaciones: Registro correcto de indicaciones por especialistas en hoja clínica de Diraya. Accesibilidad a los datos, por lo que se necesitará de la colaboración de los servicios de farmacia para facilitar los listados de los pacientes que en la actualidad tienen prescritos dichos grupos farmacológicos en su medicación.

Aplicabilidad: Resultados directamente aplicables a la revisión interna de prescripciones para el centro de salud en el que llevamos a cabo nuestra labor profesional. Extrapolar las posibles conclusiones a otros centros de salud de nuestro entorno. Propiciará la revisión sistemática de nuestras prescripciones médicas si se concluyese necesario.

Aspectos ético-legales: Este proyecto de investigación será sometido a estudio y aprobación por los Comités Éticos correspondientes al centro donde se va a llevar a cabo. Se desarrolla bajo los principios éticos fundamentales de la Declaración de Helsinki, buscando proporcionar una mejora en la atención médica del paciente y disminuir los efectos no deseados que las acciones médicas pueden provocar.

Palabras clave: Antiagregación, anticoagulación oral, indicación terapéutica.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Nivel de conocimiento de la ley de muerte digna y de la ley sobre el respeto y autonomía del paciente en la población de un centro de salud urbano

Castillo Martínez M^aD¹, Díaz Galván FJ², Pérez Gómez S³, Linares Morales L⁴, Gómez Ortega GJ⁵, Fernández Rovira JA⁶

¹ MIR MFyC. CS Nueva Andalucía. Distrito Almería

² Médico MFyC. CS Ciudad Jardín. Almería

³ MIR MFyC. CS Virgen del Mar. Almería

⁴ MIR MFyC. CS La Cañada. Almería

⁵ Médico. CS Nueva Andalucía. Almería

⁶ DUE. CS Nueva Andalucía. Almería

Título: Nivel de conocimiento de la ley de muerte digna y de la ley sobre el respeto y autonomía del paciente en la población de un centro de salud urbano.

Introducción: La actual Ley de Muerte Digna, extensión de la Ley de Autonomía del Paciente, hace pertinente la investigación y análisis del conocimiento que los pacientes poseen sobre ellas en el ámbito de Primaria. Las situaciones en la práctica diaria en las que se presenta el uso de estas leyes son innumerables. Si fuera pertinente, se podrían crear estrategias para mejorar la información, y mejorar la toma de decisiones fundamentadas.

Objetivos: 1. Analizar el conocimiento del contenido de la Ley 41/2002 y 2/2010 andaluza en cuanto a derechos y obligaciones que de ellas emanan sobre Consentimiento Informado, Voluntades Previas, y Muerte Digna en una muestra de pacientes de un CS Urbano.

2. Evaluar la calidad de la información recibida desde Atención Primaria.

Diseño: Estudio Descriptivo, observacional, transversal.

Emplazamiento: CS Urbano.

Material y Método: Población diana: Pacientes que acuden a consultas de atención primaria.

Población de Estudio: Pacientes que acuden a consulta de primaria del CS Urbano.

Muestra: 90 pacientes escogidos por selección aleatoria de consultas de Primaria del CS Urbano de 14 años en adelante.

Criterios Inclusión: Pacientes mayores de 14, pacientes sin deterioro cognitivo, pacientes que den su consentimiento.

Criterios Exclusión: Pacientes con deterioro cognitivo, pacientes que no hispanoparlantes.

Variables del estudio: Sexo, edad, nivel educativo, profesión, situación laboral actual, ingresos mensuales, situación familiar.

Recogida de datos: Cuestionario con preguntas abiertas y cerradas con un período previo de validación del mismo. La entrevista será dirigida. Respuesta voluntaria y anónima.

Análisis de datos: Análisis univariante, las variables cualitativas se representarán con distribución simple de frecuencias. Las variables cuantitativas se representarán con los estadísticos descriptivos de cada una de las variables.

- Análisis Bivariante o asociación entre variables (Cualitativas) para saber si se relacionan significativamente entre sí. Se usará la Chi-Cuadrado de Pearson.

- Análisis bivariable, se evaluará la asociación entre variables cualitativas con test de Chi-Cuadrado o prueba exacta de Fisher en el caso de que más de un 25% de los esperados fueran menores de 5. Se analizará el comportamiento de las variables cuantitativas mediante el test T de Student y/o el análisis de la Varianza (ÁNOVA). En todos los contrastes de hipótesis se rechazará la Hipótesis Nula con un error de tipo I o Error de $\alpha < 0.05$.

Limitaciones del estudio.

Limitación de comprensión del lenguaje empleado en el cuestionario.

La ley de Muerte Digna lleva poco tiempo en vigor, por lo que es más desconocida.

Aplicabilidad: Saber si debemos mejorar el nivel de conocimiento de estas leyes en los pacientes en AP.

Aspectos ético-legales: Revisión profunda de ambas leyes y de ley protección de datos.

Palabras clave: Living will, primary care, ethic and law.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Errores de medicación en pacientes polimedificados mayores de 65 años y relación con las variables socio-demográficas de la población

Pulido Ortega L¹, Roldán Villalobos AM², Dios Guerra C³, Castro Martín E⁴, Molina Luque A⁵, Muñoz Gómez R⁶

¹ Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Martos (Jaén)

² Licenciada en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huerta de la Reina. Córdoba

³ Diplomada en Enfermería. CS Occidente. Córdoba

⁴ Licenciada en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. DCCU Córdoba

⁵ Diplomada en Enfermería. CS Levante Norte. Córdoba

⁶ Diplomada en Enfermería. CS Sector Sur. Córdoba

Título: Errores de medicación en pacientes polimedificados mayores de 65 años y relación con las variables socio-demográficas de la población.

Introducción: En el proceso asistencial, la prescripción de fármacos es la intervención sanitaria más frecuente en los países desarrollados. Los errores de medicación (EM) son la causa individual prevenible más común de Eventos Adversos (EA). En Andalucía, se estima que la población de mayores de 65 años supone el 15% de la población total. Generalmente este tipo de pacientes son jubilados con patologías crónicas y con una gran asiduidad a la consulta médica y enfermera, demandantes de tratamientos de larga duración y que acumulan medicamentos en sus domicilios. Los pacientes generalmente carecen de la información suficiente necesaria tanto de su proceso, como de la utilidad, efectos nocivos e interacciones de los fármacos que se administran diariamente. Esta circunstancia se agrava cuando tratamos a pacientes polimedificados y de edad avanzada (mayores de 65 años). La detección y análisis de los errores prevenibles en la medicación y la posterior implantación de actuaciones basadas en el modelo de relación clínica con el paciente, dirigidas a su prevención podrían aumentar la seguridad de los pacientes y su calidad de vida.

Objetivos: Principal: Averiguar cuántos errores de medicación se producen en pacientes polimedificados mayores de 65 años y cuáles son estos errores.

Secundario: Comprobar si existe relación entre estos errores y las variables socio-demográficas de los pacientes estudiados.

Diseño: Estudio abierto y multicéntrico, llevado a cabo en Atención Primaria.

Emplazamiento: 16 Centros de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud.

Material y Método: 154 pacientes polimedificados mayores de 65 años, que presentan errores de medicación, reclutados mediante búsqueda activa y que aceptaron participar en el estudio. Han participado 13 médicos de familia y 11 enfermeras.

Aplicabilidad: Con este estudio pretendemos conocer cuáles son los errores más prevalentes en este tipo de pacientes, para así plantear estrategias de prevención de errores; y por otro lado, comprobar si estos errores tienen alguna relación con una o varias características socio-demográficas de los pacientes (edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción y situación familiar), para así conocer cuáles son los pacientes más susceptibles de presentar errores de medicación.

Aspectos ético-legales: Garantía de participación y abandono voluntarios. Firma de consentimiento informado. El estudio se ha hecho de acuerdo a los principios de buena práctica clínica de la Conferencia Internacional de Armonización (ICH) y la Declaración de Helsinki. El protocolo ha sido aprobado por el Comité Local de Ética e Investigación Clínica del Hospital de Referencia. Confidencialidad de los datos y resultados.

Palabras clave: Medication errors, polypharmacy, patient safety.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Bacteriuria en pacientes geriátricos institucionalizados

Salado Natera M¹, Fernández Natera A², Carrasco Gutiérrez V³, Castro López F⁴, López de Montes B⁵, Bordés Bustamante F⁶

¹ Medicina Familiar y Comunitaria. UGC DCCU Cádiz

² Médico Medicina Familiar y Comunitaria DCCU San Fernando-Cádiz

³ Médico Medicina Familiar y Comunitaria DCCU La Janda (Conil) Cádiz

⁴ Enfermero DCCU Cádiz

⁵ Enfermera DCCU Cádiz

⁶ Enfermero DCCU San Fernando-Cádiz

Título: Bacteriuria en pacientes geriátricos institucionalizados.

Introducción: Las enfermedades infecciosas constituyen uno de los principales motivos de hospitalización y una de las principales causas de mortalidad en las residencias. En este sentido, la infección del tracto urinario (ITU), es extraordinariamente frecuente en centros sociosanitarios. La prevalencia de la infección urinaria, así como de la bacteriuria, se incrementa con la edad en ambos sexos si bien mantienen algunas diferencias en relación con el sexo. Debido al reducido número de agentes etiológicos y su favorable patrón de sensibilidades habitualmente se utiliza tratamiento empírico. Sin embargo, al igual que otras infecciones, la resistencia bacteriana entre los patógenos causantes es un hecho cada vez más extendido. La asociación causal entre la utilización de antibióticos y la resistencia está documentada en numerosos estudios. Sin embargo, en el medio sociosanitario se ha apuntado como principal factor que afecta a la extensión de las resistencias, la diseminación del patógeno por contacto entre los residentes.

Objetivos: Estudiar la bacteriuria asintomática en un centro sociosanitario para caracterizar su etiología, definir el perfil de sensibilidades y estudiar asociaciones entre éstas y distintos parámetros clínicos.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro geriátrico de una población rural.

Material y Método: Durante un período de un año se realizaron tomas de muestra de orina, de forma aleat-

oria, para cultivo y antibiograma a los residentes de un centro geriátrico, tuvieran o no sintomatología miccional. La toma de muestra se realizó de acuerdo con las recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica para evitar contaminación. Para el registro y análisis de los datos se creó una base de datos informatizada con en la que se introdujeron los resultados de los cultivos, antibiogramas y características clínicas de cada paciente. Para determinar la asociación de distintas variables se realizó un análisis de regresión logística multivariante. Los factores medidos para el análisis de los datos, obtenidos a partir de la historia clínica fueron: Género, diabetes, incontinencia fecal/urinaria, encamamiento y sondaje vesical.

Aplicabilidad: Es de interés estudiar y definir los mecanismos de aparición y diseminación de infecciones del tracto urinario producidas por cepas resistentes entre pacientes institucionalizados en un centro geriátrico sociosanitario, de manera que puedan implementarse medidas para la prevención de resistencias eficientes.

Aspectos ético-legales: Durante un período de un año se recoge una muestra de orina a todos los residentes de un centro sociosanitario geriátrico según las recomendaciones descritas en los protocolos de la sociedad española de enfermedades infecciosas y microbiología, previa firma por parte del paciente o de su tutor legal de un consentimiento informado.

Palabras clave: Urinary tract infection, antimicrobial resistance, geriatrics.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Estudio de despistaje familiar a propósito de un caso de osteopetrosis

Foronda Garcia-Hidalgo C¹, Ranz Garijo FB², Serrano Varo P², Pérez Bonilla M³, Ortega Cañada A³

¹ MIR 4º año MFyC. CS Rafael Flores Crespo. Posadas (Córdoba)

² Médico de Familia. CS Rafael Flores Crespo. Posadas (Córdoba)

³ MIR 3er año MFyC. CS Rafael Flores Crespo. Posadas (Córdoba)

Título: Estudio de despistaje familiar a propósito de un caso de osteopetrosis.

Introducción: La osteopetrosis es una enfermedad rara hereditaria del hueso que consiste en el aumento de la masa y densidad ósea, provocado por un desequilibrio entre la formación y la descomposición del hueso. Las cifras de prevalencia encontradas corresponden a estudios regionales: 5.5/100.000 en Dinamarca. La prevalencia es mayor a la relatada, su diagnóstico es incidental a través de un hallazgo radiológico. Hasta un 82% de los pacientes pueden estar asintomáticos en el diagnóstico, y de presentarse síntomas éstos son compartidos con múltiples enfermedades: Dolores óseos, fracturas patológicas y osteomielitis. Con el estudio se busca mejorar su conocimiento, ya que el trasfondo genético influyen en que pacientes, incluso pertenecientes la misma familia, presenten manifestaciones de la enfermedad muy dispares.

Objetivos: Objetivos Principal: Realizar despistaje mediante historia clínica compatible y hallazgos radiográficos de osteopetrosis autosómica dominante (ADO) tipo II a partir de un caso en familiares de 1º y 2º grado. Secundarios: Aportar información sobre una enfermedad rara a la comunidad médica y científica. Dar consejo preconcepcional y reducir la incidencia de fracturas a los posibles casos que se diagnostiquen y otras complicaciones ortopédicas.

Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: Centros Salud Rurales.

Material y Método: Población de estudio: Familiares de primer y segundo grado de un caso de ADO, diagnosticado en el centro.

Criterios de inclusión: Consentimiento informado. Cumplan el perfil de población de estudio.

Criterios de exclusión: Pacientes que no cumplan los criterios de inclusión.

Variables a estudiar: Variables dependientes: Diagnós-

tico de Osteopetrosis. Variables independientes: Historia personal de fracturas, algias faciales, dentición, sordera, defecto visual, osteomielitis. Hallazgos radiológicos en columna lumbar de "endobone", vértebras en "sándwich", en pelvis engrosamiento de la cortical del fémur. En los casos que se diagnostiquen: Anemia, linfopenia y trombopenia y hallazgos radiológicos de engrosamiento cortical en cráneo, rodillas y húmero. Variables socio-demográficas: Edad, sexo, peso, IMC, grado de parentesco con caso, enfermedades de interés, historia de fracturas.

Análisis de datos: La recogida de datos se hará en formato papel (cuaderno de recogida de datos) recogiendo las variables sociodemográficas, datos analíticos y clínicos. Para el programa estadístico emplearemos el programa SPSS, versión 9.0 para Windows. Para analizar los factores realizaremos un análisis bivariado, aplicando la prueba de Chi-cuadrado de Pearson o el test exacto de Fisher (variables cualitativas), y el test T-Student o ANOVA (variables cuantitativas). En el caso de no seguir una distribución normal se emplearán test no paramétricos. Para la correlación de métodos diagnósticos aplicaremos el coeficiente de correlación de Pearson si sigue una correlación normal o de Spearman en su defecto.

Aplicabilidad: Aportar información sobre una enfermedad rara a la comunidad médica y científica. Dar consejo preconcepcional y reducir la incidencia de fracturas a los posibles casos que se diagnostiquen y otras complicaciones ortopédicas. Los datos obtenidos se pretenden difundir en Congresos y Revistas Especializadas.

Aspectos ético-legales: Todos los participantes firman consentimiento informado. El estudio se ajusta a la confidencialidad de los datos. Ley de protección de datos: Ley orgánica 15/1999. El proyecto de investigación se ha enviado a la Comisión de Ética del Distrito.

Palabras clave: Osteopetrosis, osteoclastos, fracturas patológicas.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Impacto del programa de rehabilitación cardíaca (RHC) sobre los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) y calidad de vida

Bufoñ Jiménez M¹, Narváez Galán C², Lucena Ariza J¹, Aylon Moliner M³C¹, Bravo Navas JC¹, Montiel Trujillo A³

¹ MFyC. CS Carranque. Málaga

² MFyC. CS Puerta Blanca. Málaga

³ Cardiología. Hospital clínico universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Título: Impacto del programa de rehabilitación cardíaca (RHC) sobre los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) y calidad de vida.

Introducción: Padece un evento cardíaco afecta a la calidad de vida del paciente, generando ansiedad ante un nuevo evento. Casi la mitad de infartados sufren depresión, incrementando el riesgo de repetir el evento en los próximos seis meses.

Los pacientes coronarios deben recibir recomendaciones individualizadas sobre una dieta saludable, control de peso, abandono de tabaco y práctica de ejercicio físico. El programa de RHC tiene como objetivos prolongar la vida, reducir síntomas, mejorar la función física, promover el buen estado general y facilitar la reanudación de la actividad diaria.

La disfunción eréctil (DE) es una patología frecuente en pacientes con enfermedad coronaria y precede a los síntomas coronarios en unos 3 años. Podemos considerar la DE como marcador de enfermedad vascular subclínica.

Objetivos: Estimar impacto del programa de RHC sobre los FRCV y calidad de vida de los pacientes de bajo riesgo, tras un evento cardíaco. Comparar la prevalencia y el grado de DE en los pacientes varones que han realizado el programa de RHC con aquellos que no lo han realizado.

Diseño: Estudio cuasiexperimental.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano. Servicio de cardiología de hospital de referencia.

Material y Método: Sujetos: Mayores de edad, ambos sexos; atendidos en el período de estudio en el hospital de referencia por evento cardíaco que cumplan criterios de inclusión, hasta completar el tamaño muestral calculado.

Criterios inclusión: Cardiopatía isquémica (infarto o angina de esfuerzo estable), tras cirugía cardíaca/angioplastia, trasplantados cardíacos, insuficiencia cardíaca crónica, valvulopatías operadas, anomalías congénitas

intervenidas, marcapasos o desfibriladores implantables, pacientes sanos con FRCV o con edad media que inician actividad deportiva.

Criterios exclusión: Angina inestable, extrasístole con el ejercicio, bloqueo aurículo-ventricular de 2º-3º grado, taquicardia ventricular, taquicardia supraventricular no controlada, embolia pulmonar, tromboflebitis, miocarditis, pericarditis, hipertensión grave (>200/11 mm Hg), insuficiencia cardíaca aguda, diabetes descompensada, infecciones, procesos inflamatorios en fase aguda, aneurisma disecante de aorta, estenosis grave de salida de ventrículo izquierdo, discapacidad física grave, enfermedad psiquiátrica.

Muestreo: Incluiremos 65 pacientes elegidos por muestreo probabilístico de la base de datos del Servicio de Cardiología del hospital de referencia, clasificados al alta como bajo riesgo, incluidos en el programa de RHC en un centro de salud urbano. El grupo control serán 65 pacientes de similares características, del mismo servicio del hospital, que no reciben RHC, porque han rechazado realizarla o porque han dejado el programa. La intervención está sujeta al propio programa. Mediciones e Intervenciones: Las variables se registrarán mediante entrevista clínica en consulta e historial Diraya. Se registrarán FRCV, calidad de vida (test SF-36), nivel de ansiedad (test Hamilton) y DE (test IIDE-5). Los test se pasarán en consulta.

Análisis estadístico: Análisis descriptivo. Se utilizarán pruebas estadísticas para datos pareados (antes y después del tratamiento) e independientes (entre grupos). Análisis multivariantes para controlar los factores de confusión.

Limitaciones: Sesgos de selección e información.

Aplicabilidad: Difundir y concienciar de la efectividad de RHC en Atención Primaria.

Aspectos ético-legales: Solicitaremos autorización del comité ético y consentimiento informado a los pacientes.

Palabras clave: Rehabilitación cardíaca, factores de riesgo cardiovascular, calidad de vida.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Fibrilación auricular y uso de anti coagulación en pacientes con ictus agudo

Verdugo Domínguez JP¹, Serrano Rodríguez L¹, Castilla Guerra L², Fernández Moreno M³C³, Marín Martín J²

¹ MIR MFyC

² FEA Medicina Interna

³ FEA Neurología

Título: Fibrilación auricular y uso de anti coagulación en pacientes con ictus agudo.

Introducción: La fibrilación auricular (FA) es causa principal de ictus, especialmente en los mayores de 80 años. El uso de la anticoagulación oral (ACO) es esencial para la prevención del ictus en esos casos.

Objetivos: Nos planteamos revisar todos los pacientes que con antecedente de FA ingresaron con un ictus en nuestro hospital para ver si tienen mayor riesgo de sufrir un AVC hemorrágico por el hecho de estar anticoagulado.

Diseño: Se revisaron todos los casos de ictus ingresados en MI durante los 2 últimos años. De ellos se seleccionaron los pacientes con antecedente de FA.

Emplazamiento: Hospital Comarcal.

Material y Método: Obtuvimos una muestra de 256 pacientes. De ellos 22 (8,6%) tenían el antecedente de FA. Los pacientes con FA eran más ancianos (77,5 vs 69,8; $p=0.005$), aunque no había diferencias en cuanto a factores de riesgo vascular ni tipo de ictus. De los 22

pacientes con FA sólo 13 (59,1%) estaban con ACO, y de ellos sólo 6 (el 46,1% de los pacientes con ACO y 27,2% de los sujetos con FA) estaban dentro del rango terapéutico a su ingreso. En relación al tipo de ictus 16 (72,2%) fueron isquémicos, 3 (13,6%) AIT y 3 (13,6%) hemorrágicos. Estaban con ACO 10 (62,5%) de los ictus isquémicos, 1 (33%) de los AIT y 2 (66%) de los hemorrágicos. De los ictus isquémicos el 40% tenían un INR<2 al ingreso. De los hemorrágicos uno tenía un INR en 4 y el otro en 1.1.

Aplicabilidad: Cerca de 1 de cada 10 enfermos con ictus agudo tiene antecedente de FA. Sólo el 60% está anticoagulado y de estos menos de la mitad está en rango terapéutico a su ingreso. La complicación más frecuente es el ictus isquémico y en 1 de cada 10 casos aparece una hemorragia cerebral.

Aspectos ético-legales: Ver la indicación del uso de anticoagulantes para saber en qué pacientes están indicados.

Palabras clave: Fibrilación auricular, accidente vascular hemorrágico.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Prescripción inducida (PI) en atención primaria (AP) en la provincia de Granada

Castelló Losada M¹J¹, Gómez Pozo B², Ferrer Sánchez T³, Martín Sances S⁴, Ortega del Moral A⁵, Padilla Malo de Molina A⁶

¹ Médica de familia. CS Alfacar. Distrito Metropolitano. Granada

² Epidemiólogo. Distrito Metropolitano. Granada

³ Médico de familia. CS Almuñécar. Distrito Sur. Granada

⁴ Farmacéutica. Distrito Metropolitano. Granada

⁵ Médica de familia. Distrito Granada

⁶ Médica de familia. Distrito Nordeste. Granada

Título: Prescripción inducida (PI) en atención primaria (AP) en la provincia de Granada.

Introducción: La prescripción inducida es la realizada fundamentalmente por los médicos del hospital a los pacientes. Repercute especialmente a los médicos de familia (MF): Contribuye al aumento de su gasto farmacéutico, le cea frecuentes incertidumbres y menosprecio al asumir tratamientos con los que en muchas ocasiones no está de acuerdo y favorece los conflictos con sus pacientes.

Las tasas de PI varían según zonas y tipos de estudios, son cuantitativa y cualitativamente diferente, existiendo porcentajes entre el 24% y el 70%.

El gasto generado por la PI es mayor que la del propio MF. La administración sanitaria exige a los médicos de AP mayor implicación en el control del gasto farmacéutico, aunque no son responsables directos de gran parte de los mismos.

Existen diferentes aspectos en la práctica médica diaria que pudieran influir en la PI (derivaciones, población adscrita, conocimientos del médico, hospital de referencia), todos ellos escasamente aclarados por el momento.

Sería beneficioso profundizar en el tema para conseguir una práctica de calidad sobre este aspecto.

Objetivos: 1. Analizar la prevalencia de la PI en nuestra zona. 2. Conocer las características y posibles determinantes de la PI en AP para establecer puntos de mejora e implementar la relación interniveles sobre este aspecto. 3. Comparar nuestros resultados con otras zonas sanitarias (provinciales y nacionales) para poner de manifiesto posibles diferencias.

Diseño: Estudio descriptivo transversal, durante dos meses del año 2011, incluyendo primavera-verano y otoño-invierno.

Emplazamiento: Centros de salud de todos los Distritos Sanitarios de una provincia.

Material y Método: Se analizarán las consultas médicas atendidas por MF. El tamaño muestral calculado, para una proporción esperada del 5% y un nivel de confianza del 95%, sería de aproximadamente 15.000 consultas médicas. Mediante muestreo aleatorio estratificado por edad, sexo, derivaciones, TAES, tipo de consultorio, isócrona al hospital y hospital de referencia. Se seleccionarán proporcionalmente por distritos los médicos que entrarán en el estudio. Se excluirán del estudio los MF sustitutos con menos de 1 año en el mismo puesto de trabajo y los MF que no completen los registros en las fechas indicadas.

La unidad principal de análisis la constituye la PI a AP tras altas hospitalarias, revisiones en consultas externas, consultas a urgencias y otras procedencias. Otras variables analizar serían: Edad y sexo del paciente y del médico, lugar de trabajo, cupo del médico, derivaciones, hospital de referencia, prevalencia de la PI, origen de la PI, coste y tipo de la PI, fármacos prescritos y su indicación, grado de acuerdo del MF, motivo en caso de desacuerdo, actitud del MF frente a la PI.

Aplicabilidad: Los resultados del proyecto pondrán de manifiesto puntos de mejora en la coordinación ente niveles asistenciales respecto a la PI que podrán ser aplicados tanto en nuestro entorno sanitario como en nuestra comunidad autónoma.

Aspectos ético-legales: No existe ningún conflicto de interés entre el desarrollo del proyecto y el personal investigador. Se mantendrá la confidencialidad de acuerdo con la normativa vigente sobre protección de datos y confidencialidad.

Palabras clave: Prescripción inducida, atención primaria.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Estudio de un programa de intervención basado en el uso adecuado de inhaladores domiciliarios en pacientes con patología respiratoria crónica

García Carrera A, Toledo Silva EM^a, García García I, Gutiérrez González N, Vílchez Pascual

ZBS Alozaina. Málaga

Título: Estudio de un programa de intervención basado en el uso adecuado de inhaladores domiciliarios en pacientes con patología respiratoria crónica.

Introducción: El aumento progresivo de la morbilidad por enfermedades respiratorias crónicas, así como el coste socio-sanitario en nuestro medio que éstas suponen, nos hacen plantearnos si las medidas terapéuticas que aplicamos en nuestra labor asistencial en Atención Primaria están consiguiendo los resultados esperados. Siendo la terapia por vía inhalatoria la más aceptada y conociendo las particularidades de la misma en cuanto a entrenamiento previo en su uso, variabilidad de dispositivos e idiosincrasia de cada sujeto, se plantea un estudio cuasiexperimental pre-post sin grupo control en el que tras una primera fase de captación donde se detecte el uso dado por el usuario al sistema de inhalador prescrito, pueda ser incluido en un programa de entrenamiento a fin de poder comprobar si dicha intervención mejora determinados marcadores como son: el número de exacerbaciones, complicaciones, adherencia al tratamiento, entre otros.

Objetivos: Conocer si un entrenamiento en el uso adecuado de los dispositivos de inhalación más frecuentes en nuestro medio, en personas diagnosticadas con una enfermedad respiratoria crónica mejora el control del proceso respiratorio que padece el paciente.

Diseño: Estudio multicéntrico pre-post sin grupo control.

Emplazamiento: Se trata de un estudio multicéntrico en un entorno rural.

Material y Método: Sujetos de estudio: Adultos diagnosticados de una enfermedad respiratoria crónica (asma, EPOC, otras) que utilicen habitualmente tratamiento inhalado en domicilio, al menos lo lleven utilizando durante 3 meses respecto al comienzo del estudio, y que tras explicarles las características del mismo, firmen el consentimiento informado.

Criterios de inclusión:

- Tener cumplidos los 18 años de edad.
- Diagnóstico de una enfermedad respiratoria crónica.
- Con tratamiento inhalatorio domiciliario, al menos 3 meses respecto al comienzo del estudio.
- Firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Personas menores de 18 años de edad. Que presenten alteraciones cognitivas o psicomotrices que pudieran dificultar la asignación del dispositivo. Que utilicen aerosolterapia continua u oxigenoterapia domiciliarios.

Tamaño muestral: Se estima un tamaño muestral n=200 según prevalencia, tiempo de reclutamiento y estudios realizados con población equivalente. La intervención consistirá en captar los posibles errores que puedan estar cometiendo en el uso del inhalador prescrito, mediante una primera prueba práctica... En primer lugar, se sometía al paciente a una prueba práctica del uso que hacía de su inhalador habitual, sin aportar ningún tipo de información técnica, y se valoraba si la utilización era correcta o no (anexo 3) y seguidamente, se realizaba la sesión educativa con cada paciente de forma individual. El tiempo empleado por sesión fue de 15 minutos, y siempre se utilizaron dispositivos placebo. Posteriormente, los pacientes serán evaluados al mes y a los 6 meses de la intervención.

Aplicabilidad: Si los resultados obtenidos en el estudio demuestran que una intervención educativa en el uso adecuado de inhaladores reduce los episodios de reagudizaciones en personas diagnosticadas de enfermedad respiratoria crónica, ello se verá traducido en una mejor calidad de vida para estas personas, disminuyendo la frecuentación a la consulta y reduciendo con ello el coste sanitario que se deriva.

Aspectos ético-legales: Se solicitará la autorización del Comité de Ética de la Investigación de referencia. Se mantendrá en todo momento las normas de buena práctica clínica y los principios éticos establecidos para la investigación en seres humanos en la declaración de Helsinki y sus revisiones posteriores, y todos los registros se realizarán respetando los preceptos establecidos en la legislación vigente. Por último, y antes de la participación en el estudio, cada sujeto será informado por escrito y oralmente de los objetivos del proyecto y su metodología. Cada sujeto tendrá que firmar el formulario de consentimiento informado para poder ser incluido.

Palabras clave: Inhaladores, técnica inhalatoria, entrenamiento, educación a pacientes.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Infección por HPV en consumidoras de ACHO

Pérez Rivas LN¹, Jiménez Rodríguez I², Fernández Isla L³, Conde-Valvís Fraga S³

¹ MIR 3er año MFyC. UGC Gran Capitán. Granada

² MIR 3er año MFyC. CS Salvador Caballero. Granada

³ MIR 3er año MFyC. UGC Huétor-Tájar (Granada)

Título: Infección por HPV en consumidoras de ACHO.

Introducción: Hace unos años, el cáncer de cérvix era la causa más frecuente de muerte por cáncer en la mujer. En los últimos 40 años su mortalidad ha disminuido gracias a la toma de la citología cervicovaginal. Es más frecuente en socioeconomías bajas, mujeres con actividad sexual de inicio temprano, promiscuas y fumadoras.

Actualmente, otro de los factores asociados a su aparición es el HPV

Otro de los factores controvertidos es la toma de anticonceptivos hormonales orales, ya que su toma en ocasiones disminuye el uso de métodos barrera y la mayor posibilidad de contacto con el HPV.

Tras revisar artículos científicos publicados en los últimos 18 años no podemos establecer una relación entre infección por HPV y toma de ACHO.

Objetivos: Saber si existe asociación entre la toma de ACHO y la infección por HPV.

Diseño: Estudio de cohortes. Incluiríamos una cohorte expuesta a ACHO y otra no expuesta. Observaremos si aparece o no infección por HPV.

Se trata de un estudio observacional, analítico, descriptivo y prospectivo, con un seguimiento de 5 años.

Emplazamiento: Centros de salud de Gran Capitán, Salvador Caballero y Huétor-Tájar, Granada.

Material y Método: Criterios de inclusión:

- Mujeres (15-45 años) que consuman ACHO.
- Mujeres (15-45 años) que consulten en nuestra consulta con otro método anticonceptivo.
- Se realicen citologías en nuestro centro durante el período de seguimiento.
- Se considerarán mujeres enfermas aquellas con citología informada como infección por HPV, independientemente del grado de lesión.
- Mujeres que acepten su inclusión en el estudio (Consentimiento Informado firmado).

Criterios de exclusión:

- Mujeres que no hayan mantenido relaciones sexuales.

- Mujeres que además de ACHO utilicen método anticonceptivo de barrera.

- Mujeres con diagnóstico de infección por HPV pendientes de tratamiento.

Variables:

- Dependiente: Infección HPV.

- Independiente: Exposición ACHO.

Técnica:

Realización de citología cervico vaginal en medio líquido dentro del seguimiento.

Análisis de datos: Evaluación de infección HPV, durante el seguimiento como consecuencia de exposición o no a ACHO. Analizaremos globalmente las cohortes (abiertas), en las que pueden incluirse sujetos en cualquier momento, cuando se confirme que toman ACHO. Emparejaremos a cada mujer expuesta con otra que no lo esté y utilice otros anticonceptivos y realice citología durante el seguimiento. Mediremos densidad de incidencia. Calcularemos la razón de tasas de incidencia. El cálculo de la razón de morbilidad se realizaría con Test Chi-cuadrado e intervalos de confianza (95%). Para el análisis de los datos utilizaremos estudio de supervivencia.

Aplicabilidad: Limitaciones:

- No podemos probar necesariamente causalidad: La exposición no es asignada aleatoriamente: Las mujeres deciden si toman o no ACHO.
- Largo período de seguimiento.
- Alto coste (largo seguimiento). Se puede ver afectado por otras exposiciones (fumar, otros anticonceptivos...).

Aspectos ético-legales: Las mujeres que incluidas en el estudio lo harán voluntariamente en las mayores de edad. En las menores será necesario el consentimiento por padres o tutores legales.

De acuerdo a la Ley 15/1999 de Protección de Datos Personales, los datos que se solicitan son los necesarios para cubrir el estudio. En ningún momento se revelará su nombre o identidad.

Palabras clave: VPH, ACHO.



